

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
und Interprofessionelle Versorgung
der Universität Tübingen

**Lehre in der hausärztlichen Praxis – Chancen und
Herausforderungen bei der Interaktion zwischen
Lehrenden und Lernenden**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

Braun, Julia Susanne

2022

Dekan: Professor Dr. B. Pichler

1. Berichterstatter: Professorin Dr. S. Joos

2. Berichterstatter: Professor Dr. S. Zipfel

Tag der Disputation: 12.01.2022

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----|
| Inhaltsverzeichnis..... | III |
| Tabellen- und Abbildungsverzeichnis..... | V |
| Abkürzungsverzeichnis | VI |
| 1 Einleitung..... | 1 |
| 1.1 Lehre in der hausärztlichen Praxis – das allgemeinmedizinische Blockpraktikum | 1 |
| 1.2 Feedback in klinischen Praktika..... | 2 |
| 1.3 Lernen anhand von Vorbildern..... | 3 |
| 1.4 Problematisches Verhalten von Lehrenden | 4 |
| 1.5 Problematisches Verhalten von Studierenden | 8 |
| 1.6 Fragestellungen und Ziele der Dissertation..... | 11 |
| 2 Material und Methoden | 12 |
| 2.1 Qualitatives Studiendesign..... | 12 |
| 2.2 Studienpopulation | 13 |
| 2.2.1 Kollektiv | 13 |
| 2.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien..... | 14 |
| 2.3 Rekrutierung | 14 |
| 2.4 Entwicklung der Interviewleitfäden..... | 16 |
| 2.5 Datenerhebung, Durchführung der Interviews | 17 |
| 2.6 Auswertung der Daten | 19 |
| 2.7 Ergebnisdarstellung | 23 |
| 2.8 Ethische Erwägungen | 23 |
| 3 Ergebnisse..... | 24 |
| 3.1 Lehre in der Hausarztpraxis | 25 |
| 3.1.1 Lehrmethode | 27 |
| 3.1.2 Motivation der Lehrärztin/ des Lehrarztes, sich in der Lehre zu engagieren 29 | |
| 3.1.3 Belastung und Bereicherung durch die Lehre | 30 |
| 3.2 Feedback | 31 |
| 3.2.1 Direktes Feedback..... | 34 |
| 3.2.2 Indirektes Feedback | 36 |
| 3.2.3 Probleme beim Feedback in der Praxis | 37 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 3.2.4 | Evaluation: Rahmenbedingungen, Auswertung, Weiterleitung | 39 |
| 3.3 | Interaktion zwischen Lehrärztin/Lehrarzt und Studierender/Studierendem | 41 |
| 3.3.1 | Beziehung zwischen Lehrärztin/-arzt und Studierender/ Studierendem . | 43 |
| 3.3.2 | Probleme im Praktikum, in der 1:1-Betreuung..... | 44 |
| 3.4 | Struktur und Organisation | 58 |
| 3.4.1 | Umgang des Instituts mit Problemen im Blockpraktikum..... | 60 |
| 4 | Diskussion | 66 |
| 4.1 | Diskussion der Methode..... | 66 |
| 4.2 | Diskussion der Ergebnisse..... | 70 |
| 4.2.1 | Lehre in der Hausarztpraxis | 70 |
| 4.2.2 | Feedback..... | 73 |
| 4.2.3 | Problematisches Verhalten von Lehrärztinnen/Lehrärzten und Studierenden | 77 |
| 4.2.4 | Die Rolle der allgemeinmedizinischen Institute beim Umgang mit Problemen im Blockpraktikum..... | 87 |
| 4.3 | Implikationen und Ausblick..... | 90 |
| 4.3.1 | Implikationen für die Praxen | 90 |
| 4.3.2 | Implikationen für die Lehre..... | 92 |
| 4.3.3 | Implikationen für die Lehrforschung | 95 |
| 5 | Zusammenfassung | 96 |
| 6 | Literaturverzeichnis..... | 98 |
| 7 | Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift..... | 103 |
| 8 | Veröffentlichungen..... | 104 |
| | Danksagung | 105 |
| | Anhang..... | 106 |
| | Aufklärungstext zur Studie | 106 |
| | Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie | 107 |
| | Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung | 108 |
| | Leitfragenkataloge | 110 |
| | Kategoriensystem | 114 |

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Kommunikationsebenen unter den am Blockpraktikum beteiligten Akteuren..... | 33 |
| Tabelle 1: Ein-/Ausschlusskriterien für die Teilnahme..... | 14 |
| Tabelle 2: Zusammensetzung der Stichprobe..... | 18 |
| Tabelle 3: Beispiel für das Vorgehen bei Paraphrasierung und Reduktion | 20 |
| Tabelle 4: Beispiel für den Aufbau des Kategoriensystems: Kategoriebezeichnung, -definition und Ankerbeispiel..... | 21 |
| Tabelle 5: Hauptkategorie "Lehre in der Hausarztpraxis" mit Unterkategorien . | 26 |
| Tabelle 6: Hauptkategorie "Feedback" mit Unterkategorien | 32 |
| Tabelle 7: Hauptkategorie "Interaktion zwischen Lehrarzt und Studierenden" mit Unterkategorien..... | 42 |
| Tabelle 8: Zusammenschau der Ergebnisse zum Thema "schlechte Behandlung von Studierenden" | 52 |
| Tabelle 9: Hauptkategorie "Struktur und Organisation des Blockpraktikums" mit Unterkategorien,..... | 59 |
| Tabelle 10: Übersicht über in der Kategorie "Praxiswechsel" zusammengetragene Gründe für ein Praxiswechselgesuch | 65 |
| Tabelle 11: Einordnung der im Rahmen der Interviews geschilderten Lehrmethoden in das Modell des idealen Lernumfelds nach Collins..... | 71 |
| Tabelle 12: Vergleich der genannten problematischen Verhaltensweisen mit den von Tonesk und Buchanan beschriebenen Typen von Problemstudenten | 77 |
| Tabelle 13: Gegenüberstellung von in den Interviews erwähnten problematischen Verhaltensweisen von Lehrärztinnen/Lehrärzten (vgl. Tabelle 8) und Definitionen von "student abuse" bei Silver and Glick..... | 82 |

Abkürzungsverzeichnis

- EX Expertin/Experte, Expertinnen/Experten (Person(en), die mit der Organisation des Blockpraktikums Allgemeinmedizin betraut ist/sind)
- LÄ Lehrärztin/Lehrarzt, Lehrärztinnen/Lehrärzte
- ST Studierende/Studierender

1 Einleitung

1.1 Lehre in der hausärztlichen Praxis – das allgemeinmedizinische Blockpraktikum

Allgemeinmedizin nimmt im Rahmen des Medizinstudiums eine immer wichtigere Rolle ein, sowohl in Deutschland (Böhme et al., 2012) als auch international (Rabinowitz, 2007, Soler et al., 2007, Thistlethwaite et al., 2007, Turkeshi et al., 2015). Im internationalen Vergleich gibt es diesbezüglich jedoch sehr große Unterschiede. Eine Untersuchung der EURACT (European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine) hat aufgezeigt, dass es in Europa noch immer möglich ist ein Medizinstudium abzuschließen, ohne einen allgemeinmedizinischen Kurs durchlaufen zu haben (Brekke et al., 2013). An den meisten europäischen Universitäten, die ein allgemeinmedizinisches Curriculum anbieten, beinhaltet dies auch eine klinisch-praktische Komponente. Deren Dauer variiert zwischen wenigen Stunden und teilweise mehr als 10 Wochen (Brekke et al., 2013). Seit 2013 ist laut Approbationsordnung in Deutschland ein mindestens zweiwöchiges Blockpraktikum Allgemeinmedizin verpflichtend für den klinischen Abschnitt des Medizinstudiums vorgeschrieben (ÄApprO). Es wird dezentral in von den Universitäten akkreditierten Lehrpraxen durchgeführt. Während die organisatorischen Rahmenbedingungen durch die jeweilige Fakultät/ Universität festgelegt werden, obliegt die Ausgestaltung und Durchführung des Praktikums den akkreditierten Lehrerinnen und Lehrern, die oft gleichzeitig auch Praxisinhabende sind.

Die vorliegende Arbeit nimmt das Lehrformat des Blockpraktikums am Beispiel der Medizinischen Fakultät Tübingen in den Blick. In Tübingen wird das Blockpraktikum Allgemeinmedizin im zehnten Fachsemester durchgeführt und besteht derzeit aus zentral an der Universität stattfindenden ein- und ausleitenden Seminarveranstaltungen, sowie acht Praktikumstagen in einer der 255 (Stand 2020) akkreditierten allgemeinmedizinischen Lehrpraxen. Im Blockpraktikum werden nicht nur medizinische Inhalte am Arbeitsplatz erlernt. Es geht auch um Aspekte der Professionalisierung. In diesem Zusammenhang sind

Feedback und die Vorbildfunktion der Lehrärztinnen und Lehrärzte zentrale Instrumente der Lehre.

1.2 Feedback in klinischen Praktika

Feedback ist für den Erwerb klinischer Fähigkeiten von großer Bedeutung (Ende, 1983). Dies gilt insbesondere auch für klinische Praktika, welche in besonderem Maße die Möglichkeit für individuelle Supervision und Rückmeldung bieten (Pelgrim et al., 2012). Auch mit Blick auf allgemeinmedizinische Praktika konnte gezeigt werden, dass Feedback für Studierende zu den zentralen Aspekten effektiver Lehre gehört (Bradner et al., 2017). Individuelles Feedback in diesem Kontext stellt jedoch auch eine Herausforderung dar, beispielsweise dann, wenn es um Feedback zu Verhaltensaspekten geht (Gran et al., 2016). Bereits 1983 beklagte Jack Ende einen Mangel an Feedback in der medizinischen Ausbildung (Ende, 1983). Eine Studie von Bösner et al. macht deutlich, dass dieses Problem nach wie vor aktuell ist und auch allgemeinmedizinische Praktika betrifft (Bosner et al., 2017).

Über lange Zeit wurde Feedback als unidirektionaler Prozess ausgehend von dem oder der Lehrenden gerichtet an die oder den Lernenden betrachtet (Telio et al., 2015). Der Fokus in der existierenden Literatur zum Thema liegt überwiegend auf dem Feedback, welches von den lehrenden Ärztinnen und Ärzten ausgeht und sich an die Studierenden richtet. Dabei wird außer Acht gelassen, dass auch die Lehrenden ihr Leben lang Lernende bleiben und dass Feedback auch von den Studierenden ausgehen kann. Diese einseitige Betrachtungsweise wird jedoch zunehmend hinterfragt (Krackov, 2011, Bing-You et al., 2017, Bing-You et al., 2018, Bienstock et al., 2007, Jamshidian et al., 2019). Dent et al. konnten zeigen, dass lehrende Ärztinnen und Ärzte das Feedback der Studierenden schätzen und ihm den höchsten Stellenwert im Blick auf die positive Verstärkung für ihre Lehrtätigkeit einräumen (Dent et al., 2004). Jamshidian et al. hingegen machen deutlich, dass es beim Feedback an die Lehrenden durchaus auch Schwierigkeiten gibt (Jamshidian et al., 2019).

Die Bedeutung der Beziehung zwischen Lehrenden und Lernenden für Feedbackprozesse rückt mehr und mehr ins Zentrum des Interesses (Bing-You

and Trowbridge, 2009). Telio et al. gehen dabei sogar soweit, von einem Bildungsbündnis („educational alliance“) zu sprechen. Sie weisen damit dem situativen Kontext und der zwischenmenschlichen Beziehung im Rahmen von Feedbackprozessen eine ähnlich zentrale Rolle zu, wie sie dem therapeutischen Bündnis („therapeutic alliance“) im psychotherapeutischen Bereich zugesprochen wird (Telio et al., 2015). Auch in allgemeinmedizinischen Praktika bildet gegenseitiges Vertrauen zwischen Lehrenden und Lernenden die Basis für ein Lernumfeld, das Supervision und Feedback ermöglicht (Gran et al., 2016).

1.3 Lernen anhand von Vorbildern

Im Blockpraktikum üben die lehrenden Ärztinnen und Ärzte eine Vorbildfunktion aus. Damit kommt ihnen eine wichtige Rolle in der Professionalisierung von Studierenden zu (Kenny et al., 2003). Dabei ist es wichtig, dass den Lehrenden der potenzielle Einfluss bewusst ist, den sie auf die persönliche Entwicklung ihrer Studierenden haben, denn Lernen am Modell beschränkt sich nicht auf positive Verhaltensweisen (Matthews, 2000). Die implizite Vermittlung von Werten, Einstellungen und Verhaltensweisen im Medizinstudium, die abseits des offiziellen Lehrplans geschieht, wird als „Hidden Curriculum“ (HC) bezeichnet (Gofton and Regehr, 2006). Dem HC werden dabei vor allem negative Effekte zugeschrieben es erfüllt jedoch auch wichtige Funktionen beispielsweise indem es die Lücke zwischen Ideal- und Istzustand füllt und die Studierenden wichtige Lektionen für den medizinischen Alltag lehrt (Taylor and Wendland, 2014). Jochanan Benbassat ermutigt in seinem Artikel aus dem Jahr 2014 die Studierenden dazu, das Vorgehen ihrer Lehrerinnen und Lehrer nicht einfach nachzuahmen, sondern kritisch zu hinterfragen (Benbassat, 2014). Auch mit Blick auf die Auswirkungen des HC sollten die Studierenden nicht als „unschuldige, passive Opfer“ gesehen werden, die den „schwächenden Effekten des HC“ ausgeliefert sind. Vielmehr sollten ihnen eine aktive Rolle in ihrem Lernprozess zugestanden und die professionelle Identitätsbildung als dynamischer Prozess verstanden werden (Martimianakis et al., 2015).

Mit Blick auf das Blockpraktikum stellen die „versteckten“ Vorgänge aufgrund der räumlichen und organisatorischen Trennung von der Universität eine besondere

Herausforderung dar: Shipengrover und James beschrieben dezentrale Lehre wie das Blockpraktikum als eine Art „black box“ (Shipengrover and James, 1999), deren Inhalt sich einer direkten Aufsicht durch die Universität/Fakultät entzieht. Den einzigen Einblick für die Fakultät in das Geschehen in den Lehrpraxen bieten in der Regel studentische Evaluationen.

Insgesamt wird das Blockpraktikum in Tübingen von studentischer Seite gut bewertet, mitunter tauchen in den Evaluationen jedoch auch schlechte Einzelbewertungen und kritische Freitextkommentare auf. Es gab auch bereits Fälle, in denen Studierende während des Praktikums aktiv einen Wechsel der Lehrpraxis anstrebten. Welche Überlegungen, Vorfälle und Erlebnisse im Einzelnen dahinterstecken, lässt sich mit dem bestehenden Evaluationssystem nicht ausreichend abbilden. Möglicherweise spielt Fehlverhalten von Lehrenden im Sinne von „student mistreatment“ in diesem Zusammenhang eine Rolle.

1.4 Problematisches Verhalten von Lehrenden

1982 hat Henry K. Silver in seinem Kommentar „Medical Students and Medical School“ (Silver, 1982) einen Vergleich angestrengt zwischen den Veränderungen, die bei Medizinstudierenden im Laufe ihres Studiums auftreten und den Veränderungen, die bei Kindern auftreten, die Missbrauch erlebt haben. Er stellte erstmals die These in den Raum, dass auch Medizinstudierende während ihrer medizinischen Ausbildung einer Art Missbrauch („abuse“) ausgesetzt seien. Spontane Reaktionen, die er auf seinen Kommentar hin in Form von Leserbriefen ärztlicher Kolleginnen und Kollegen erhielt, zeigten, dass er einen wunden Punkt getroffen hatte und bestätigten seine Beobachtungen. Vor diesem Hintergrund erschien 1984 der Kommentar „Medical Student Abuse – a preventable cause of stress“ von Rosenberg und Silver (Rosenberg and Silver, 1984), in den, zusätzlich zu den Beiträgen aus den Leserbriefen Ergebnisse von Interviews mit Medizinstudierenden der University of Colorado School of Medicine eingingen. Befragt wurden auch in die Lehre involvierte Fakultätsmitglieder unterschiedlicher medical schools. Während alle Studierenden des klinischen Abschnitts angaben, schlecht behandelt („abused“) worden zu sein, stritt der Großteil der befragten Fakultätsmitglieder die Existenz

von „abuse“ an der eigenen Institution ab (Rosenberg and Silver, 1984). Auf diese Pilotstudie folgte 1985 die erste systematische Befragung aller Studierenden einer „Medical School“, bei der neben der Inzidenz und Art des „abuse“ auch Fragen zu Schweregrad und Bedeutung der Vorfälle gestellt wurden. Die zugrunde gelegte Definition von „abuse“ lautet wie folgt:

“To abuse“ bedeutet jemanden in einer verletzenden oder beleidigenden Art und Weise zu behandeln; mit Worten anzugreifen; unverschämt, schroff und ungerecht mit oder über jemanden zu sprechen oder jemanden zu beschimpfen/schmähen.“ (Silver and Glick, 1990), Übersetzung durch die Verfasserin)

„Abuse“ wurde darüber hinaus definiert als „unnötige und vermeidbare Handlungen oder Worte negativer Art, die von einer Person einer anderen oder mehreren Personen zugefügt wird“ (Silver and Glick, 1990). Die Ergebnisse der Umfrage machten die Bedeutung der Thematik und das Ausmaß des Problems deutlich. Über 46% der 431 Studierenden, die auf die Umfrage antworteten, gaben an, während ihres Studiums „abuse“ erfahren zu haben (Silver and Glick, 1990). Die geschilderten Erfahrungen reichen dabei von absichtlichem Kommunikationsmangel über verbale Demütigungen und ein Ausnutzen des Systems (z.B. Einsatz für nichtmedizinische Tätigkeiten) bis hin zu sexueller Belästigung und körperlichen Misshandlungen. Diese Untersuchungen waren jedoch erst der Anfang. Es folgten viele internationale Studien, die sich mit dem Thema beschäftigten und dabei zunehmend den Begriff des „student mistreatment“ prägten. Eine Metaanalyse aus dem Jahr 2014 fasst 59 Studien aus unterschiedlichen Ländern zum Thema schlechte Behandlung in der ärztlichen Ausbildung zusammen. (Fnais et al., 2014). Einbezogen werden dabei sowohl Medizinstudierende als auch Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW). Berücksichtigt man ausschließlich die einbezogenen Medizinstudierenden (26 579 Studierende in 30 Studien) ergibt sich eine Prävalenz von 59,6%. Das bedeutet: knapp 60% der Studierenden gaben an, mindestens einen Fall von „mistreatment“ während ihrer klinischen Praktika erlebt zu haben. Dabei wurde die verbale Belästigung/Demütigung („verbal harassment“) als häufigste Form genannt (Fnais et al., 2014). Viele der Studien stammen aus den USA. Die ermittelte Prävalenz in Bezug auf „mistreatment“ von Medizinstudierenden weist in den verschiedenen Studien deutliche Unterschiede auf. Dies liegt

möglicherweise unter anderem daran, dass den Studien keine einheitliche Definition von „mistreatment“ zugrunde liegt. Einige Studien orientieren sich mit ihrer Definition am GQ-Fragebogen (Graduation Questionnaire (GQ) der Association of American Medical Colleges (AAMC)). Die im Jahr 2011 überarbeitete und in den GQ aufgenommene Definition der AAMC lautet wie folgt:

„Mistreatment“, ob gewollt oder unbeabsichtigt, liegt vor, wenn ein Verhalten Missachtung der Würde Anderer widerspiegelt und dadurch den Lernprozess in unzumutbarer Weise beeinträchtigt. Dazu gehört beispielsweise sexuelle Belästigung, Diskriminierung aufgrund von Rasse, Religion, ethnischer Zugehörigkeit, Geschlecht oder sexueller Orientierung, Demütigung, Bestrafung psychischer und physischer Natur sowie Prüfen und Bewerten in bestrafender Art und Weise.“ (Graduation Questionnaire der AAMC, Überarbeitung 2011, zitiert nach (Mavis et al., 2014), Übersetzung durch die Verfasserin)

Eine Studie, die sich mit „mistreatment“ und Einflüssen auf das Lernumfeld in chirurgischen Praktika beschäftigt, kam zu dem Ergebnis, dass das Ignoriert- und Nicht-Einbezogen-Werden als passive Form der schlechten Behandlung von den Studierenden oft als die schlimmste Form empfunden wird und somit Eingang in die Definition finden sollte (Castillo-Angeles et al., 2017).

Eine einheitliche, allgemeingültige Definition zu finden ist schwierig, denn auch unter den Studierenden herrscht in vielen Fällen keine Einigkeit darüber, ob ein Verhalten als „mistreatment“ einzustufen ist oder nicht (Ellis et al., 2019). Gan und Snell unterscheiden in ihrer qualitativen Untersuchung zwischen „mistreatment“ und suboptimalen Lernerfahrungen (*„suboptimal learning experiences“*). Sie kommen zu dem Ergebnis, dass viele Faktoren einen Einfluss darauf haben, wie Studierende negative Situationen während des Studiums wahrnehmen. Ob sie diese als „mistreatment“ oder als suboptimale Lernerfahrung ohne die emotionalen Auswirkungen von „mistreatment“ empfinden, hängt demnach unter anderem von der individuellen Empfindlichkeit (*„baseline sensitivity“*) der Studierenden und ihrer emotionalen Situation (*„emotions“*), aber auch von der wahrgenommenen Kraftdynamik (*„percieved power dynamics“*) und der Beziehung zu den Lehrenden (*„relationship with teacher“*) ab (Gan and Snell, 2014). Dieser Hierarchie-Unterschied verschafft den Lehrenden weitaus mehr Möglichkeiten, ein Problem zu thematisieren, als den Studierenden, die sich in der abhängigen Position befinden. Wenn die Macht missbraucht wird, kann dieses Gefälle zur Gefahr werden und schlechte Behandlung der Studierenden

bis hin zu sexuellen Übergriffen ermöglichen (Larkin and Mello, 2010). Die Studien zeigen übereinstimmend, dass „student mistreatment“ ein ernstzunehmendes Problem darstellt. Die neueren Untersuchungen machen deutlich, dass es sich dabei nicht um ein längst überwundenes Phänomen der 80er-Jahre handelt, sondern dass die Problematik nach wie vor aktuell ist.

Obwohl die Thematik nun schon seit mehr als 35 Jahren ins Blickfeld gerückt ist, ist die Datenlage im Blick auf die schlechte Behandlung von Medizinstudierenden im Bereich der ambulanten Versorgung generell und der Allgemeinmedizin im Speziellen noch dünn. Untersuchungen, die das Vorkommen von Vorfällen schlechter Behandlung nach den Fachdisziplinen aufteilen, haben gezeigt, dass die Allgemeinmedizin zu den weniger betroffenen Disziplinen gehört jedoch nicht vom Problem ausgenommen ist (Nagata-Kobayashi et al., 2006, Gan and Snell, 2014). Außer einer Studie aus dem Jahr 1996, die sich mit dem Thema „sexuelle Belästigung“ im Rahmen der Weiterbildung Allgemeinmedizin in den USA beschäftigt (Vukovich, 1996) konnte keine Studie zum Thema gefunden werden, die sich speziell mit der Allgemeinmedizin beschäftigt.

In Deutschland wurde das Thema negative Erfahrungen im Medizinstudium 2012 durch Gagyor et al. aufgegriffen (Gagyor et al., 2012). Eine Zufallsstichprobe von 1222 Medizinstudierenden der Universität Göttingen wurde zur Teilnahme an einer Online-Befragung eingeladen. Der verwendete Fragebogen orientierte sich dabei an dem von Baldwin et al. 1991 verwendeten Fragebogen (Baldwin et al., 1991). Die Fragen zu negativen Erfahrungen zielten auf folgende Bereiche ab: *„Formen unangemessener verbaler und nicht-verbaler Behandlung oder unangemessenen Verhaltens, Formen körperlicher Maßregelung, Bloßstellung, [negative] Erfahrungen im Zusammenhang mit Herkunft, Sprache oder Hautfarbe, sexuelle Belästigung u.a.“* (Gagyor et al., 2012). Neben einer kulturellen Adaptation des Fragebogens erfolgte eine Ergänzung um Themen aus vorangegangenen Studien beispielsweise „Nichtbeachtung von Studierenden“ (Larsson et al., 2003, Stratton et al., 2005). Aufgenommen wurden darüber hinaus Themen, die sich in der Pilotierungsphase als relevant erwiesen hatten, beispielsweise Kategorien wie „mangelnde Wertschätzung“ und „Konkurrenz“. Das Hauptaugenmerk der Studie lag dabei nicht ausschließlich auf der Häufigkeit, mit der Studierende im Rahmen des

Studiums negative Erfahrungen machen, sondern vor allem auch auf der daraus resultierenden Belastung. 88% der Teilnehmer berichteten über „negative Erfahrungen“, wobei die mangelnde Wertschätzung durch die Lehrenden am häufigsten genannt wurde (56% der Befragten), am meisten belastend wurde jedoch die verbal unangemessene Behandlung empfunden. Erwähnenswert ist an dieser Stelle auch, dass 8% der Teilnehmenden über Erfahrungen mit sexueller Belästigung berichteten (Gagyor et al., 2012).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Datenlage zu diesem Thema in Bezug auf Deutschland noch sehr dünn ist.

1.5 Problematisches Verhalten von Studierenden

Auch auf studentischer Seite kommt problematisches Verhalten vor. In der Vergangenheit wurden in Bezug auf Problemverhalten von Studierenden bereits mehrfach verschiedene Typen charakterisiert. Tonesk und Buchanan führten an zehn medical schools in den USA eine Befragung durch, bei der sie Organisatorinnen und Organisatoren, sowie und lehrenden Ärztinnen und Ärzten eine Liste mit 21 Arten von „Problemstudierenden“ (*„types of problem students“*) vorlegten und diese nach der Häufigkeit der genannten Probleme fragten. Die Probleme, die sich dabei als die häufigsten herauskristallisierten waren folgende (Tonesk and Buchanan, 1987):

- Studierende, die sich nicht auf das Wesentliche fokussieren können (*„cannot focus on what is important“*)
- Desorganisierte Studierende (*„disorganized“*)
- Übereifrige Studierende (*„overeager“*)
- Studierende mit unzureichendem Fachwissen (*„poor fund of knowledge“*)
- Studierende, die sich schlecht integrieren können (*„poor integration skills“*)
- Extreme Schüchternheit und mangelnde Durchsetzungsfähigkeit (*„excessively shy, nonassertive“*)

Hicks et al. trugen in ihrem Review verschiedene Kategorisierungen zusammen und setzten sich mit den Gründen und Auswirkungen der auftretenden Probleme auseinander. Neben Problemen auf der kognitiven Ebene und problematischen Verhaltensaspekten gehen sie dabei auch auf Probleme im Zusammenhang mit der Arbeitsbelastung, Substanzabhängigkeiten und psychischen Erkrankungen ein (Hicks et al., 2005).

Obwohl die genannten Untersuchungen zum Teil schon mehr als 35 Jahre zurückliegen, sind die geschilderten Probleme nach wie vor aktuell und auch in der allgemeinmedizinischen Lehre präsent. Sturman et al. stellen im Rahmen ihrer Befragung von 60 lehrenden Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern eine Liste mit studentischen Verhaltensweisen, welche die Lehre erschweren, zusammen, die deutliche Übereinstimmungen mit den vorausgegangenen Problemtypencharakterisierungen aufweist (Sturman et al., 2011).

- Mangelhafte/schwache zwischenmenschliche Fähigkeiten (*„poor interpersonal skills“*)
- Unangemessene Schüchternheit oder Aufdringlichkeit (*„undue timidity or intrusiveness“*)
- Mangel an Begeisterung, Interesse und Empfänglichkeit (*„lack of enthusiasm, interest and responsiveness“*)
- Geringe Kenntnisse oder Kompetenzen (*„low levels of knowledge or competence“*)
- Missachtung klinischer Expertise (*„failure to respect clinical subtlety or expertise“*)

Neben Beschreibungen finden sich in der Literatur auch Vorschläge zum Umgang mit den beschriebenen Problemen (HUNT et al., 1989, Vaughn et al., 1998). Langlois und Thach schlagen beispielsweise den Einsatz des SOAP-Schemas und damit ein Vorgehen vor, das den Ärztinnen und Ärzten aus ihrer täglichen klinischen Tätigkeit bekannt ist (Langlois and Thach, 2000). Weitere konkrete Vorschläge für Interventionen im Umgang mit problematischen Verhaltensweisen bei „junior doctors“ finden sich bei Steinert. Diese reichen vom klaren Kommunizieren der Erwartungen über das Ermöglichen zusätzlicher Lerngelegenheiten oder Freiräume bis hin zur Suspendierung der/des Betroffenen (Steinert, 2008). Boileau et al. geben in ihrem Review einen Überblick über die Literatur zum Thema. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass lehrende Ärztinnen und Ärzte die Schwierigkeiten der Studierenden durchaus wahrnehmen, jedoch oft keine weiteren Schritte unternehmen, weil sie nicht wissen, wie sie weiter verfahren sollen. Sie fordern daher, neben einer Schulung der Lehrenden, die Etablierung von Problemmanagementstrukturen vor Ort und weitere Forschung mit dem Ziel standardisierte Strategien im Umgang mit studentischen Schwierigkeiten zu entwickeln und zu evaluieren (Boileau et al., 2017).

Papadakis et al. haben aufgezeigt, dass eine Assoziation besteht zwischen unprofessionellem Verhalten während des Medizinstudiums und späteren Verfehlungen im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit, die staatliche Disziplinarmaßnahmen nach sich ziehen. In einer Fall-Kontroll-Studie untersuchten sie die Universitätsakten von 68 Ärztinnen und Ärzten (Fallgruppe), die mit einer Disziplinarmaßnahme belegt worden waren und 196 Ärztinnen und Ärzten, bei denen dies nicht der Fall war (Kontrollgruppe). Während sich in der Kontrollgruppe bei 19% Kommentare bezüglich unprofessionellen Verhaltens finden ließen, waren es in der Fallgruppe 38% (Papadakis et al., 2004). Für Parameter, die traditionell für die Bewertung von Studierenden herangezogen werden, wie beispielsweise Noten und Testergebnisse, wurden hingegen keine Korrelation mit späteren Verfehlungen gefunden. Dies unterstreicht die Bedeutung der Einbeziehung von Professionalitäts- und Verhaltensaspekten (Papadakis et al., 2004) und stellt bisherige Bewertungsverfahren in Frage (Ainsworth and Szauter, 2006).

Die 1:1-Betreuungssituation im Blockpraktikum Allgemeinmedizin bietet die Möglichkeit für intensives Mentoring und Modellernen. Auf diese Weise könnte diese Unterrichtsform gerade im Umgang mit problematischem Verhalten von Studierenden eine wichtige Interventions- und Lerngelegenheit darstellen. Gleichzeitig handelt es sich um eine Lehrsituation, die sich der Kontrolle durch die Fakultät weitgehend entzieht, in der die Studierenden auf sich allein gestellt sind und sich in einer abhängigen Position gegenüber den Lehrenden befinden.

Die vorausgegangene Erörterung hat gezeigt, dass schlechte Behandlung von Medizinstudierenden nach wie vor ein verbreitetes Problem darstellt. Auch die dezentrale Lehre, wie das allgemeinmedizinische Blockpraktikum, sollte mit Blick auf diese Problematik untersucht werden. Die vorliegende Studie soll Licht in die „black box“ (Shipengrover and James, 1999) des Blockpraktikums bringen und beleuchten, was sich in der 1:1-Praktikumssituation zwischen lehrenden Allgemeinmedizinerinnen/ Allgemeinmedizinern und Studierenden abspielt.

1.6 Fragestellungen und Ziele der Dissertation

Der Fokus der Arbeit liegt auf Problemen und Schwierigkeiten, die im Rahmen der dezentralen hausärztlichen Lehre am Beispiel des Blockpraktikums auftreten können. Ziel ist es, Problemfelder und Ressourcen zu identifizieren, sowie Rückschlüsse für die Evaluation und Organisation dezentraler Lehre zu ermöglichen. Hierzu sollen die Perspektiven aller am Blockpraktikum beteiligten Personengruppen (Studierende, Lehrärztinnen/Lehrärzte, Organisatorinnen/Organisatoren bzw. Expertinnen/Experten) exploriert werden.

Im Rahmen der Studie sollen folgende Einzelfragestellungen unter Einbeziehung der unterschiedlichen Perspektiven beantwortet werden:

- Wie beschreiben Studierende und Lehrärztinnen/Lehrärzte die Lehre im Blockpraktikum Allgemeinmedizin?
- Auf welchen Ebenen und in welcher Form wird im Rahmen des Blockpraktikums Feedback gegeben und welche Probleme treten im Zusammenhang mit Feedback auf?
- Welche Art von problematischem Verhalten von Lehrärztinnen und Lehrärzten spielt im Blockpraktikumskontext eine Rolle? Welche Art von problematischem Verhalten von Studierenden spielt im Blockpraktikumskontext eine Rolle? Wie gehen Studierende und Lehrärztinnen/Lehrärzte in der Praktikumssituation mit auftretenden Schwierigkeiten um?
- Welche Rolle kommt den allgemeinmedizinischen Instituten beim Umgang mit Schwierigkeiten im Blockpraktikumskontext zu?

Die gewonnenen Erkenntnisse zur Verbesserung von Lehr- und Lernbedingungen sollen in Lehreinheiten und Train-the-Trainer-Konzepte auf Ebene der Lehrärztinnen und Lehrärzte einfließen. Zudem sollen mit Hilfe der Ergebnisse Ansätze zur Verbesserung des Qualitätsmanagements dezentraler Lehre entwickelt werden.

2 Material und Methoden

2.1 Qualitatives Studiendesign

Die Zielsetzung, Schwierigkeiten und Herausforderungen im Blick auf das Blockpraktikum Allgemeinmedizin zu identifizieren, stellte an die Herangehensweise mehrere Anforderungen, die bei der Wahl der Methode berücksichtigt wurden.

Die Studienlage zur untersuchten Thematik ist bislang noch dünn. Problemfelder in einem wenig beforschten Bereich zu identifizieren und genauer zu definieren erfordert ein hohes Maß an Ergebnisoffenheit. Während bei quantitativen Erhebungen das Blickfeld durch das Erhebungsinstrument bestimmt wird, ist es mit Hilfe qualitativer Herangehensweisen möglich, auf Neues, möglicherweise Unerwartetes aufmerksam zu werden (Flick et al., 2007). Aus diesem Grund wurde für die vorliegende Studie eine qualitative Herangehensweise gewählt. Um relevante Themen aller Zielgruppen zu explorieren und die Triangulation unterschiedlicher Perspektiven zu erlauben wurden verschiedene Personengruppen (Studierende, Lehrärztinnen/Lehrärzte und Expertinnen/Experten (Personen, die mit der Organisation des Blockpraktikums Allgemeinmedizin betraut sind)) in die Studie einbezogen. Die Datenerhebung erfolgte in Form von Einzelinterviews um auch für das Ansprechen problematischer Inhalte einen geeigneten Rahmen zu bieten. Trotz der offenen Herangehensweise sollte der Fokus auf Problemfeldern im Zusammenhang mit dem Blockpraktikum liegen. Aus diesem Grund wurde für die Datenerhebung die Form des leitfadengestützten Interviews gewählt, welche bei großer thematischer Offenheit, eine Strukturierung des Erhebungsprozesses durch die vom Interviewer eingebrachten Themen ermöglicht (Niebert and Gropengießer, 2014) (S.122).

Bei der Fallzahlplanung wurde das Modell von Malterud et al. (Malterud et al., 2016) herangezogen. Malterud et al. beschreiben fünf Einflussgrößen bzw. Dimensionen, die Einfluss auf den Informationsgehalt („*information power*“) der erhobenen Daten haben und daher bei der Fallzahlplanung berücksichtigt

werden sollten. Dazu gehören die Breite der Forschungsfrage, die Spezifität bei der Auswahl der Probandinnen und Probanden die Anwendung bestehender Theorie, sowie die Dialoggüte und die gewählte Analyseform (Malterud et al., 2016). Für die vorliegende Studie wurde ein explorativer Ansatz mit eher breit gefasstem Forschungsziel innerhalb eines spezifischen Settings (Blockpraktikum in Tübingen) gewählt. Es wurden ausschließlich Probandinnen und Probanden in die Studie eingeschlossen, die bereits Erfahrungen im Bereich des Blockpraktikums Allgemeinmedizin gesammelt hatten. Bei anfangs unerfahrener Interviewerin und sehr unterschiedlichen Interviewpartnerinnen und -partnern war im Vorfeld von einer schwankenden Interviewgüte auszugehen. Als Analyseform wurde eine Querschnittsbetrachtung gewählt. Insgesamt sprechen die aufgeführten Einflussgrößen im vorliegenden Fall für eine tendenziell höhere Fallzahl, Malterud et al. nennen jedoch keine konkreten Orientierungszahlen. In der Literatur finden sich bei thematisch verwandten Studien mit Leitfaden-Interview-Erhebungen sehr unterschiedliche Fallzahlen. Diese bewegen sich von 14 (Hoggins et al., 2018) über 36 (Matthews, 2000) und 60 (Sturman et al., 2011) bis zu 102 (Denz-Penhey and Murdoch, 2009). Vor diesem Hintergrund wurde bei der Fallzahlplanung eine mittelgroße Fallzahl von 10-15 Interviews pro Personengruppe angestrebt. Die Expertengruppe war anfangs als ergänzende Gruppe (3-5 Interviews) geplant. Aufgrund des großen Interesses der Expertinnen und Experten am Thema wurde an dieser Stelle von der ursprünglichen Planung abgewichen und die Fallzahl dieser Gruppe erhöht und den beiden anderen Gruppen angeglichen. Insgesamt ergab sich somit eine Gesamtzahl von 40 Interviews.

2.2 Studienpopulation

2.2.1 Kollektiv

Die erste Gruppe umfasst die Medizinstudierenden, die das Blockpraktikum Allgemeinmedizin an der Universität Tübingen im Wintersemester 2017/18 absolviert hatten (n=193). Die zweite Gruppe umfasst die allgemeinmedizinischen Lehrerinnen und Lehrer der Universität Tübingen (n=238) (Stand 2017). Die dritte Gruppe schließt die Leiterinnen und Leiter bzw.

an der Organisation des Blockpraktikums beteiligte Mitarbeitende allgemeinmedizinischer Lehrbereiche der 37 medizinischen Fakultäten in Deutschland (darunter Tübingen) ein. Da Tätigkeitsbezeichnungen und Aufgabenverteilungen an den unterschiedlichen Standorten voneinander abweichen, konnte keine homogene Expertengruppe gebildet werden. Um ein möglichst umfassendes Bild der Institutsperspektive zu erhalten, wurden daher neben ärztlichen Direktorinnen/Direktoren bzw. Institutsleiterinnen/Institutsleitern, auch mit der Lehre beauftragte ärztliche sowie nicht-ärztliche Mitarbeitende aus dem Bereich der Lehrkoordination einbezogen. Befragt wurde pro Standort nur eine Gesprächspartnerin oder ein Gesprächspartner. Diese Gruppe wird im Folgenden unter dem Begriff „Expertinnen/Experten“ zusammengefasst.

2.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

In der folgenden Tabelle sind die Ein- und Ausschlusskriterien für die drei Gruppen aufgeführt.

Tabelle 1: Ein-/Ausschlusskriterien für die Teilnahme

| Gruppe | Einschlusskriterien | Ausschlusskriterien |
|-----------------------------|--|--|
| Studierende | - Blockpraktikum Allgemeinmedizin in Tübingen absolviert | - Blockpraktikum Allgemeinmedizin noch nicht absolviert - Blockpraktikum nicht an der Universität Tübingen absolviert |
| Lehrärztinnen/ Lehrärzte | - Lehrärztin/-arzt der Universität Tübingen - Lehrärztin/-arzt hat bereits Studierende im Blockpraktikum oder PJ Allgemeinmedizin betreut | - Noch keine Studierenden im Blockpraktikum oder PJ Allgemeinmedizin betreut - PJ- oder Blockpraktikumsbetreuer der Interviewerin |
| Expertinnen/ Experten | - Mit der administrativen und/oder inhaltlichen Ausgestaltung des Blockpraktikums betraut | - Betreuer der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit - Bereits ein/e andere/r Experte/Expertin derselben Universität interviewt - nicht an der Organisation des Blockpraktikums beteiligt |

2.3 Rekrutierung

Rekrutierung der Studierenden

Im Rahmen der Einführungsveranstaltung zum Blockpraktikum im Wintersemester 2017/2018 am 16.10.2017 wurde die Studie den Studierenden

vorgelegt und um ihre Teilnahme gebeten. Interessierte Studierende hatten die Möglichkeit, sich mit ihrer E-Mail-Adresse in eine Liste einzutragen. Insgesamt trugen sich 36 Studierende ein. 35 davon wurden am Ende des Praktikumszeitraums per E-Mail direkt von der Verfasserin dieser Arbeit kontaktiert. Eine E-Mail-Adresse war nicht lesbar. Um gezielt Studierende zu erreichen, die problematische Erfahrungen gemacht haben, wurde nach Abschluss des Blockpraktikums über den Verteiler des Instituts für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung zusätzlich eine weitere E-Mail zur Studie an alle Studierenden geschickt, die im Wintersemester 2017/18 das Blockpraktikum Allgemeinmedizin absolviert hatten (n=193).

Eine weitere Rekrutierungsmöglichkeit boten die ausleitenden Seminare, die in Tübingen am Ende des Praktikumszeitraums in Kleingruppen von circa sieben Studierenden stattfinden. Durch ihre Teilnahme an sieben dieser Seminare konnte die Verfasserin dieser Arbeit einerseits die Feedbackrunden der Studierenden miterleben und sich Notizen zu den eingebrachten Themen machen, andererseits konnten einige Studierende direkt angesprochen und für ein Interview gewonnen werden. Sechs Studierende erklärten sich spontan bereit, im Anschluss an die Seminarveranstaltung ein Interview zu führen. Nach Einholung der informierten Einwilligung zur Studienteilnahme wurden diese durchgeführt. Auf den E-Mail-Aufruf meldeten sich weitere neun Studierende, so dass insgesamt 15 Studierende befragt werden konnten. Damit war die vorgesehene Fallzahl von 10-15 Studierenden erreicht. Eine Rekrutierung von Studierenden, welche das Blockpraktikum Allgemeinmedizin bereits vor dem Wintersemester 2017/18 absolviert hatten, war somit nicht mehr erforderlich.

Rekrutierung der Lehrärztinnen und Lehrärzte

Bei einer Fortbildungsveranstaltung des Instituts für Allgemeinmedizin und interprofessionelle Versorgung für Lehrärztinnen und Lehrärzte wurde die Studie von der Verfasserin dieser Arbeit vorgestellt. Neun der anwesenden lehrenden Ärztinnen und Ärzten trugen sich in eine Interessentenliste ein und wurden später kontaktiert. Sieben von ihnen nahmen anschließend an den Interviews teil.

Ferner wurde eine Rekrutierungsmail an 234 der 238 Lehrpraxen der Universität Tübingen verschickt. Bei vier Praxen war keine Emailadresse hinterlegt. Es meldeten sich zehn Lehrärztinnen/Lehrärzte, von denen schließlich sechs an der Befragung teilnahmen. So wurden insgesamt 13 Interviews mit Lehrärztinnen/-ärzten geführt. und die geplante Fallzahl von 10-15 damit erreicht. Alle teilnehmenden Lehrärztinnen und Lehrärzte hatten bereits Studierende im Blockpraktikum Allgemeinmedizin betreut, einige von ihnen zusätzlich auch Studierende im Praktischen Jahr (PJ).

Rekrutierung der Expertinnen und Experten

Über eine Rekrutierungsmail wurden die allgemeinmedizinischen Institute der insgesamt 37 medizinischen Fakultäten in Deutschland kontaktiert. 19 Expertinnen/Experten signalisierten ihre Teilnahmebereitschaft. Es wurden insgesamt 12 Experteninterviews geführt.

2.4 Entwicklung der Interviewleitfäden

Die Fragen für die Leitfragenkataloge wurden von der Verfasserin dieser Arbeit gemeinsam mit einem Facharzt für Allgemeinmedizin, der auch wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung der Universität Tübingen ist, entwickelt. Bei der Erstellung wurden unterschiedliche Fragetypen integriert. Neben Fragen, die auf das semantische Wissen abzielen, wurden auch solche aufgenommen, die sich auf das episodische Wissen (Flick, 2011) (S.28) beziehen und die Befragten zum Erzählen erlebter Begebenheiten anregen sollten.

Ein guter Leitfaden zeichnet sich durch Flexibilität und Offenheit aus und lässt Raum für die Führung und Aufrechterhaltung der Interviews (Helfferich, 2009) (S.181). Um diesem Anspruch gerecht zu werden, wurden optionale Zusatzfragen in die Fragenkataloge integriert, um die Hauptfragen, wenn nötig spezifizieren zu können. Die Leitfragenkataloge wurden dabei nicht als starre Untersuchungsinstrumente, sondern als flexible Leitstruktur verstanden. Vertiefendes Nachfragen war somit an jeder Stelle eines Interviews möglich.

Im Laufe der ersten Interviews mit Studierenden stellte sich heraus, dass sich durch den Studierendenstatus der Interviewerin oftmals ganz natürlich das „Du“ als Anrede ergab und das „Sie“ eine künstliche Distanz schuf. Die Anrede im Interview wurde daher je nach Situation angepasst. Außerdem zeigte sich, dass die Studierenden die Fragen eher knapp beantworteten und so nur wenige Erfahrungen zur Sprache kamen. Aus diesem Grund wurde der Leitfragenkatalog nach sechs Studierendeninterviews noch einmal um drei Fragen ergänzt und die erzählgenerierenden Elemente verstärkt. Bei den anderen Personengruppen ergab sich bei den ersten Interviews kein Anlass zur Veränderung, so dass hier bei allen Interviews derselbe Leitfragenkatalog zur Anwendung kam. Die Leitfragenkataloge, auch die erste Version des Interviewleitfadens für die Studierendeninterviews, sind im Anhang der Arbeit beigefügt.

2.5 Datenerhebung, Durchführung der Interviews

Bei der Durchführung der persönlichen Interviews mit den Studierenden wurde darauf geachtet, dass diese in einem geschlossenen Raum erfolgten, so dass auch vertrauliche Inhalte angesprochen werden konnten. 14 der Studierendeninterviews erfolgten als persönliche Interviews in Räumen des allgemeinmedizinischen Instituts, ein Studierendeninterview wurde aus logistischen Gründen als Telefoninterview geführt. Die Interviews mit den Lehrärztinnen/-ärzten und Expertinnen/Experten wurden mit Ausnahme des Tübinger Interviews ebenfalls am Telefon geführt.

Im Rahmen der Studie wurden insgesamt 40 Interviews mit einer Dauer von 8-45 Minuten geführt. Die Zusammensetzung der Stichprobe ist in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Zusammensetzung der Stichprobe

| | |
|--|-------------------|
| Studierende (n=15) | |
| Weiblich | 12 (80%) |
| Männlich | 3 (20%) |
| Alter* | 26,9±3,2 (23;32)* |
| Lehrärztinnen/-ärzte (n=13) | |
| Weiblich | 4 (30,8%) |
| Männlich | 9 (69,2%) |
| Alter (n=12) | 58,6±9,0 (38;68)* |
| Expertinnen/Experten (n=12) | |
| Weiblich | 6 (50%) |
| Männlich | 6 (50%) |
| Alter (n=11) | 50,45±7,8(33;62)* |
| Ärztliche Direktorinnen/Direktoren bzw. Institutsleiter/-innen | 4 (33,3%) |
| Mit der Lehre beauftragte ärztliche Mitarbeitende | 6 (50%) |
| Nicht-ärztliche Mitarbeitende aus dem Bereich der Lehrkoordination | 2 (16,7%) |
| * Mittelwert ± Standardabweichung (Min.;Max.) | |

Die Interviews wurden alle von der der Verfasserin dieser Arbeit selbst geführt, 15 in Form von Liveinterviews und die übrigen 25 in Form von Telefoninterviews. Die ersten drei Telefoninterviews wurden mit in einem Telefon-Mitschnittadapter (LRX-40USB) aufgezeichnet. Bei schlechter Aufnahmequalität wurden die folgenden Interviews mit dem Sprachaufnahmegerät aufgezeichnet, welches auch für die Liveinterviews verwendet wurde (Olympus, Digital Voice Recorder DS-30).

Die Interviews wurden anschließend mit Hilfe von Microsoft Word und einer Wiedergabesoftware für digitale Tonaufnahmen (VLC-Player) wörtlich transkribiert. In 34 Fällen erfolgte dies auch durch die Autorin selbst. Sechs Interviews wurden von einer wissenschaftlichen Hilfskraft des Instituts transkribiert. Bei der Transkription erfolgte eine Pseudonymisierung in Bezug auf die Teilnehmenden (LÄ-1 LÄ-2, ST-1, ST-2, EX-1, EX-2 usw.) Ortsangaben, oder andere Angaben, die eine Identifizierung der Befragten ermöglichen könnten, wurden im Zuge der Transkription geändert beziehungsweise verallgemeinert. z.B. „Lehrpraxen in [Universitätsstadt]“.

2.6 Auswertung der Daten

Bei der Auswertung des Materials kam die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2015) zur Anwendung. Für die Vorgehensweise wurde dabei ergänzend die Praxisanleitung von M. Schreier (Schreier, 2012) herangezogen. Die qualitative Inhaltsanalyse stellt eine Methode zur systematischen Bearbeitung von Kommunikationsmaterial dar (Flick et al., 2007)(S.468). Das Grundprinzip der Methode besteht darin, Sinneinheiten des Materials den Kategorien eines Kategoriensystems zuzuordnen (Schreier, 2012) (S.8). Auf diese Weise kann der Inhalt auch umfangreichen Materials übersichtlich dargestellt werden Die Methode eignet sich für Material, das einer gewissen Interpretation bedarf. Im Gegensatz zu anderen qualitativen Methoden verlangt die Methode jedoch von der/dem Forschenden, sich für eine von möglicherweise vielen Bedeutungen eines Textabschnitts zu entscheiden. (Schreier, 2012) (S.30)

Die Kategorien für die qualitative Inhaltsanalyse können auf unterschiedliche Art und Weise gebildet werden. Werden sie aufgrund vorhandener Theorien bzw. Annahmen über den Gegenstandsbereich und auf der Grundlage vorhandener Hypothesen gebildet, spricht man von „deduktiver Kategorienbildung“(Kuckartz, 2012) (S. 59). Erfolgt die Bildung der Kategorien am dem Forschungsmaterial, so wird dies als „induktiv“ bezeichnet. (Kuckartz, 2012) (S.59)

Bei der vorliegenden Arbeit erfolgte die Kategorienbildung in erster Linie induktiv. Durch die Leitfragenkataloge wurden jedoch Schwerpunktthemen gezielt in die Interviews eingebracht. Einige übergeordnete Kategorien (z.B. „Feedback“, „Problematisches Verhalten“) haben daher eher deduktiven Charakter, enthalten jedoch jeweils Unterkategorien, die induktiv entstanden sind. Eine solche Mischform deduktiver und induktiver Kategorienbildung kommt häufig zur Anwendung und wird von Kuckartz als „charakteristisch für die qualitative Inhaltsanalyse“ bezeichnet (Kuckartz, 2012) (S.69).

Für die Erstellung des Kategoriensystems wurden zunächst drei Interviews aus jeder Personengruppe herangezogen. Es wurden inhaltlich möglichst unterschiedliche Interviews gewählt, um von Anfang an einen großen Teil der

erwähnten Themen abzudecken. Die ausgewählten Interviews wurden nach inhaltlichen Kriterien in Segmente aufgeteilt. Diese, einzelnen Sinneinheiten entsprechenden, kleinen Textabschnitte wurden paraphrasiert, soweit wie möglich generalisiert und anschließend auf den wesentlichen Inhalt reduziert. Die folgende Tabelle illustriert das Vorgehen am Beispiel eines Ausschnitts aus einem Studierendeninterview.

Tabelle 3: Beispiel für das Vorgehen bei Paraphrasierung und Reduktion

| Originaltext | Paraphrase | Reduktion |
|---|--|--------------------------------------|
| <i>Interviewerin: „Wie würdest du in diesem Zusammenhang „schlechte Behandlung“ definieren, also so zwischen Lehrarzt und Student?“</i> | | |
| <i>Student: „Wenn man degradiert wird zu Tätigkeiten, die vielleicht sinnlos sind, oder die der Arzt einfach nicht machen möchte.</i> | Schlechte Behandlung ist, wenn Studierende zu sinnlosen oder beim Arzt/bei der Ärztin unbeliebten Tätigkeiten degradiert werden. | Missbrauch als Arbeitskraft |
| <i>Also ja, wenn man halt nicht auf Augenhöhe behandelt wird,</i> | Schlechte Behandlung ist, wenn Studierende von der Lehrärztin/dem Lehrarzt nicht auf Augenhöhe behandelt werden. | mangelnde Wertschätzung und Respekt |
| <i>wenn man ignoriert wird, ja, wenn sich jemand nicht kümmert</i> | Schlechte Behandlung ist, wenn die Studierenden von der Lehrärztin/ dem Lehrarzt ignoriert werden, wenn diese/r sich nicht um sie kümmert. | Vernachlässigung |
| <i>und andererseits, wenn jemand eben zu stark...zu hohe Anforderungen hat, ja.“</i> | Schlechte Behandlung ist, wenn die Lehrärztin/der Lehrarzt zu hohe Anforderungen an die Studierenden stellt | Überforderung, zu hohe Anforderungen |

Die so entstandenen Reduktionsbegriffe wurden thematisch sortiert und bei inhaltlicher Überschneidung unter einer allgemeineren Formulierung zusammengefasst. Auf Basis dieser Zusammenfassungen wurden in der Folge erste Kategorienbezeichnungen generiert und durch Hierarchisierung ein Kategoriensystem erstellt (vgl. (Schreier, 2012) S. 88).

Die Kategoriererstellung erfolgte zunächst getrennt für alle drei Personengruppen, so dass drei separate, vorläufige Kategoriensysteme

entstanden. Diese wurden in einem weiteren Schritt zu einem gemeinsamen Kategoriensystem zusammengeführt. Hierfür wurde das Kategoriensystem, das auf Basis der Studierenden-Interviews erstellt worden war, in das Programm f4 analyse (f4analyse 2.4.2 PRO, Dr. Dresing und Pehl GmbH) eingepflegt. Es wurde anschließend um diejenigen Aspekte ergänzt, die nur in den Kategoriensystemen der Expertinnen/Experten oder Lehrärztinnen/-ärzte vertreten waren.

Zur Präzisierung der Kategorien wurden Kategoriendefinitionen formuliert und Ankerbeispiele ausgewählt.

Tabelle 4: Beispiel für den Aufbau des Kategoriensystems: Kategoriebezeichnung, -definition und Ankerbeispiel

| Kategoriebezeichnung | Kategoriendefinition | Ankerbeispiel |
|--|---|---|
| Erfahrungen schlechter Behandlung von Studierenden | Schlechte Behandlung, die Studierende selbst erfahren haben. Hierzu gehören auch Schilderungen über als problematisch eingeschätztes Verhalten des Lehrarztes/der Lehrärztin und Berichte über diesbezügliche Erfahrungen von Kommilitonen/Kommilitoninnen; auch die Verneinung schlechter Behandlung gehört hierher. | „Und Andere...von Anderen habe ich dann eher gehört, dass sie halt da waren und entweder nur Blut abgenommen haben oder es einfach quasi denen freigestellt wurde, ob sie überhaupt kommen“ (ST-2, Absatz 39) |

Das auf diese Weise entstandene Kategoriensystem wurde im Rahmen einer ersten Pilotierungsphase auf vier der zur Erstellung verwendeten Interviews angewendet (LÄ-11, ST-2, EX-9, EX-7). Drei davon (LÄ-11, ST-2, EX-9) wurden unabhängig zusätzlich von dem wissenschaftlichen Mitarbeiter des Instituts für Allgemeinmedizin und interprofessionelle Versorgung durchgearbeitet, der auch an der Erstellung der Leitfragenkataloge beteiligt war. Anschließend wurde Unklarheiten, die beim Kodieren aufgetreten waren, besprochen und an einigen Kategorien Präzisierungen oder Vereinfachungen vorgenommen. Die überarbeitete Version des Kategoriensystems wurde anschließend auf drei Interviews angewendet (ST-1, LÄ-1, EX-1). Auch dieser Kodiervorgang wurde

von beiden Kodierern unabhängig voneinander durchgeführt. Abweichungen wurden erneut besprochen und Kategoriendefinitionen weiter verfeinert. Das Kategoriensystem wurde im Rahmen der im Zentrum für Öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung (ZÖGV) regelmäßig stattfindenden „Forschungswerkstatt für qualitative Methoden“ vorgestellt und unter Supervision einer Sozialwissenschaftlerin und Expertin für qualitative Forschung mit anderen qualitativ Forschenden diskutiert und überarbeitet. Anschließend wurde das Kategoriensystem auf das gesamte Material angewendet. Es enthält vier Hauptkategorien (1. Lehre in der Hausarztpraxis, 2. Feedback, 3. Interaktion zwischen Lehrärztin/-arzt und Studierenden, 4. Struktur und Organisation). Eine Darstellung des gesamten Kategoriensystems ist im Anhang zu finden. Der Kodiervorgang erfolgte ebenfalls mit Hilfe des oben genannten Computerprogramms. Im Verlauf des Hauptkodierdurchgangs wurde ein weiteres Interview (ST-6) von beiden Kodierenden bearbeitet und Abweichungen diskutiert. Nach Abschluss der Kodierung des gesamten Materials durch die Verfasserin der Arbeit waren einige Kategorien sehr umfangreich geworden: Teilweise hatten sich Kategorien mit mehr als 100 kodierten Textstellen gefüllt und waren dadurch für die weitere Auswertung unhandlich geworden. Wo es aufgrund thematischer Häufungen innerhalb der Kategorien sinnvoll erschien, wurden diese noch einmal untergliedert. So wurde auch verfahren, wenn sich Restkategorien stark gefüllt hatten. Bei den Änderungen, die während bzw. nach dem Hauptkodierverfahren am Kategoriensystem noch vorgenommen wurden, handelt es sich um geringfügige Verfeinerungen und Anpassungen, die sich vorwiegend innerhalb einer übergeordneten Kategorie abspielten. Auf diese Weise wurden auch Textstellen bereits kodierter Interviews miterfasst und es ging keine Information verloren. Von einem erneuten Kodierdurchgang durch das gesamte Material wurde abgesehen, da der daraus zu erwartende Informationszugewinn den zusätzlichen Arbeitsaufwand nicht gerechtfertigt hätte. Im Rahmen der weiteren Auswertung wurde innerhalb einzelner Unterkategorien eine tiefere Analyse durchgeführt. Dabei wurden die enthaltenen Codes, ähnlich einer

weiteren Kategorieebene, erneut thematisch sortiert und auf diese Weise enthaltende Kernaspekte und Unterthemen herausgearbeitet.

2.7 Ergebnisdarstellung

Die Darstellung der Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse kann fallweise, oder anhand der gebildeten Kategorien erfolgen (vgl. (Schreier, 2012) S. 219f.). Da der Fokus der Studie auf einer Exploration der in den Interviews auftretenden Themen und nicht auf der individuellen Gesamterfahrung einzelner Befragter liegen sollte, wurde für die Ergebnisdarstellung ein kategorienweises Vorgehen gewählt.

2.8 Ethische Erwägungen

Die Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden vor der Teilnahme schriftlich über Ablauf und Ziele der Studie informiert. Sie gaben ihr Einverständnis zum Mitschnitt der Interviews, sowie zur anschließenden Transkription und Auswertung in pseudonymisierter Form. Sie erklärten sich ebenfalls damit einverstanden, dass die pseudonymisierten Daten für Publikationszwecke verwendet werden dürfen.

Die Anforderungen der Deklaration von Helsinki (WMA, 2013) wurden eingehalten. Ein positives Ethikvotum durch die Ethikkommission der medizinischen Fakultät Tübingen liegt unter dem Aktenzeichen 440/2017 vor.

Da im Rahmen der Einzelinterviews gezielt auch problematische Verhaltensweisen und Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Blockpraktikum angesprochen werden sollten, bestand das Risiko, dass auch traumatische Erlebnisse zur Sprache kommen. Für den Fall, dass in der Interviewsituation der Eindruck entstehen sollte, dass professionelle Hilfe bei deren Bewältigung nötig sei, wurde die psychologische Beratungsstelle des Studierendenwerks (PBS) Tübingen-Hohenheim vorab über die Studie informiert. Diese sagte ihre Unterstützung für den Bedarfsfall schriftlich zu. Die Befragten wurden im Rahmen der schriftlichen Aufklärung auf dieses Angebot aufmerksam gemacht.

3 Ergebnisse

Anhand des Materials wurde ein Kategoriensystem entwickelt, welches sich in die folgenden vier Hauptkategorien gliedert:

- Lehre in der Hausarztpraxis
- Feedback
- Interaktion zwischen Lehrärztin/-arzt und Studierender/Studierendem
- Struktur und Organisation des Blockpraktikums

Eine zusammenfassende Darstellung des Kategoriensystems mit Haupt- und allen Unterkategorien findet sich im Anhang. Das Kategoriensystem stellt das Ergebnis der Integration dreier Perspektiven (Studierende und Lehrerinnen/Lehrer, Expertinnen/Experten) dar. Die Komplexität des Kategoriensystems und die große Materialfülle erlauben es nicht, alle Kategorien im Detail darzustellen, daher wird in der folgenden Ergebnisdarstellung der Schwerpunkt auf diejenigen Kategorien gelegt, die eine besondere Relevanz für die Beantwortung der Fragestellungen haben. Diese sind in den Hauptkategorietabellen (Tabelle 5-7+9) grau hinterlegt.

In allen Personengruppen wurden männliche und weibliche Teilnehmer und Teilnehmerinnen befragt. Da die verschiedenen Akteure im Ergebnisteil der Arbeit sehr häufig genannt werden, wurde im Sinne der besseren Lesbarkeit hier auf Doppelnennungen (z.B. der Lehrarzt/die Lehrärztin) verzichtet. Wenn möglich wurden allgemeine Bezeichnungen gewählt (z.B. Studierende), wo kein geeigneter Begriff zur Verfügung stand wurde im fortlaufenden Text stellvertretend die maskuline Form verwendet, es sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint. Zur Kennzeichnung der Interviewzitate wurden die maskuline und die feminine Form alternierend und nicht entsprechend des tatsächlichen Geschlechts der Befragten eingesetzt. Diese Vorgehensweise dient der Gleichberechtigung und trägt darüber hinaus zur Wahrung der Anonymität der Beteiligten bei.

Im Folgenden werden alle vier Hauptkategorien kapitelweise dargestellt.

3.1 Lehre in der Hausarztpraxis

Die Hauptkategorie „Lehre in der Hausarztpraxis“ fasst die didaktischen Aspekte zusammen, die in den Interviews zur Sprache kamen. Hier werden unterschiedliche Vorgehensweisen und Lehrmethoden thematisiert. Auch Aussagen zu Lehr- und Lernzielen und zur Motivation der Lehrenden sind dieser Kategorie zugeordnet.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Hauptkategorie und die ihr zugeordneten Unterkategorien.

Tabelle 5: Hauptkategorie "Lehre in der Hausarztpraxis" mit Unterkategorien

| Hauptkategorie | Unterkategorie erster Ordnung | Unterkategorie zweiter Ordnung | Unterkategorie dritter Ordnung | |
|--|--|--|---------------------------------|--|
| Lehre in der Hausarztpraxis | Didaktik, Auswahl der Lerninhalte | Umsetzung des Lehrauftrags | | |
| | | Hausbesuche | | |
| | | Lerninhalte z.B. Formulare, Rezepte, Praxisorganisation | | |
| | | Wissensstand und Erwartungen der Studierenden in Erfahrung bringen | | |
| | Lehr- und Lernziele/ Ziele des Blockpraktikums | Eindruck von der Allgemeinmedizin und vom Vorgehen in der Allgemeinmedizin vermitteln/bekommen | | |
| | | Kompetenzen vermitteln/erlernen | | |
| | | Nachwuchsrekrutierung, Studierenden für die Allgemeinmedizin gewinnen | | |
| | Lehrmethode | (Ab-)fragen | | |
| | | Lehrärztin/ Lehrarzt und Studierende/-r gemeinsam in der Sprechstunde | Beisitzen und beobachten | |
| | | | Einbeziehen in die Untersuchung | |
| | | | Einbeziehen durch Fragen | |
| | | | Fallbesprechungen | |
| | | Eigenständiges Arbeiten und Kontrolle durch die Lehrärztin/den Lehrarzt | | |
| | | Modellernen, die Lehrärztin/der Lehrarzt als Vorbild | | |
| | Hausaufgaben geben | | | |
| | Studierende in der Praxis | Studierende in die Patientenversorgung integrieren | | |
| | | (Vor-)Kenntnisse und Kompetenzen, die die Studierenden mitbringen | | |
| Motivation der Lehrärztin/ des Lehrarztes, sich in der Lehre zu engagieren | | | | |
| Belastung und Bereicherung durch die Lehre | | | | |

Die grau hinterlegten Zellen sind von besonderer Relevanz für die Beantwortung der Fragestellung und werden nachfolgend im Text aufgegriffen.

3.1.1 Lehrmethode

Im Rahmen der Interviews wurden Lehrärzte und Studierende nach den im Blockpraktikum angewendeten/erlebten Lehrmethoden gefragt. Die Schilderungen der Befragten geben einen Einblick in das, was die 1:1-Lehre ausmacht und damit auch wichtige Informationen für die nachfolgende Betrachtung von Interaktion, Feedback und Problemen im Blockpraktikum.

Anhand der Interviews wird deutlich: Lehrärzte gehen unterschiedlich vor, um Studierenden etwas beizubringen. Unterschiede finden sich vor allem auch in der Rolle, die den Studierenden zukommt. Das Spektrum reicht hier vom passiven Beobachter bis zum aktiven Teammitglied.

Lehrärztin/Lehrarzt und Studierende/Studierender gemeinsam in der Sprechstunde

Diese Unterkategorie fasst Aussagen dazu zusammen, wie die Sprechstundensituation als Lehr- Lernsituation umgesetzt wird. Die genannten Methoden werden im Folgenden kurz dargestellt.

Beisitzen und Beobachten

Das Beisitzen oder Mitlaufen in der Sprechstunde wird mehrfach als Vorgehensweise benannt. In vielen Fällen scheint dies die Methode der Wahl für den Anfang des Praktikums darzustellen und wird als solche auch von studentischer Seite geschätzt. Teilweise wird dieses Vorgehen jedoch auch für die Dauer des gesamten Praktikums beibehalten und dann durchaus auch kritisch gesehen.

Studentin: „[...] hier bin ich im Prinzip nur beigeessen. Ja, das ist wie ein Schulpraktikum gewesen so ein bisschen. Also da hatte ich jetzt das Gefühl, das bringt einem nicht sonderlich viel.“ (ST-6, Absatz 22)

Einbeziehen in die Untersuchung

Gemeinsame Sprechstundensituationen bieten die Möglichkeit, dass der Studierende aktiv einbezogen wird, indem er parallel zum Lehrarzt oder hinterher den Patienten mit- beziehungsweise nachuntersucht.

Student: „Ich habe dann darum gebeten am ersten und am zweiten Tag, vorrangig eigentlich noch dabeisitzen zu dürfen, einfach um wieder rein zu kommen, habe aber währenddessen dann schon angefangen mitzuuntersuchen, also das war gleich so also „Stethoskop mit raus“ oder

dann Bauch mituntersuchen oder nachuntersuchen. Wenn es jetzt so irgendwie eine Ganzkörperuntersuchung war, dann habe ich direkt danach, also den Patienten gebeten, ob ich nochmal nachuntersuchen dürfte Also da war quasi begleitend das Ganze“ (ST-9, Absatz 12)

Einbeziehen durch Fragen

Das aktive Einbeziehen der Studierenden findet nicht nur bei der körperlichen Untersuchung statt, sondern geschieht mitunter auch durch Einbinden in das Anamnesegespräch. Studierende werden beispielsweise ermutigt, selbst Fragen an die Patienten zu richten, oder eigene Therapievorschläge zu machen. In den Interviews finden sich auch Beispiele dafür, wie Studierende in den Diagnosefindungsprozess einbezogen werden, indem der Lehrarzt „laut denkt“, also seine Überlegungen und Abwägungen ausspricht und sein Vorgehen erläutert, oder indem er die Studierenden auffordert Therapievorschläge zu äußern und diese dann aufgreift.

***Lehrärztin:** „Und im nächsten Schritt gehe ich dann vor, dass ich die ein bisschen abfrage. Also abfragen ist jetzt zu viel gesagt, aber dass ich sie mit einbinde, dass ich einfach frage „Welche Therapie könnte das jetzt sein oder was wollen wir in der Anamnese noch wissen? Oder wie würde jetzt die Untersuchung aussehen?““ (LÄ-11, Absatz 14)*

Fallbesprechungen

In vielen Interviews wurde über Fallbesprechungen als Lehrmethode berichtet. Damit gemeint sind Fallbesprechungen zu den einzelnen Patientenkontakten, die oft in direktem Anschluss an einen Patientenkontakt stattfinden, sobald der Patient das Behandlungszimmer verlassen hat.

***Lehrarzt:** „Und natürlich nach jedem Patienten, aber nicht vor dem Patienten. Wenn Fragen offenbleiben, dass man die kurz 2-3 Minuten bespricht und wenn es etwas Größeres ist, einen Termin ausmacht, mit der Aufforderung „schreib auf, was die Frage war, schreib den Namen von dem Patienten auf und dann besprechen wir das in Ruhe.““ (LÄ-12, Absatz 40)*

Eigenständiges Arbeiten und Kontrolle durch die Lehrärztin/den Lehrarzt

In vielen Fällen wird darüber berichtet, dass früher oder später im Praktikum die Studierenden selbstständig Patienten empfangen, Anamnese und Untersuchung durchführen und den Patienten anschließend dem Lehrarzt vorstellen.

***Student:** „Der Patientenkontakt war meist so, dass wir, bevor wir den Patienten aufgerufen haben erstmal einen kurzen Überblick über den Patienten hatten, dass ich dann teilweise ihn alleine sehen konnte, wenn das für den Patienten in Ordnung war und ich dann meine Ergebnisse dem Arzt vorgestellt habe“ (ST-3, Absatz 16)*

Modellernen, die Lehrärztin/der Lehrarzt als Vorbild

Vor allem im Blick auf Untersuchungstechniken wird auch das Lernen am Modell als Lehrmethode benannt.

Nicht nur beim bewussten Demonstrieren von Untersuchungshandgriffen kommt dem lehrenden Arzt jedoch eine Vorbildfunktion zu. Die Studierenden wurden gezielt danach gefragt, inwieweit ihr Lehrarzt ein Vorbild für sie gewesen sei. Mehrfach wird Bewunderung für die fachliche Kompetenz oder den empathischen Umgang mit den Patienten geäußert.

Student: „Den Arzt fand ich spitze, weil er einfach diese klinische Erfahrung mitgebracht hat und auch ja fachlich, auch durch die Notarzteinsätze, also das war einfach Wahnsinn, was der an Wissen mitgebracht hat. Und auch wie der Patienten betreut hat und welche Entscheidungen er getroffen hat bezüglich der Therapie und des weiteren Vorgehens.“ (ST-9, Absatz 18)

Es wird jedoch auch über Situationen und Verhaltensweisen berichtet, in denen der Lehrarzt von den Studierenden nicht als gutes Vorbild erlebt wurde. Auf die in diesem Zusammenhang geschilderten Situationen wird im Abschnitt „Problematisches Verhalten von Lehrärzten“ näher eingegangen.

3.1.2 Motivation der Lehrärztin/ des Lehrarztes, sich in der Lehre zu engagieren

Auch die Motivation der Lehrärzte für ihr Engagement in der Lehre kommt im Rahmen der Interviews zur Sprache. Erfahrungen aus der eigenen Studienzeit und das Gefühl als wichtiger Ansprechpartner für die Studierenden gebraucht zu werden spielen für die Lehrärzte hier eine wichtige Rolle.

Lehrärztin: „Zu meiner Zeit gab es das nicht und das war ja eigentlich meine Hauptmotivation, so was zu machen, dass ich das eigentlich ganz arg vermisst habe diesen...ja das Vorbild oder jemanden der einem auch unmittelbar dann Anleitung gibt, oder auch Ratschläge erteilt.“ (LÄ-5, Absatz 53)

Das folgende Zitat verdeutlicht, dass es dabei um mehr geht als die Vermittlung medizinischen Wissens.

Lehrarzt: „Was ich gemerkt habe, dass [die Gespräche beim] Mittagessen für viele recht wichtig war[en], um auch mal andere Fragen zu stellen, zum Beispiel: Wie gehen wir damit um, wenn ein Patient stirbt? [...]“ (LÄ-7, Absatz 41)

3.1.3 Belastung und Bereicherung durch die Lehre

Die Anwesenheit der Studierenden in der Praxis wird von Lehrarztseite mehrfach als bereichernd beschrieben, aber auch die belastenden Aspekte der Lehre neben dem laufenden Praxisbetrieb kommen zur Sprache.

Lehrärztin: „die [Studierenden] haben mich auch enorm gefordert, ja, weil da wird das dann auch anstrengend, weil [...] die [Studierenden] wissen ja schon einiges und da kommt man manchmal in Situationen, wo sie etwas hinterfragen, was man selber gar nicht mehr so aus Routine mehr hinterfragt und das ist dann manchmal schon anstrengend und bereichernd“ (LÄ-2, Absatz 19)

Lehrarzt: „Wenn ich [...] sage: „Wir haben Studenten“, dann schrecken viele Kollegen erstmal zurück und fragen: „Ist das nicht sehr aufwendig?“ Und ich muss aber tatsächlich zugeben, ich finde es nicht zu aufwendig Ja, es ist sicherlich die eine oder anderer Stunde, die mal mehr draufbleibt. Aber insgesamt geben die mir ja auch unheimlich viel zurück und wenn die auch einfach mal die Anamnese bei einem Patienten machen, die ich dann nachher nicht mehr machen muss, weil sie mir der Student in kurzen knackigen Sätzen mitgeben kann, dann habe ich auch was davon. [...] es ist nicht nur so, dass ich nur an Zeit, Energie oder Liebe drauflege. Also man bekommt auch einfach was zurück.“ (LÄ-11, Absatz 93)

In den Interviews wird deutlich, dass die Einstellung, mit der die Studierenden an das Blockpraktikum herangehen, einen großen Einfluss darauf hat, wie die Lehrsituation erlebt wird.

Expertin: „Wenn Sie jetzt zwei Wochen im Blockpraktikum jemanden haben, den Sie wirklich nicht für das Fach begeistern können, sind zehn Arbeitstage schon lang genug und nach vierzehn Tagen sind Sie froh, dass Sie sagen können: „Gott sei Dank, geht der wieder [...]!“ (EX-7, Absatz 60)

Lehrarzt: „Ja, es viele gute Beispiele, also das Studierende sehr interessiert waren und auch gefragt haben, ob sie noch länger bleiben könnten, als das Blockpraktikum dauert oder mal wiederkommen könnten. Tageweise oder so. Das gab's auch.“ (LÄ-1, Absatz 5)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein Nebeneinander von Belastung und Bereicherung für Praxisinhabende durch Studierende dargestellt wird. Es kommt jedoch zum Ausdruck, dass für viele Lehrärzte die positiven Aspekte überwiegen.

3.2 Feedback

Wie im Hintergrundteil dargestellt, stellt Feedback im Rahmen der Lehre ein zentrales Instrument dar und ist somit wichtiger Bestandteil der Interaktion zwischen Lehrenden und Lernenden. Gleichzeitig oder gerade deswegen kann es aber auch Quelle von Problemen sein.

Die Studierenden wurden danach gefragt, ob sie ausreichend Feedback bekommen hätten und welche Art von Feedback für sie am hilfreichsten gewesen sei. Den Lehrärzten wurde die Frage gestellt, ob sie den Studierenden Feedback zu ihrem Verhalten geben und ob sie im Gegenzug auch Feedback von den Studierenden erhalten würden. Beide Seiten wurden nach dem Rahmen gefragt, in dem Feedback gegeben wird. Die aus der Analyse dieser Textstellen resultierende Hauptkategorie mit ihren Unterkategorien ist im Folgenden tabellarisch dargestellt.

Tabelle 6: Hauptkategorie "Feedback" mit Unterkategorien

| Hauptkategorie | Unterkategorien erster Ordnung | Unterkategorien zweiter Ordnung | Unterkategorien dritter Ordnung | Unterkategorien vierter Ordnung | |
|--|---|--|---|---------------------------------|--|
| Feedback | direktes Feedback | Feedbackinhalt | fachlich-inhaltliches Feedback | | |
| | | | Feedback zu Verhalten, Auftreten, Einstellungen | | |
| | | | Feedback zu Didaktik und Methode | | |
| | | Feedbackrahmen: -situation und -initiation | | | |
| | indirektes Feedback | Selbstreflektion, Feedback durch (Erfolgs-)Erlebnisse | | | |
| | | Nonverbales Feedback | | | |
| | | Peer-Feedback | | | |
| | Probleme beim Feedback | Feedback findet zu wenig oder gar nicht statt | | | |
| | | sich nicht trauen, Feedback zu geben | | | |
| | | sich eines Problems nicht bewusst sein | | | |
| | | wenig Basis für Feedback | | | |
| | Bewertung und Evaluation | Benotung der Studierenden: Bewertungsbogen, Epikrise | | | |
| | | Evaluation: Rahmenbedingungen, Auswertung, Weiterleitung | | | |
| | Umsetzung von und Reaktion auf Feedback | | | | |
| Feedback ans Institut im Rahmen der Interviews | | | | | |

Die grau hinterlegten Zellen sind von besonderer Relevanz für die Beantwortung der Fragestellung und werden nachfolgend im Text aufgegriffen.

Die zum Thema Feedback zusammengetragenen Ergebnisse zeigen: Feedback findet mit Blick auf das Blockpraktikum auf unterschiedlichen Ebenen statt. Im Rahmen der Auswertung konnten verschiedenen Kommunikationsebenen identifiziert werden. Das Hauptaugenmerk liegt auf der Rückmeldung zwischen Lehrärzten und Studierenden innerhalb der Praktikumssituation. Neben dieser dezentralen Feedbackebene existieren Rückmeldewege, in welche die Institute als zentrale Organe involviert sind. Hierzu zählen beispielsweise die studentische Evaluation des Blockpraktikums und die Rückmeldung beziehungsweise Weiterleitung der Evaluationsergebnisse an die lehrenden Ärzte durch die Institute.

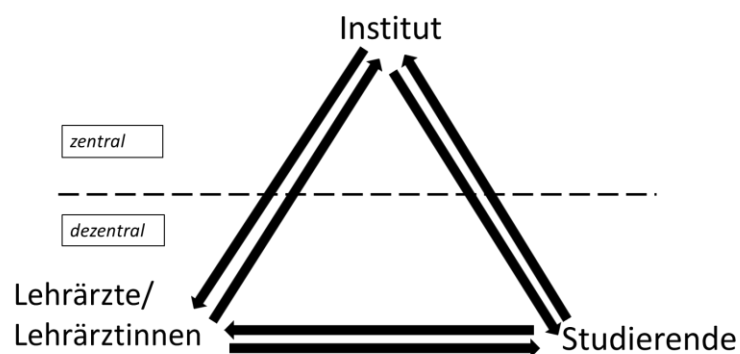


Abbildung 1: Kommunikationsebenen unter den am Blockpraktikum beteiligten Akteuren

Im Rahmen der inhaltsanalytischen Auswertung wurde deutlich, dass Feedback nicht nur auf verschiedenen Kommunikationsebenen stattfindet, sondern auch in ganz unterschiedlicher Form. Aus diesem Grund wurde neben der Unterkategorie „direktes Feedback“, die sich mit direkter, verbaler Rückmeldung befasst, eine weitere mit der Bezeichnung „indirektes Feedback“ erstellt. Diese Unterkategorie beinhaltet beispielsweise Aussagen zu nonverbalen Botschaften in Form von Blicken, Gesten oder Konsequenzen, die eine Form der Rückmeldung darstellen, jedoch nicht verbal vermittelt werden („implizites Feedback“).

3.2.1 Direktes Feedback

Feedbackinhalt

Neben fachlich-inhaltlichem Feedback, zum medizinisch- diagnostischen Vorgehen wird auch Feedback zu Verhalten, Auftreten und Einstellungen thematisiert. Auch Rückmeldung zum didaktischen Vorgehen des Lehrarztes wird erwähnt.

Interviewerin: „Hast du hilfreiches Feedback von deinem Lehrarzt bekommen? Studentin: Ja, doch, muss ich sagen. Also gerade, wenn... eben mit dem Umgang [mit] den Patienten. Weil ich wusste eben auch nicht genau, wie man mit ihnen umgeht. Darf ich offen und direkt sein, oder muss ich mich zurückhalten und sowas. Und dann haben die immer gesagt: „Nee, also, alles gut gemacht, das passt so.“ Also, das war super.“ (ST-7, Absatz 21)

Ein großer Teil der Lehrärzte gab an, den Studierenden auch Rückmeldung in Bezug auf deren Verhalten zu geben. Das folgende Beispiel zeigt, dass dabei nicht nur problematische Verhaltensweisen, sondern auch Einstellungen thematisiert werden und dass dabei durchaus gute Erfahrungen gemacht werden.

Lehrarzt: „[...] Und ich habe ihn dann mal gefragt: „Hör mal! Warum hast du eigentlich Medizin studiert?“ Und da hat er gesagt, er hätte den Schnitt gehabt und „ein Arzt hat ein gutes Ansehen und verdient Geld“. Und dann habe ich ihm gesagt: „Junge, das ist zu wenig! [...] Das reicht nicht! Das reicht einfach nicht für den Beruf, weil du so viele Dinge erleben wirst, wo das Geld und das Ansehen nicht reicht und das Ansehen bekommst du nicht per Titel, das Ansehen musst du dir erarbeiten.“ Interviewerin: Wie hat er reagiert? Lehrarzt: Nett! Der hat nett..., der hat unheimlich...der hat nachgedacht und dann kam er am nächsten Tag wieder an und sagte [...]: „Wie hast du das gemeint?“ Und dann habe ich ihm so gewisse Sachen erzählt“ (LÄ-7, Absatz 11-13 und 113 - 114)“

Feedbackrahmen, -situation und -initiation

Zu den Rahmenbedingungen für Rückmeldung wurden neben Schilderungen zu Ort, Situation und Zeitpunkt auch Aussagen zur Initiation gezählt. Aus den Berichten wird deutlich, dass Feedback individuell ganz unterschiedlich gehandhabt wird. Mehrfach wird berichtet, dass Feedback situationsbezogen oder spontan zwischendurch gegeben wird. Es gibt aber auch Beispiele für feste Zeitfenster.

Mehrere Lehrärzte betonen, Feedback immer unter vier Augen zu geben, es gibt aber auch Berichte über Situationen, in denen Studierende im Beisein des Patienten Feedback erhielten. Die weit auseinandergelassenen Ansichten zu

diesem Thema zeigen, dass Feedback in der Behandlungssituation eine besondere Herausforderung darstellt: Einerseits können Korrekturen der Untersuchungstechnik in der direkten Konsultationssituation von den Studierenden als sehr hilfreich erlebt werden, weil sich dadurch die Möglichkeit bietet, Anweisungen und Verbesserungen direkt umzusetzen.

Interviewerin: „Welche Art von Feedback hat dir am meisten genutzt?“ *Student:* „Also ich muss...schon eigentlich fast das ganz direkte, weil man...als sie's direkt gesagt haben, weil man da die Chance hat es nochmal anders und besser zu machen. Das war eigentlich schon gut so.“ (ST-13, Absatz 27)

Auf der anderen Seite können im Beisein des Patienten geäußerte Hinweise beispielsweise zu Wissenslücken, die noch geschlossen werden sollten, als Bloßstellung empfunden werden.

Studentin: „[...]er hat sehr viel Wissen vorausgesetzt und da ich das am Anfang nicht direkt preis...also einfach nicht mehr parat hatte im Gedächtnis, dann gab es schon Kommentare, die aussagten: ich sollte das eigentlich wissen und [...] [das]war ab und zu auch während Patienten da waren.“ *Interviewerin:* „Ok, und wie hat sich das für dich angefühlt?“ *Studentin:* „Ja, nicht so toll, ja.“ (ST-2, Absatz 29 - 30)

Mehrfach wird erwähnt, dass Feedback vor allem im Rahmen des Abschlussgesprächs gegeben werde. Von Lehrarztseite wird berichtet, dass mitunter auch Situationen außerhalb der Praxis für Feedbackgespräche gewählt würden.

Lehrarzt: „Typischerweise lade ich Leute, die mir ans Herz gewachsen sind am letzten Abend ein und dann gibt es hier ein ziemlich nettes Restaurant und dann gehen wir da zusammen essen und dann erzähle ich so ein bisschen, was da in mir passiert ist oder was besonders war oder besonders anders...und was gut war und was nicht so gut war.“ (LÄ-5, Absatz 36)

Neben den räumlichen, zeitlichen und sonstigen äußeren Gegebenheiten wird in den Interviews noch ein weiterer Aspekt angesprochen, der die Feedbacksituation beeinflusst: die Initiation.

Feedbackinitiation

Feedback braucht einen Initiator. Die Schilderungen der Befragten machen deutlich, dass es beim Feedback an die Studierenden oft der Lehrarzt ist, von dem das Feedback ausgeht. Es wird aber durchaus auch von Situationen berichtet, in denen die Studierenden das Feedback einfordern.

Studentin: „und dann ganz zum Schluss habe ich eigentlich explizit nachgefragt, ob das jetzt so [von der Lehrärztin aus] gekommen wäre weiß ich nicht [...] Da habe ich nochmal einmal

nachgefragt, ob sie denn noch irgendwelche Tipps für mich hätte, was ich noch verbessern sollte, oder mir anucken sollte oder machen sollte [...].“ (ST-4, Absatz 25)

Ergreift keiner der beiden die Initiative, kann es vorkommen, dass der Moment ungenutzt verstreicht und eine Chance für Feedback verpasst wird.

Auch beim Feedback an den Lehrarzt ist dieser laut den Schilderungen der Befragten nicht selten der Initiator, indem er gezielt nach Rückmeldung fragt und Gelegenheiten dafür schafft.

Lehrärztin: „Und was ich auch noch mache. Ich frage immer nach der Hälfte der Zeit, also die kommen ja Dienstag, Mittwoch, Donnerstag, Freitag und am Freitag bekommen sie die Aufgabe, dass sie sich überlegen nachdem was so gemacht worden ist: Was fehlt mir noch? Was muss ich in der nächsten Woche noch machen?“ (LÄ-7, Absatz 61)

3.2.2 Indirektes Feedback

Unter dem Begriff „Indirektes Feedback“ werden all diejenigen Schilderungen von Feedback zusammengefasst, die nicht der klassischen Form, also „verbal und im direkten Rückmeldungsgespräch“, entsprechen. Die Kategorie mit ihren zugeordneten Codes verdeutlicht, wie unterschiedlich Rückmeldungen gegeben und erlebt werden. Die Kategorie beinhaltet beispielsweise Aussagen zu nonverbalen Botschaften.

Student: „[Der Lehrarzt] hat manchmal argwöhnisch geschaut, wenn ich etwas nicht konnte, weil einfach, weil ich nur Theorie kannte, oder vielleicht auch, vieles vergessen hatte“ (ST-2, Absatz 23)

Genauso enthält sie Beispiele für Peer-Feedback auf studentischer und Lehrarztebene sowie Berichte über Feedback durch Reflexion und (Erfolgs)Erlebnisse.

Studentin: „Mein positivstes Erlebnis war, als ich eine Diagnose richtig gestellt habe, die eigentlich gar nicht so einfach war. Und zwar ging es da um eine atypische Pneumonie. Ich habe mir gedacht: das hört sich komisch an da unten rechts, das ist irgendwie... und nachdem wir den Patienten weitergeschickt hatten zum Radiologen und der wiederkam mit einem Röntgenbild, wir hatten das große Glück, dass in der Nähe eine radiologische Praxis war, genau, hat sich da tatsächlich in der Bildgebung was gezeigt und da war ich sehr stolz auf mich.“ (ST-3, Absatz 40)

Erlebnisse wie dieses kann ein Lehrarzt nicht selbst herbeiführen und als Feedback gezielt einsetzen. Dennoch kann er durch sein Vorgehen die Rahmenbedingungen dafür schaffen.

Lehrarzt: „Also zwischendurch sage ich schon, wenn sie etwas gut machen gebe ich da schon Rückmeldung und die merken das ja denke ich auch, indem sie immer mehr und immer selbstständiger Dinge machen dürfen.“ (LÄ-10, Absatz 26 - 27)

3.2.3 Probleme beim Feedback in der Praxis

Die Aussagen der Befragten machen deutlich, dass es gerade beim Thema Feedback, das ein so wichtiges Werkzeug der Lehre darstellt, zu Schwierigkeiten kommen kann.

Feedback findet zu wenig oder gar nicht statt

Als häufiges und großes Problem wird von den Interviewpartnern benannt, dass insgesamt zu wenig und oft auch überhaupt kein Feedback gegeben werde zwischen Lehrärzten und Studierenden- und zwar in beiden Richtungen.

Lehrarzt: „Also ich kriege Feedback, wenn ich es einfordere, wenn ich die Studenten am Ende frage „Was war gut, was war schlecht? Wo könntest du sagen, das war toll?“ Da kommt in der Regel recht wenig, und da würde ich mir schon mehr wünschen. Auch was Negatives „da ist mir aufgefallen, der macht das so und so, in der Uni haben wir das so gelernt und warum machen die das so?“ Also da würde ich mir schon mehr Rückmeldung wünschen und auch drüber freuen.“ (LÄ-12, Absatz 41)

Interviewerin: „Hast du hilfreiches Feedback von deinem Lehrer/deiner Lehrerin bekommen?“ **Studentin:** „Also das hätte ich vielleicht mir noch mehr gewünscht bei den Untersuchungsvorgängen. Wenn ich dann im Raum war und er auch und ich hab dann schon mal voruntersucht, dann hat er jetzt nicht gesagt: „Ja mach's doch so oder so.“ oder „Das hättest du so machen können.“ Da hat er nichts gesagt. Ich weiß jetzt nicht, ob es deswegen richtig war, oder ob ich irgendwas besser hätte machen können. Da hätte es schon noch ein bisschen mehr Feedback vielleicht geben können.“ (ST-12, Absatz 17)

Das Problem, dass zu wenig oder überhaupt kein Feedback gegeben wird, beschränkt sich nicht auf die Ebene zwischen Lehrärzten und Studierenden. Lehrärzte beklagen, von Seiten des Instituts zu wenig oder gar keine Rückmeldung im Blick auf ihre Lehrtätigkeit zu bekommen und auch von den Experten wird ein Mangel an Rückmeldung von studentischer wie auch von Lehrarztseite beklagt.

Interviewerin: „Welche Art von Feedback über Studierende erreicht ihr Institut von Seiten der Lehrärzte?“ **Experte:** Ja, das ist eigentlich der kritischste Punkt momentan. Wir kriegen sehr wenig Feedback über die Studierenden von den Lehrärzten, es gibt keine strukturierte Form. Die Lehrärzte bewerten zwar die Studierenden. Also im Blockpraktikum wird den Studierenden eine Note gegeben und das fließt dann auch in die Scheinnote für Allgemeinmedizin maßgeblich ein, aber es gibt meines Erachtens zu wenig Möglichkeit eines spezifischen Feedbacks auch im Sinne von, nicht den Einzelstudenten betreffend, sondern wo man mal typische Probleme, oder Punkte

wo man vielleicht auch strukturell ansetzen könnte, um die Zusammenarbeit zu verbessern, zu identifizieren. Da ist es relativ mau.“ (EX-11, Absatz 64)

Im Rahmen der Interviews konnten für den Mangel an Feedback auf den unterschiedlichen Ebenen neben mangelnder Gelegenheit durch Zeitmangel und fehlende Initiation weitere Gründe identifiziert werden.

Sich nicht trauen, Feedback zu geben

Mehrfach wird als Grund dafür, dass Studierende ihren Lehrärzten im direkten Gespräch kein oder nur wenig Feedback geben angeführt, dass, sich die Studierenden nicht trauen würden, Kritik offen zu äußern.

Lehrarzt: *„[...] aber man merkt, die Studierenden sind da nicht offen. Ich glaube manche haben da auch einfach Angst etwas Falsches zu sagen, auch wenn man dann betont, dass es das letztendlich nicht gibt, ich glaube da kommt man als Studierender einfach nicht richtig raus.“ (LÄ-11, Absatz 59)*

Es muss nicht unbedingt die Angst vor schlechter Bewertung sein, die verhindert, dass auch kritisches Feedback gegeben wird, sondern mitunter ist es auch die Angst, dass das Gegenüber die Kritik nicht nachvollziehen kann, oder verletzt wird. Dieses Problem betrifft sowohl Lehrärzte als auch Studierende:

Studentin: *„Die Kritik habe ich nicht direkt angebracht, nee. [...] ich weiß nicht ob es für ihn so ganz nachvollziehbar gewesen wäre, weil [...] es ist halt auch sehr viel subjektives Empfinden dabei [...]“ (ST-2, Absatz 33)*

Lehrarzt: *„Ich möchte Menschen leben lassen, also auch die Studierenden sich entwickeln lassen und will die nicht gleich sofort kanalisieren und sagen: „Das hat du gut gemacht!“ und „Da musst du noch besser werden!“ (LÄ-6, Absatz 31)*

Diese an sich gut gemeinte Schonung kann jedoch beim Gegenüber zu einer gewissen Verunsicherung führen, wie die nachfolgenden Textbeispiele zeigen:

Studentin: *„also ich habe nichts Negatives gehört, sagen wir es mal so, da finde ich weiß man immer nicht so genau, ist das jetzt nur Schöngerede, weil sie einem [...] nichts reinwürgen wollen oder so“ (ST-4, Absatz 22)*

Lehrarzt: *„Aber am Ende des Blockpraktikums frage ich immer noch, ob es etwas gibt, was man grundsätzlich ändern müsste. Oder was ihnen jetzt vielleicht auch einfach gefehlt hat [...]. Da kam jetzt leider tatsächlich eigentlich nichts was ihnen gefehlt hätte. Und ich weiß aber nicht, ob es ihnen einfach gefällt.“ (LÄ-11, Absatz 60+61)*

Sich eines Problems nicht bewusst sein

Als weitere Ursache dafür, dass Feedback nicht gegeben wird, ist der fehlende Vergleich durch eigene Vorerfahrungen oder Berichte von Anderen. Wer keinen Vergleich hat und nicht weiß, wie es sein könnte, der weiß nicht, was ihm fehlt oder es fällt ihm schwer zu formulieren, was er anders haben möchte. Dieses Problem wird sowohl auf Lehrarzt- als auch auf studentischer Seite geschildert.

Lehrarzt: „Nein das [problematische Verhalten der Studentin] habe ich damals nicht [ans Institut] gemeldet, weil das eine der ersten, oder die allererste Studentin war und ich eher überrascht war, wie locker die damals ins Blockpraktikum ging und ich dann eher erst im Verlauf den Vergleich hatte, wie das eigentlich alle anderen, wie gewissenhaft das sonst alle anderen nehmen.“ (LÄ-10, Absatz 38)

Student: „Ja, ich muss sagen zu dem Zeitpunkt ist mir das jetzt gar nicht so bewusst gewesen. [...] [Dass es auch anders sein kann] hatte ich ja gar nicht erlebt davor oder im Blockpraktikum, deswegen hätte ich auch nicht sagen können, dass das jetzt besonders schlecht war. [...]“ (ST-6, Absatz 56)

Wenig Basis für Feedback

Ein weiterer Aspekt, der von den Studierenden eingebracht wird, ist, dass fehlendes Feedback mitunter ein Folgeproblem der fehlenden Möglichkeit zum selbstständigen Arbeiten ist.

Studentin: „Also ich hätte selber nicht gewusst, wofür man mir überhaupt hätte Feedback geben sollen [...] natürlich hätte ich mir mehr [Feedback] gewünscht, aber das hätte schonmal auch vorausgesetzt, dass ich auch mehr hätte selber machen können“ (ST-6, Absatz 44+ 45).

3.2.4 Evaluation: Rahmenbedingungen, Auswertung, Weiterleitung

Herausforderungen bei der Weiterleitung der Evaluationsergebnisse

Nach Abschluss des Blockpraktikums erfolgt an den meisten der in die Studie einbezogenen Standorte eine Evaluation, das heißt eine Bewertung der Lehrveranstaltung und der Leistung des Lehrarztes durch die Studierenden. Aus den Berichten der Experten geht hervor, dass dies meist in schriftlicher Form mit Hilfe eines Evaluationsbogens geschieht. An manchen Standorten werden

darüber hinaus weitere Evaluationsmöglichkeiten genutzt (z.B. Evaluationstelefonate).

In der Regel werden die Evaluationen in nicht-anonymisierter Form erhoben und die Rückmeldungen sind somit für das jeweilige Institut auf die Lehrpraxen zurückzuverfolgen.

Eine Schwierigkeit, mit der sich die Institute bei der Weiterleitung der Rückmeldungen konfrontiert sehen, ist, dass die Evaluationen bei sofortiger direkter Weiterleitung von den Lehrärzten den jeweiligen Studierenden ohne Weiteres zuzuordnen ist, da das Blockpraktikum ja in 1:1-Betreuung stattfindet. Mit diesem Problem gehen die verschiedenen Standorte sehr unterschiedlich um. Während einige Experten berichten, aus diesem Grund Evaluationen überhaupt nicht an die jeweiligen Lehrpraxen weiterleiten zu können, wurde von anderen Standorten berichtet, man begegne dem Problem, indem die Evaluationen mehrerer Praktika gesammelt, gebündelt und mit zeitlicher Latenz an die Praxen zurückgemeldet würden. Die dafür von den Experten angegebenen notwendigen Mindestzahlen schwanken zwischen fünf und zehn Rückmeldungen. Die Weitergabe der Evaluationen sei dabei teilweise durch Datenschutz-Richtlinien und Evaluationsordnungen der jeweiligen Universität reglementiert.

Es gab jedoch auch einen Fall in dem der befragte Experte in der direkten Weiterleitung der Rückmeldungen überhaupt kein Problem sah.

***Expertin:** „Also da sagen wir ganz einfach, ohne den Studenten das gefragt zu haben: Wer uns dieses Feedback so gibt als Student in seinem EVA-Bogen, der wird ja das nicht hinschreiben, wenn er kein Interesse daran hat, dass sich da was ändert und dass der der nach ihm kommt es besser hat als er selbst. Also insofern und weil wir einfach davon ausgehen, dass ein normaldenkender und psychisch-agierender Kollege keinen Studenten Repressalien aussetzt, der ihn schlecht evaluiert hat. Muss man ganz einfach sagen: „Das muss ja auch so sein! [...] Sonst ist Evaluation ja nur ein hohler Kanister uns sonst Garnichts.“ (EX-7, Absatz 36+38)*

Mit Blick auf die Ergebnisse der Evaluation ist der Grundtenor der befragten Experten, dass das Blockpraktikum im Großen und Ganzen sehr gut bewertet werde und dass schlechte Bewertungen eher die Ausnahme darstellten.

3.3 Interaktion zwischen Lehrärztin/Lehrarzt und Studierender/Studierendem

Auch wenn die bisher angesprochenen Themen bereits Teil der Interaktion zwischen Lehrarzt und Studierendem sind, wurde diesem Thema aufgrund seiner Bedeutung für die Arbeit eine eigene Hauptkategorie gewidmet. Sie nimmt die zwischenmenschliche Beziehung zwischen Lehrarzt und Studierendem in den Blick und beinhaltet Aussagen zu problematischem Verhalten auf beiden Seiten der „Lehr-Lern-Beziehung“. Es folgt die tabellarische Übersicht über die Hauptkategorie und ihre Unterkategorien.

Tabelle 7: Hauptkategorie Interaktion zwischen Lehrarzt und Studierenden" mit Unterkategorien

| Hauptkategorie | Unterkategorie erster Ordnung | Unterkategorie zweiter Ordnung | Unterkategorie dritter Ordnung | |
|--|--|--|---|--|
| Interaktion zwischen Lehrärztin/Lehrarzt und Studierender / Studierendem | Beziehung zwischen Lehrärztin/-arzt und Studierender/ Studierendem | Atmosphäre, zwischenmenschliche Chemie und Wertschätzung | | |
| | | Hierarchie und Abhängigkeit | | |
| | Probleme im Praktikum, in der 1:1-Betreuung | Problematisches Verhalten von Studierenden | Desinteresse, mangelndes Engagement, Nichterfüllung der Mindestanwesenheitszeit, Zuspätkommen, unpassendes äußeres Erscheinungsbild | |
| | | | Unangemessener Umgang der/des Studierenden mit Praxisteam oder Patientinnen/Patienten | |
| | | | Verhalten oder Eigenschaft der/des Studierenden, das/die in Bezug auf die Lehre oder den Umgang mit Patienten eine Herausforderung darstellt. | |
| | | Umgang mit Problemen und Herausforderungen mit Studierenden durch die Lehrärztin/ den Lehrarzt (in der Praktikumsituation) | | |
| | | Problematisches Verhalten von Lehrärztinnen und Lehrärzten | Definition schlechter Behandlung von Studierenden aus Sicht der Studierenden | |
| | | | Erfahrung schlechter Behandlung von Studierenden, erlebte Beispiele für problematisches Verhalten der Lehrärztin/ des Lehrarztes | |
| | | | "Problempraxen" aus Sicht der Expertinnen und Experten | |
| | | Erwartungen | Erwartungen an die Studierenden, Voraussetzungen der Studierenden, die wünschenswert sind | |
| Erwartungen und Wünsche an die Praxen | | | | |

Die grau hinterlegten Zellen sind von besonderer Relevanz für die Beantwortung der Fragestellung und werden nachfolgend im Text aufgegriffen. Ein Auszug aus dem Kategoriensystem wurde in eine Mixed-Methods Studie zum Qualitätsmanagement in der dezentralen allgemeinmedizinischen Lehre einbezogen und in diesem Zusammenhang bereits veröffentlicht (Koch et al., 2021).

3.3.1 Beziehung zwischen Lehrärztin/-arzt und Studierender/ Studierendem

Atmosphäre, zwischenmenschliche Chemie und Wertschätzung

In den Interviews finden sich viele Informationen über die Beziehung, die sich zwischen Lehrarzt und Studierendem entwickelt. Anhand der Aussagen über die Beziehung und den Umgang miteinander, wird deutlich: Wie in jeder zwischenmenschlichen Beziehung spielt die „Chemie“ zwischen den Beteiligten eine große Rolle und ob es gelingt, über die Zeit ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Es ist jedoch nicht nur die Beziehung zum Lehrarzt, die beeinflusst, wie die Studierenden das Praktikum erleben, sondern auch die Atmosphäre in der Praxis und der Umgang im Team untereinander

Studentin: *„Also ich habe mich da immer sehr geachtet gefühlt und willkommen geheißen gefühlt, so dass ich das sehr angenehm fand, einfach von der Atmosphäre her, ja.“ (ST-1, Absatz 59)*

Lehrarzt: *„[...] nur der Letzte das war so ein... ja...da gibt es nur ein Wort...ein „Arroganter Affe“ der mit seiner distanziert-arroganten Art mir persönlich auf den Keks gegangen ist. Und wenn sie dann so einen die ganze Zeit haben, dann nervt das,“ (LÄ-2, Absatz 45)*

Hierarchie und Abhängigkeit

Besonderheit und Herausforderung der Lehrarzt-Studierenden-Beziehung ist neben des verpflichtenden Charakters des Praktikums und der meist zufälligen Zuteilung, die Tatsache, dass zwischen den Beteiligten aufgrund der Rollen, die sie einnehmen, ein Hierarchiegefälle besteht.

Die Hierarchie in der Beziehung wird von den befragten Studierenden sehr unterschiedlich geschildert. Die Beschreibungen der Beziehung zum Lehrarzt reichen dabei vom „Lehrer-Schüler-Verhältnis“ (ST2, Absatz 22) auf der einen Seite bis zum kollegialen Umgang „auf Augenhöhe“ (ST12, Absatz 7). Dass beides auch erfolgreich miteinander in Einklang zu bringen ist, zeigt das folgende Beispiel:

Studentin: *„Er hat schon eine lehrende Position eingenommen und wenn er mir was erzählt hat denke ich schon, dass wir nicht auf Augenhöhe waren, also dass er quasi wirklich eine Stufe höher war als Lehrer, aber wenn wir diskutiert haben, zum Beispiel bei den Feedbacks und so, das konnte auf Augenhöhe passieren. Genau, das war auch eine sehr angenehme Situation dann.“ (ST-3, Absatz 28)*

Entscheidend dafür, wie die Interaktion gelingt ist für die Befragten auch, ob sich die Beteiligten mit Respekt gegenüber treten und ob sie einander Wertschätzung entgegenbringen.

Lehrarzt: „[...] die sollen ja, egal was es für Leute sind, die Erfahrung machen, dass sie was wert sind, dass sie gewürdigt werden und dass ihre Arbeit wertvoll ist, fertig.“ (LÄ-5, Absatz 21)

Lehrarzt: „Auch so, sagen wir mal, die Würdigung, „Danke, das war jetzt schön.“, das muss man schon fast rauskitzeln, also „Hat dir das jetzt was gebracht? War das gut? War genug Zeit da? und so“ Und dann kommt irgendwann mal, wenn man genug bohrt „Jaja, war schon gut.“ Aber „Danke“ oder sowas, würde ich mir schon wünschen, es ist ja auch etwas, was man gibt, das rechnet sich nicht und da würde ich mir mehr Würdigung wünschen.“ (LÄ-12, Absatz 43)

3.3.2 Probleme im Praktikum, in der 1:1-Betreuung

Ein Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit liegt auf dem Thema problematische Einstellungen und Verhaltensweisen. Die Unterkategorie „Probleme in der 1:1-Betreuung“ umfasst Schilderungen zu Problemen und Schwierigkeiten im Praktikumsverlauf. Sie ist untergliedert in Unterkategorien zu problematischem Verhalten von Studierenden und Lehrärzten.

Problematisches Verhalten von Studierenden

Der überwiegende Teil der befragten Lehrärzte gibt an, noch überhaupt kein problematisches Verhalten von Studierenden im Rahmen des Blockpraktikums erlebt zu haben. Die Experten, die einen deutlich größere Zahl an Praktika überblicken, nennen zwar in den meisten Fällen Beispiele für problematisches Verhalten, viele betonen jedoch gleichzeitig, dass es sich hierbei um Ausnahmen handele und problematisches Verhalten von Seiten der Studierenden ein seltenes Phänomen sei. Von Expertenseite wird auch darauf hingewiesen, dass bei „wirklich problematische[m] Verhalten“ nicht selten „eine besondere Erschwernissituation auf Seiten der Studierenden“ dahinterstecke (EX-3, Absatz 42) und dass mitunter beispielsweise auch „psychische Veränderung[en]“ dabei eine Rolle spielen würden (Ex-7, Absatz 55). Bei den Schilderungen der problematischen Verhaltensweisen von Studierenden kristallisierten sich mehrere Aspekte heraus, die im Folgenden kurz dargestellt werden:

Desinteresse, mangelndes Engagement

Mangelndes Engagement und fehlendes Interesse an der Allgemeinmedizin stellen das am häufigsten benannte studentische Problemverhalten dar.

Expertin: „[...] das sind eben diese Fälle, wenn jemand kommt, der einem durch [...] sein Gesicht und seine Hände in den Taschen gleich signalisiert: „Lass mich bloß in Ruhe! Ich möchte hier nichts arbeiten!““ (EX-7, Absatz 49)

Mehrfach wird auch beschrieben, dass die Studierenden nicht offen seien für die Allgemeinmedizin, weil sie ihre Entscheidung bezüglich ihrer späteren Facharztwahl bereits getroffen und dadurch einen „*eingeeengten Wahrnehmungshorizont*“ (LÄ-6, Absatz 22) hätten.

Lehrarzt: „Ich hatte einen [Studenten] der sich vorstellte mit den Worten: „So ein Scheiß, jetzt muss ich das auch noch machen. Ich will Schönheitschirurg werden und ich habe keine Lust auf Ihr Ding.“ (LÄ-5, Absatz 22)

Nichterfüllen der Mindestanwesenheitszeit und Zuspätkommen

Ein anderes studentisches Verhalten, das von Lehrärzten und Experten gleichermaßen als problematisch beschrieben wird, ist das Nichterfüllen der vorgegebenen Mindestanwesenheitszeiten. Auch dabei kann mangelndes Interesse eine Rolle spielen, oder aber, dass dem Praktikum nicht der angebrachte Stellenwert eingeräumt wird:

Lehrärztin: „Also einmal haben wir es bei einer Studentin erlebt, dass die ganze Woche irgendwie mit Aufenthalt in Berlin* und Jobben [...] verplant war und dass das Blockpraktikum damals sehr zu kurz kam.“ (LÄ-10, Absatz 17, *Ort geändert)

Aus den Schilderungen wird dabei deutlich, dass es den Befragten dabei nicht in erster Linie um die Fehlzeiten als solche geht, sondern, dass die Einstellung der Studierenden zum Blockpraktikum und gegenüber dem Lehrarzt als problematisch empfunden wird.

Unpassendes äußeres Erscheinungsbild

Aus den Schilderungen der Experten und Lehrärzte geht hervor, dass auch das äußere Erscheinungsbild der Studierenden eine Schwierigkeit darstellen kann. Dabei werden ganz unterschiedliche Aspekte angesprochen: Vom Erscheinen des Studierenden in schmutzigem Arztkittel und Hygienemängeln der Studierenden über äußerliche Auffälligkeiten wie „*Piercings und Tattoos*“ (LÄ-8, Absatz 28), die als für Patienten befremdlich beschrieben werden, bis hin zu der

Schilderung eines Experten, dass ein Lehrarzt eine Versetzung des Studierenden wollte, da er fürchtete, dass dieser aufgrund seines äußeren Erscheinungsbilds „ein negatives Bild auf das Image der Praxis werfen könnte.“ (EX-1, Absatz 27)

Unangemessener Umgang der Studierenden mit Praxisteam oder Patienten

In dieser Unterkategorie sind Aussagen zu sozial unangebrachtem Verhalten der Studierenden zusammengetragen. Enthalten sind sowohl Erlebnisschilderungen als auch hypothetische Definitionen.

Lehrärztin: „Also, dass wir mal Probleme mit der Schweigepflicht hatten oder was gestohlen hat oder eine Helferin attackiert hat oder sowas, das haben wir alles gar nicht erlebt.“ (LÄ-1, Absatz 29)

Lehrarzt: „Wenn man...ein Vertrauensverhältnis am zweiten Tag so zerstört mit Lügen. Was soll da bitte rauskommen. Das ist Vertrauenssache.“ (LÄ-9, Absatz 68)

Mehrfach erwähnt wird das Thema Umgangsformen. Dabei wird von den Experten und Lehrärzten das Auftreten des Studierenden gegenüber den Patienten und die Art und Weise der Gesprächsführung in den Blick genommen.

Expertin: „Ein Lehrarzt hat mir geschildert, dass er das eben unmöglich findet, wenn der Student da kaugummikauend mit flapsigen Bemerkungen mit dem Patienten redet, so im zerknitterten Kittel.“ (EX-6, Absatz 46)

Als problematisch beschrieben wird auch, wenn Studierende Patientengespräche „im Befehlston oder mit leiser Stimme“ (LÄ-12, Absatz 29) führen, oder wenn sie im Umgang mit den Patienten „herablassend sind und wenig liebevoll.“ (LÄ 3, Absatz 33) Dass es auch in Situationen, in denen die Studierenden nur als Beobachter einer Konsultation des Lehrarztes beiwohnen zu problematischem Verhalten kommen kann, zeigen die folgenden Beispiele: Eine Lehrärztin berichtete beispielsweise, dass die Studierenden während der Konsultationen häufiger das Handy als Nachschalgewerk nutzten, was „vor allem für die etwas älteren Patienten“ auf den ersten Blick den Anschein mache, als seien sie „mit den Gedanken woanders.“ (LÄ-11, Absatz 41)

Lehrarzt: „Und was ich bedenklich finde, wenn ich einen Patienten irgendwie aufkläre über irgendwas, dass er dann reinredet und sagt: „Also das haben wir aber in der Uni anders gelernt!“ (LÄ-7, Absatz 75).

Neben diesem Beispiel für problematisches Verhalten gegenüber dem Lehrarzt werden auch Beispiele für einen unangebrachten Umgang mit anderen

Praxisteammitgliedern geschildert. Ein Lehrarzt schildert von den Studierenden „Hochnäsigkeit gegenüber [den Praxis-] Mitarbeitern“ (LÄ-12, Absatz 30) erlebt zu haben, dass beispielsweise Studierende, wenn sie von einem Mitarbeiter etwas gefragt worden seien sich mit der Antwort lieber an den Lehrarzt gewendet hätten, anstatt dem Mitarbeiter direkt zu antworten. Ein anderer Lehrarzt berichtet, dass sich ein Student ungefragt an den Süßigkeiten und Getränken aus den Schränken der Teamküche bedient habe (LÄ-5, Absatz 23).

Verhalten oder Eigenschaft der/des Studierenden das/ die in Bezug auf die Lehre oder den Umgang mit Patientinnen und Patienten eine Herausforderung darstellt

Es gibt Verhaltensweisen, die von den Interviewpartnern nicht als per se falsch oder schlecht bewertet werden, die jedoch dennoch eine Herausforderung im Blick auf die Lehre darstellen oder den Umgang mit Patienten erschweren können. Mangelndes medizinisches Wissen wird zwar von Expertenseite als problematischer Aspekt erwähnt, eine größere Rolle spielen aber herausfordernde Eigenschaften, Einstellungen und Verhaltensweisen der Studierenden.

Einstellung gegenüber der Allgemeinmedizin und dem Arztberuf

Eine Lehrärztin berichtet von einem Studenten, mit dem sie das Blockpraktikum aufgrund der Einstellung, mit der dieser an den Arztberuf heranging, als recht anstrengend empfunden habe.

Lehrärztin: „Ich habe einen Studenten gehabt, der hat mir die ganze Zeit nur erzählt, wie enttäuscht er ist, dass er als Arzt nicht so viel verdienen wird und, [dass er] deshalb in die Schweiz [geht].“ (LÄ-7, Absatz 11)

Auch eine negative und von Vorurteilen beherrschte Sichtweise auf die Allgemeinmedizin kann für die Lehre im Blockpraktikum zur Herausforderung werden. Da mangelnder Respekt vor der Fachdisziplin und ein schlechtes Bild von der Allgemeinmedizin auch einen Grund für mangelndes Interesse darstellen, ergaben sich an dieser Stelle teilweise inhaltliche Überschneidungen mit der Unterkategorie „Desinteresse“.

Lehrarzt: „Und gut, es gab auch einen, der kam am ersten Tag und hat gesagt, er weiß überhaupt gar nicht, was er hier soll, weil „wir könnten ja sowieso nichts machen“, weil wir kein MRT hätten. [...]“ (LÄ-1, Absatz 6)

Es wird mehrfach beklagt, dass heutzutage viele Studierende sehr auf die apparative Medizin fixiert seien und sich dadurch schwer täten sich auf die hausärztliche Diagnostik einzulassen.

Lehrärztin: „Wir sehen es leider so, dass manche Studierende extrem apparativ sind. [...] Wenn man dann sagt: „Was machen wir jetzt?“, dann kommt: „Ja, wir machen jetzt Röntgen.“, „Ja, Röntgen haben wir nicht.“, „Ja, dann machen wir Sono“ (LÄ-1, Absatz 21).

Zurückhaltung und Passivität

Zurückhaltung und eine daraus resultierende abwartende Passivität auf Seiten der Studierenden wird von den Befragten Lehrärzten und Experten mehrfach als eine mögliche Schwierigkeit im Blockpraktikum genannt. Dabei beschreiben sie, dass es für den Lehrenden eine Herausforderung sein könne, „weil man eher ein bisschen nachhelfen [müsse] und [...] [das] eigenständige Arbeiten am Patienten [...] erschwert [sei]“ (LÄ-8, Absatz 33). Gleichzeitig machen sie aber auch deutlich, dass Schüchternheit vor allem für die Studierenden selbst eine Erschwernis darstelle („Aber das ist jetzt an sich kein Problem, das wir mit dem Studierenden haben, sondern das ärgert ihn selber.“ (LÄ-1, Absatz 30)).

Auch von studentischer Seite wird das Thema angesprochen und deutlich gemacht, dass Passivität und Zurückhaltung Ausdruck von Unsicherheit sein können und dass Ermutigung und Anstoß zu selbstständigem Arbeiten essenziell seien.

Student: „und man ja selber [...] vielleicht nicht so ganz aktiv darauf zugeht, weil man halt vielleicht doch auch Unsicherheiten hat und die Leute nicht gut kennt in der Praxis oder nicht weiß, wie die Abläufe sind und so weiter und dann vielleicht einfach einen Anstoß durch den Lehrarzt [...] auch braucht (ST-6, Absatz 99).

Berührungsängste gegenüber den Patienten, wenig Eigeninitiative beim Untersuchen

Eng mit dem vorangehenden Aspekt verknüpft ist auch das Thema Berührungsängste gegenüber Patienten. In den Interviews kommt von Seiten der Lehrärzte mehrfach die Beobachtung zur Sprache, dass die Studierenden zunehmend Hemmungen hätten, Patienten anzufassen.

Lehrärztin: „was mich eigentlich so frustriert hat, ist dass die die Leute nicht mehr untersuchen wollen. Die muss man immer dazu treiben, treiben. Ich habe gesagt: „Sie müssen immer Lunge abhören immer auf den Bauch fassen. [...] Da müssen Sie ein Gespür dafür bekommen und das bekommt man nur mit Erfahrung“ (LÄ-2, Absatz 81).

Probleme mit der Kommunikation

Auch die unterschiedlichen kommunikativen Fähigkeiten, die die Studierenden mitbringen, werden von den Befragten teilweise als Herausforderung beschrieben. Ein Lehrarzt schildert diesbezüglich ein besonders eindrückliches Beispiel von einem Studierenden, der Schwierigkeiten hatte, die Körpersprache der Patienten zu verstehen.

Lehrarzt: „Das ist schwierig, [das] können Sie sich selbst vorstellen: [Da] kommt ein junger Mensch mit dem Stethoskop, das er wie eine Waffe zückt auf jemand zu und der Andere macht einen Schritt zurück und der versteht nicht, dass er gerade sagt: „Oh, das ist jetzt irgendwie zu offensiv.“ (LÄ-5, Absatz 17)

Umgang mit Problemen und Herausforderungen mit Studierenden durch die Lehrärztin/ den Lehrarzt (in der Praktikumssituation)

Als zentraler Punkt im Umgang mit Schwierigkeiten wird von den Befragten das offene Ansprechen von Problemen genannt. Das kann bereits im Vorfeld des Praktikums geschehen und im Sinne einer präventiven Maßnahme verhindern, dass überhaupt ein Problem entsteht. Genannt werden in diesem Zusammenhang beispielsweise das Klären der „Kleiderfrage“ (LÄ-10, Absatz 21) und der erwarteten Mindestanwesenheitszeiten von Seiten des Lehrarztes, sowie das gemeinsame Formulieren von Zielen zu Beginn des Praktikums und das offene Ansprechen von Bedürfnissen von Seiten der Studierenden.

Lehrärztin: „Ja, mittlerweile spreche ich die Kleiderfrage auch sehr genau an [...] also was wir erwarten. [...] Also die Kleiderfrage spreche ich an [und], die Zeiten, die mindestens erwartet werden an Anwesenheitszeiten in der Praxis“ (LÄ-10, Absatz 21)

Das offene und zeitnahe Ansprechen spielt für die Befragten aber auch im Umgang mit bereits eingetretenen Schwierigkeiten eine wichtige Rolle, um Feedback zu problematischen Verhaltensweisen zu geben und Erwartungen und Anforderungen zu kommunizieren. Im Gespräch könnten Ursachen für ein bestimmtes Verhalten geklärt und dadurch Missverständnisse vermieden und Folgeprobleme möglicherweise verhindert werden.

Lehrarzt: „ich war dann auch ganz dankbar, dass ich es angesprochen habe. Dann brodelt es nicht in mir drin, dass mich etwas ärgert. Und meistens war das dann auch so, dass ich wusste, „ok, ich muss den an einer anderen Stelle abholen“.“ (LÄ-11, Absatz 46)

Das Problemverhalten des Studierenden kann auch eine Verhaltensänderung auf Seiten des Lehrarztes bewirken. Während der eine Lehrarzt ein Problemverhalten einfach hinnimmt, schickt ein anderer eine Studentin nach Hause zum Umziehen, weil diese in unpassender Kleidung erschienen ist, oder zieht es in Erwägung, eine schlechte Note zu vergeben, so dass der oder die Studierende das Praktikum erneut absolvieren muss.

Beim Thema „*schüchterner, zurückhaltender Student*“ reichen die Ansätze der Lehrärzte vom aktiveren Einbeziehen durch Fragen bis hin zum „*Ins-kalte-Wasser werfen*“ (LÄ-11, Absatz 32), also den Studenten zunächst allein in den Patientenkontakt zu schicken. Noch deutlicher wird der Gegensatz von Resignation auf der einen Seite und gesteigertem Bemühen auf der anderen Seite im Blick auf mangelndes Interesse oder Passivität von Seiten der Studierenden. Ein Teilnehmer berichtet, dass die Frustration über einen desinteressierten Studierenden sogar so weit ging, dass die Lehrtätigkeit im Anschluss an das Praktikum komplett beendet wurde. Im Gegensatz dazu schildern einige Lehrärzte, dass sie sich umso mehr bemühten, einen passiven Studierenden mehr einzubinden, beispielsweise durch aktiveres Einbeziehen in das Patientengespräch oder durch das Eingehen auf spezielle Interessen des Studierenden.

Lehrärztin: „*und wenn man das von vorneherein merkt, [dass die Studierenden desinteressiert sind], dann ist man so im Zwiespalt: Soll man denen eigentlich auch alles zeigen? Weil das strengt an.*“ (LÄ-2, Absatz 51)

Lehrarzt: „*Ich weiß [noch] einer wollte mal unbedingt Orthopäde werden. Und wenn man dann gegenüberstellt das Vorgehen: Wie würde ein Orthopäde mutmaßlich hier..., oder ein Neurochirurg, an diese Situation herangehen und was muss der Hausarzt darüber hinaus noch denken, noch abklären: „In welchem Lebenskontext tritt die Erkrankung auf?“ also dann habe ich immer versucht so ein Spannungsfeld aufzubauen und das ist gar nicht selten gelungen [...] dass die Studierenden nachher sagten: „Ok, das haben wir jetzt verstanden. Diese Sichtweise war uns neu und wir hätten gar nicht gedacht, dass die hausärztliche Tätigkeit so komplex ist.“ Und haben sich oft bedankt, dass man sozusagen dieses Spannungsfeld aufgebaut hat und sie beide Seiten dann künftig in Betracht ziehen können.*“ (LÄ-6, Absatz 27)

Problematisches Verhalten von Lehrerinnen und Lehrern

Zum Thema problematisches Verhalten von Lehrern sind in den Interviews Aussagen ganz unterschiedlicher Art enthalten. Alle 15 befragten Studierenden verneinten die Frage, ob sie sich während des Praktikums jemals schlecht

behandelt gefühlt hätten. Die Antworten auf die Folgefrage, wie sie schlechte Behandlung durch den Lehrarzt im Rahmen des Blockpraktikums definieren würden, werden daher kaum auf konkrete, selbst erlebte Situationen bezogen, sondern meist eher hypothetisch formuliert. Nach Erfahrungen von Kommilitonen gefragt, werden jedoch real erlebte Situationen geschildert. Weitere Beispiele finden sich auch in den Antworten auf die Frage nach problematischen Verhaltensweisen der Lehrärzte und an anderen Stellen im Verlauf der Interviews (z.B. beim Thema Feedback).

Die Experten wurden danach gefragt, ob sich im Blick auf das Blockpraktikum „Problempraxen“ herauskristallisieren würden und wenn ja, wie sie diese definieren würden. Anhand der Antworten wird schnell deutlich, dass es an allen Standorten Praxen gibt, mit denen es Schwierigkeiten gibt, dass es aber in Relation zur Gesamtzahl der Lehrpraxen jeweils nur einen sehr kleinen Teil betrifft. Es geht aber auch hervor, dass mitunter durchaus gravierende Probleme auftreten.

***Expertin:** „Also es kommt selten vor, dass wir Problempraxen haben, also so im Schnitt alle zwei Jahre mal eine Praxis, wo wir sagen: „Das geht nicht mehr!“ (EX-7, Absatz 26)*

Die Experten überblicken in der Regel mehrere Jahre Blockpraktikum mit jährlich mehreren hundert Studierenden verteilt auf oft mehr als hundert verschiedenen Lehrpraxen. Ihre Definitionen von „Problempraxen“ speisen sich daher, im Gegensatz zu den überwiegend hypothetisch formulierten Definitionen der Studierenden, zum allergrößten Teil aus Erfahrungen, die Studierende in den Lehrpraxen gemacht und an das jeweilige Institut zurückgemeldet haben. Neben problematischen Verhaltensweisen der Lehrärzte spielen in den Definitionen der Experten auch ungünstige Praxisgegebenheiten eine Rolle.

Beim Vergleich der Definitionen und geschilderten Erlebnisse zeigen sich durchaus Überschneidungen. Die genannten Aspekte lassen sich grob in zwei Gruppen unterteilen: Die schlechte Behandlung des Studierenden als Person auf der einen Seite und die schlechte Behandlung in Bezug auf die Lehre auf der anderen Seite. Letzterer werden im Folgenden auch problematische

Praxisgegebenheiten zugerechnet, da auch diese die Lerngelegenheiten beeinflussen.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Aspekte, die beim Thema „Problematisches Verhalten von Lehrärzten“ in den Interviews eine Rolle spielen. Sie stellt dabei die Definitionen der Studierenden dem tatsächlich Erlebten und den Definitionen der Experten gegenüber.

Tabelle 8: Zusammenschau der Ergebnisse zum Thema "schlechte Behandlung von Studierenden"

| | Problematisches Verhalten von Lehrärzten, „Problempraxen“ | Von Studierenden formulierte Definition schlechter Behandlung | Von Studierenden erlebte schlechte Behandlung/ problematische Verhaltensweisen der Lehrärztinnen/ Lehrärzte | Definition von „Problempraxen“ durch die Expertinnen/ Experten |
|--|---|--|--|---|
| Schlechte Behandlung der/des Studierenden | <i>Gefühl vermitteln unerwünscht zu sein, unfreundlicher Umgangston</i> | x | x | Persönlichkeit d. Lehrärztin/ d. Lehrarztes ist das Problem x |
| | <i>Nicht auf Augenhöhe behandeln, mangelnde Wertschätzung</i> | x | | |
| | <i>Problematische Kritik, Bloßstellung</i> | x | x | |
| | <i>Übergriffigkeit, Sexuelle Belästigung</i> | x | | x |
| Schlechte Behandlung im Blick auf die Lehre | <i>Vernachlässigung, Ignorieren</i> | x | x | x |
| | <i>Missbrauch als Arbeitskraft</i> | x | x | x |
| | <i>Kein Anstoß/keine Möglichkeit zum selbstständigen Arbeiten</i> | x | x | x |
| | <i>Zu hohe Anforderungen, Überforderung</i> | x | (x) | x |
| | <i>Schlechtes Vorbild, problematische Arbeitsweise</i> | | x | x |
| | <i>Praxisspektrum/ Praxisstruktur:</i> | | | x |
| | <i>Arbeitszeit</i> | | | x |
| | <i>Lehrärztin/-arzt hat ein Alkoholproblem, juristisches Problem</i> | | | x |

Schlechte Behandlung des Studierenden als Person

An erster Stelle wird von den Studierenden in den meisten Fällen die persönliche Ebene der schlechten Behandlung angesprochen. Vorherrschendes Thema ist hier die „Unfreundliche Behandlung“ (ST4, Absatz 44), die dazu führt, „dass man das Gefühl hat unerwünscht zu sein, [...], dass man lästig ist als Student (ST-4, Absatz 44). Eine wichtige Rolle spielt dabei für die Studierenden Umgangston und das Thema mangelnde Wertschätzung.

Student: „Also ich glaube ich würde schlechte Behandlung als respektlose Behandlung definieren, wenn ich mich nicht gesehen fühle, weil ich das Gefühl habe: Ah, ja die denken eh ich kann gar nichts“ (ST-1, Absatz 57)

Ein weiterer Aspekt schlechter Behandlung, der von den Studierenden angesprochen wird, ist das Thema „Bloßstellung“ beziehungsweise „problematische Kritik“.

Studentin: „[...] „persönliche Kritik“ und Kritik vor dem Patienten. Das hätte ich schlecht gefunden.“ (ST-4, Absatz 44)

Student: „Schlechte Behandlung wäre zum Beispiel, wenn ich aufgrund eines Fehlers, oder einer Unwissenheit vielleicht, die man halt als Student auch noch hat, sehr negativ behandelt würde so: „Das musst du doch wissen! Das kann doch nicht sein!“ oder irgendwie sowas, (ST-3, Absatz 32)

Bei den von den Studierenden geschilderten Erfahrungen finden sich zum Thema „Unfreundlichkeit“ nur eine eher vage Beschreibung über das Gefühl einer Kommilitonin, „dass der Arzt sie nicht gemocht [habe]“ und er sie dies durch „distanziertes“ und „abweisendes“ Verhalten spüren ließ (St-9, Absatz 48). Es gibt aber auch konkrete Schilderungen von als problematisch erlebten Situationen. Hier spielt vor allem das Thema Kritik vor Patienten eine Rolle.

Studentin: „die erste Woche war sehr anstrengend für meine eine Kollegin, da immer mitzulaufen mit der Ärztin, weil die halt immer sehr genau gesagt hat, also wie das läuft und wenn die das anders gemacht hat wurde sofort korrigiert, auch vor der Patientin und das war halt immer voll blöd für sie, weil sie natürlich dann nicht irgendwie ihr erklären konnte, warum sie das jetzt macht“ (ST-5, Absatz 43)

Auch die Experten beziehen in ihre Definitionen Fälle ein, bei denen sie das Problem „in der Persönlichkeit des Lehrbeauftragten“ (EX-11, Absatz 46) sehen, weil dieser den Studierenden beispielsweise mit „Arroganz“ und „Überheblichkeit“ (EX-10, Absatz 18) begegnet, oder nicht in der Lage ist, sich mit Kritik differenziert auseinanderzusetzen.

Auffallend ist, dass nur von einem Studierenden Übergriffigkeiten vage als mögliche Form der schlechten Behandlung in der Definition aufgegriffen werden („natürlich geht es dann weiter mit irgendwelchen übergriffigen Sachen“ (ST-9, Absatz 50). Erfahrungen dieser Art werden von keinem der Studierenden berichtet, in den Schilderungen der Experten taucht das Thema jedoch mehrfach auf.

Experte: „Ich erinnere mich an einen Fall vor fünf Jahren. Da war es so, dass eine Studentin sich über Übergriffigkeit beschwert hat“ (EX-12, Absatz 50)

Schlechte Behandlung im Blick auf die Lehre

Die weiteren Aspekte der schlechten Behandlung, die genannt werden, beziehen sich auf ein problematisches Verhalten des Lehrarztes im Blick auf seine Lehrmethoden und die Erfüllung seines Lehrauftrags. Ein Thema hierbei ist die Vernachlässigung, die nicht nur in den Definitionen der Studierenden, sondern sich auch in den Erfahrungsberichten und den Definitionen der Experten wiederfindet.

Studentin: „Ja von Kommilitonen her habe ich eigentlich immer fast ausschließlich mitbekommen, dass sie in der Regel vernachlässigt wurden [...]“ (ST-2, Absatz 38 – 39)

Experte: [Es gibt Praxen], die nicht den nötigen Ehrgeiz an den Tag legen [...], [dem] Studierenden auch wirklich irgendwas zu zeigen“ (EX-4, Absatz 18)

Auch das Ausnutzen als Arbeitskraft findet sich in allen drei Unterkategorien:

Studentin: „Wenn man degradiert wird zu Tätigkeiten, die vielleicht sinnlos sind, oder die der Arzt einfach nicht machen möchte.“ (ST-2, Absatz 37)

Student: „Und Andere...von Anderen habe ich dann eher gehört, dass sie halt [...] nur Blut abgenommen haben.“ (ST-2, Absatz 41)

Dass sich dies nicht zwangsläufig nur auf Tätigkeiten innerhalb und mit Bezug zur Praxis beschränkt, zeigt der Bericht eines Experten über eine Lehrpraxis, in der „der Blockpraktikant dauernd den Hund ausführen [musste]“ (EX-4, Absatz 18).

Neben dem Ausnutzen des Studierenden als Arbeitskraft werden noch andere Vorfälle berichtet, bei denen Lehrärzte auf unterschiedliche Weise versucht haben, Profit aus der Anwesenheit des Studierenden zu schlagen. Berichtet wurde beispielsweise, dass Studierende im eigenen Auto auf Hausbesuchstour geschickt worden seien und vom Lehrarzt keine Erstattung der Benzinkosten

erhalten hätten. (EX-5, Absatz 57). Auch das folgende Beispiel wurde dieser Kategorie zugeordnet:

Expertin: „Also das schlimmste Beispiel, das wir hatten: Es war eine Praxis, die sehr viel Wert auf Ernährungsmedizin auch legt und die offensichtlich, ich sage mal, mit irgend so einer Firma, die solche Pulver herstellen, so ein Agreement hatte. Also jeder Blockpraktikant, der dort anfing, also [dem] wurde erst mal gesagt er würde viel zu viel wiegen und er müsste abnehmen und dann musste er dieses Pulver kaufen. Und das hat natürlich erstmal gedauert, bis das uns erreicht hat, weil die Blockpraktikanten so eingeschüchtert waren, die haben sich auch gar nicht getraut, uns das zu erzählen. Sowas geht natürlich überhaupt nicht!“ (EX)¹)

Einen *Mangel an Möglichkeiten zum selbstständigen Arbeiten*, beispielsweise weil kein Raum dafür zur Verfügung steht, schätzen die befragten Studierenden unterschiedlich problematisch ein.

Student: „Also, wenn ich jetzt die zwei Wochen nur neben dran gesessen wäre und überhaupt keine eigenen Untersuchungen, keine eigenen Anamnesen hätte anstellen dürfen, dann wäre es brutal langweilig gewesen und dann hätte ich mich auch schlecht aufgehoben gefühlt dort.“ (ST-3, Absatz 32)

Studentin: „[...] ich sehe es jetzt nicht als schlechte Behandlung, wenn der halt sagt: „ja, jetzt sitzt halt bei.“ (ST-6, Absatz 76).

Von Expertenseite wird das eigenständige Durchführen von Patientenkonsultationen durch die Studierenden als essenziellen Bestandteil des Blockpraktikums beschrieben. Die fehlende Möglichkeit zum selbstständigen Arbeiten des Studierenden stellt daher für viele einen zentralen Punkt in ihrer „Problempraxis“-Definition dar.

Experte: „[...] wenn die dann wirklich vierzehn Tage nur daneben sitzen und beobachten, was der Lehrarzt macht ist das vom Lernerfolg nicht gut. Also ich glaube das ist auch eine Lehrsituation und Lernsituation, die für den Studenten sehr unbefriedigend ist.“ (EX-12, Absatz 85)

Auf der anderen Seite wird von den Studierenden und den Experten aber auch das Problem der *Überforderung* benannt, dass Studierende alleingelassen und mit Aufgaben betraut werden, die ihnen eigentlich nicht übertragen werden dürften.

Studentin: „[...] wenn man einfach...naja Sachen machen muss, die man eigentlich nicht kann und dann sozusagen alleine stehen gelassen wird“ (ST-8, Absatz 35)

¹ An dieser Stelle wurde bewusst auf eine nähere Bezeichnung des Interviews verzichtet, um die Pseudonymisierung der Sprecherin/des Sprechers zu gewährleisten

Experte: „[...] und wir haben teilweise auch Ärzte gehabt, die Studierende dann alleine gelassen haben. Das war ein Problem. Also alleine ohne Aufsicht in der Sprechstunde und dann gesagt: „Ja, mach mal!“ (EX-5, Absatz 53)

In den Erfahrungen der Studierenden werden zwar an einer Stelle „hohe Anforderungen“ benannt, jedoch wird keine konkrete Überforderungssituation geschildert („also für mich hohe Anforderungen“ (ST-2, Absatz 38)).

In den Definitionen der Experten spielt auch das Thema „*Schlechtes Vorbild*“ eine Rolle, das heißt, wenn die Lehrärzte den Studierenden eine problematische oder unprofessionelle Arbeitsweise vorleben. Beispielsweise wird hier der Kommunikationsstil in der Praxis, der Umgang mit den Angestellten, aber auch die Art und Weise der Patientendokumentation angesprochen. Mehrfach erwähnt wird von den Experten in diesem Zusammenhang das Problem der mangelnden Praxishygiene. Zum einen stellt ein Lehrarzt der sich nicht an Hygienevorschriften hält ein schlechtes Vorbild für die Studierenden dar, zum anderen erhält das Problem aber noch eine ganz andere Dimension, wenn es zu Situationen kommt, in denen Studierende an das Institut beispielsweise rückmelden: „Wir dürfen keine Handschuhe benutzen, weil das zu teuer ist, oder nicht immer dann, wenn wir es gerne möchten.“ (EX-2, Absatz 15)

Bei den Studierenden fließt das Thema „schlechtes Vorbild“ nicht in die Definition schlechter Behandlung ein, es finden sich aber durchaus Schilderungen erlebter Beispiele. Mehrfach taucht hierbei der Aspekt der Praxishygiene auf, aber auch der Praxisführungsstil und der Umgang mit Patienten wird an einigen Stellen kritisiert.

Studentin: „also zum Beispiel wurde immer Blut abgenommen, ohne die Haut zu desinfizieren...Das sind so Sachen, bei denen man dann denkt: „Ok, das darf nicht sein!“ (ST-1, Absatz 52)

Die Definitionen der Experten enthalten noch andere Aspekte, die sich bei den Studierenden nicht wiederfinden. Als problematisch gesehen werden beispielsweise, hochspezialisierte Praxen, die „nicht das typische breite Bild der Allgemeinpraxis abbilden“ (EX-7, Absatz 27).

Von den Studierenden hingegen wurde die Spezialisierung der eigenen Lehrpraxis mitunter als durchaus vorteilhaft erlebt.

Studentin: „Also ich fand es für mich relativ spannend, weil ich war nicht in der typischen Allgemeinpraxis, ich war in einer Substitutionspraxis [...]. Also das war etwas ganz Anderes, das fand ich aber wirklich super, weil die Klienten oder beziehungsweise eben die Patienten dort waren eben komplett anders, das Behandlungsspektrum war anders und auch die Zeit, die man hatte für die einzelnen Patienten war eben deutlich länger getaktet, als jetzt normal.“ (ST-7, Absatz 6)

Im Zusammenhang mit dem Thema „Problempraxen“ finden sich bei den Experten auch Berichte über Praxen, in denen ein großer Teil der Konsultationen aufgrund der Zusammensetzung des Patientenkontexts nicht in deutscher Sprache abgehalten wird, so dass die Studierenden viele Patientengespräche überhaupt nicht verstehen können.

Als problematisch werden von Expertenseite desweiteren zum Beispiel „Zeitüberschreitungen“ eingestuft, wenn „die Lehrpraxis [...] vom Studierenden [erwartet] länger als die Regelarbeitszeit da zu sein.“ (EX-10, Absatz 19).

Darüber hinaus berichten die Experten aber auch von, den Lehrarzt betreffenden Problemen, die sich nicht auf den Praktikumskontext beschränken, sondern weitreichendere Auswirkungen haben. Dazu gehören beispielsweise Fälle, in denen Hinweise darauf vorlagen, dass beim Lehrarzt eine Alkoholabhängigkeit bestand, Fälle, in denen Studierende während des Praktikums Zeugen eines Straftatbestands oder ärztlichen Fehlverhaltens wurden und sich um die Sicherheit der Patienten sorgten, oder in denen bereits gegen den Lehrarzt ermittelt wurde.

3.4 Struktur und Organisation

Durch das Einbeziehen der Institutsebene und Fragen beispielsweise nach dem Akkreditierungs- und Verteilungsprozedere wurden einige Aussagen zu organisatorischen Aspekten zusammengetragen. Diese fanden Eingang in die Hauptkategorie „Struktur und Organisation“.

Mit Blick auf die Zielsetzung der Arbeit soll im Folgenden vor allem auf die Unterkategorie, die sich mit dem Problemmanagement von Seiten des Instituts befasst, näher eingegangen werden. Auf der folgenden Seite ist die Hauptkategorie mit den Unterkategorien tabellarisch dargestellt.

Tabelle 9: Hauptkategorie "Struktur und Organisation des Blockpraktikums" mit Unterkategorien,

| Hauptkategorie | Unterkategorie erster Ordnung | Unterkat. zweiter Ordnung | Unterkategorie dritter Ordnung | |
|--|---|--|---------------------------------|--|
| Struktur und Organisation des Blockpraktikums | Rahmenbedingungen, Praxisbedingungen | Gegebenheiten auf Praxisebene | Anfahrtsweg | |
| | | | Räumlichkeiten | |
| | | | Struktur | |
| | | Arbeitsbelastung der Lehrerinnen und Lehrer | | |
| | Dauer, Zeitraum des Praktikums | | | |
| | Aufgaben des Instituts | Betreuung der Studierenden durch das Institut | | |
| | | Verantwortlichkeiten | | |
| | | Bereitstellung von Unterrichtsmaterialien, Begleitseminare | | |
| | | Verteilung der Studierenden auf die Praxen, Logistik, Fahrtkosten | | |
| | | Anwerbung und Rekrutierung neuer Lehrpraxen | | |
| | | Akkreditierungsprozedere und Verträge mit Lehrpraxen | | |
| | | Re-Akkreditierung | | |
| | | Begleitung der LÄ durch das Institut | Fortbildung, Coaching, Schulung | |
| | Wertschätzung von Seiten d. Instituts gegenüber den LÄ | | | |
| | Information Lehrpraxis, Kommunikation Institut - Lehrpraxis | Kenntnis darüber, was von Lehrerinnen/-ärzten erwartet wird, Lehrauftrag, Lehrplan | | |
| | | Instruktion des gesamten Praxisteam | | |
| | | Kenntnis darüber was von Studierenden erwartet werden kann, bzw. was ein ST darf | | |
| | Information Studierende | | | |
| | Curriculum | Nebeneinander und Vergleich von Famulatur und Blockpraktikum | | |
| | | Allgemeinmedizin im Studium | | |
| | | Pflichtveranstaltungscharakter des Blockpraktikum | | |
| | | Masterplan | | |
| | Umgang des Instituts mit Problemen im Blockpraktikum | Umgang mit Praxen, in denen es Probleme gab | | |
| Rolle des Instituts beim Umgang mit Herausforderungen und Problemen mit ST | | | | |
| Praxiswechsel | | | | |

Die grau hinterlegten Zellen sind von besonderer Relevanz für die Beantwortung der Fragestellung und werden nachfolgend im Text aufgegriffen. Ein Auszug aus dem Kategoriensystem wurde in eine Mixed-Methods Studie zum Qualitätsmanagement in der dezentralen allgemeinmedizinischen Lehre einbezogen und bereits veröffentlicht (Koch et al., 2021).

3.4.1 Umgang des Instituts mit Problemen im Blockpraktikum

Teile der im Folgenden dargestellten Ergebnisse wurden im Rahmen einer Mixed-Methods Studie zum Thema Qualitätsmanagement in der dezentralen allgemeinmedizinischen Lehre zusätzlich separat ausgewertet und veröffentlicht (Koch et al., 2021).

Umgang mit Praxen, in denen es Probleme gab

Auch wenn in vielen Fällen Einzelfallentscheidungen getroffen werden müssen, so zeigen die Schilderungen der Experten doch, dass das Problemmanagement an den unterschiedlichen Standorten ganz ähnlich funktioniert.

- 1.) Wenn ein Studierender ein Problem in Bezug auf eine Lehrpraxis schildert bzw. über die Evaluation mitteilt, so erfolgt vielerorts ein Abgleich mit vorangegangenen Evaluationen. Wurden in der Vergangenheit keine ähnlichen Probleme gemeldet, so wird der Vorfall als Einzelfall eingestuft und hat zunächst keine Konsequenz für die Lehrpraxis.

Experte: „[Es] hat jeder mal eine Konstellation vor Arzt und Student, wo das überhaupt nicht passt. Wenn das eine Praxis ist, wo wir sonst wissen, die ist lange problemlos gelaufen, dann ist das auch überhaupt kein Thema, aber wie gesagt, wenn so etwas gehäuft auftaucht, oder bei einer Praxis, die neu ist, gleich beim ersten Mal nicht klappt, dann gehen wir dem nach.“ (EX-2, Absatz 26)

- 2.) Gibt es über eine Praxis wiederholt kritische Rückmeldungen, die in eine ähnliche Richtung gehen, so wird von Seiten des Instituts Kontakt zur betreffenden Praxis aufgenommen. In einem Telefonat oder im Rahmen eines persönlichen Gesprächs erhalten die Praxen Feedback und es wird versucht, die Ursachen eines Problems zu identifizieren und Möglichkeiten zur Problemlösung auszuloten.

Expertin: „Natürlich brauchen die Kollegen ein Feedback, um einen Anreiz zu haben sich zu verändern, sich zu verbessern.“ (EX-7, Absatz 31)

Diese Rückmeldung kann durch einen Institutsmitarbeiter geschehen, aber beispielsweise auch durch einen anderen Lehrarzt, im Sinne eines Peer-Feedbacks.

Experte: „[...] dann gibt es ein Peer-to-Peer-Gespräch, das heißt: nicht ich, sondern ein andere Lehrarzt telefoniert dann erst mal mit dem Kollegen“ (EX-3, Absatz 19)

- 3.) Gelingt es nicht, im Gespräch eine Lösung für das vorliegende Problem zu finden, oder zeigen die folgenden Evaluationen keine Verbesserung kann es dazu kommen, dass sich das Institut von einer Lehrpraxis trennt.

Abweichend von diesem groben Schema berichten die Experten in den Interviews auch über Situationen, in denen das vom Studierenden gemeldete Problemverhalten des Lehrarztes als so gravierend eingestuft werden musste, dass es ein sofortiges Eingreifen erforderte.

***Expertin:** „Ich erinnere mich an einen Fall vor fünf Jahren. Da war es so, dass eine Studentin sich über Übergriffigkeit beschwert hat und da kann ich natürlich nicht abwarten oder sammeln. Da habe ich direkt das Gespräch mit dem Lehrarzt gesucht.“ (EX-12, Absatz 50 - 51)*

Die Schilderungen der Experten machen deutlich, dass sich die Institute beim Umgang mit Problemen in einer äußerst schwierigen Situation befinden.

Auf der einen Seite gilt es, das Engagement der Lehrärzte zu würdigen und diese nicht durch möglicherweise unberechtigte Kritik zu verärgern. Auf der anderen Seite muss das Institut seiner Verantwortung gegenüber den Studierenden gerecht werden und dafür sorgen, dass in den Praxen ein sicheres Lernumfeld und gute Lernbedingungen für Studierende geboten werden.

Einige Experten berichten, dass an ihrem Standort ein Mangel an Lehrpraxen herrsche und man daher auf den Bestand angewiesen sei. Sie betonen, dass man dadurch mit Kritik und Sanktionen sehr vorsichtig sein müsse:

***Experte:** „Aber da haben wir natürlich wieder ein Problem, weil grundsätzlich fehlen uns [Lehrpraxen]... also wir brauchen immer wieder Praxen und diese Entscheidung zu treffen: „Jetzt wird die Praxis nicht re-akkreditiert.“, das muss wirklich etwas sehr Schlimmes sein [...].“ (EX-8, Absatz 39)*

Eine erste Schwierigkeit, der die Experten gegenüberstehen, besteht oft bereits darin, eine Beschwerde richtig einzuordnen. In der Regel gibt es für das Geschilderte keine Beweise und es steht Aussage gegen Aussage.

Expertin: „also im Regelfall habe ich ja immer nur Hörensagen und das macht es für mich sehr schwierig. [...] ich war[selbst] nicht dabei und habe auch wenig Möglichkeiten so etwas zu objektivieren.“ (EX-5, Absatz 51)

Die befragten Experten schildern, dass das Vorgefallene von den beteiligten Parteien oft sehr unterschiedlich eingeschätzt wird.

Experte: „Und es ist die Erfahrung, wenn ich das noch sagen darf, dass die Wahrnehmung der Praxis zu 90% nicht mit der Wahrnehmung des Studierenden übereinstimmt. Also wir haben das jetzt schon mehrfach erlebt, dass der Studierenden sehr aufgeregt hat über den Lehrarzt oder die Lehrärztin, sich einfach auch übergangen fühlte und mit Arroganz behandelt und keine Fragen beantwortet bekam und so weiter. Und dann kam das Gespräch mit der Praxis und die Praxis sagte: „Ja, er hat ja nicht gefragt, er kam zu spät, er hatte keinen weißen Kittel an, er war ungepflegt und er stand lustlos daneben.“ (EX-10, Absatz 28)

Rolle des Instituts beim Umgang mit Herausforderungen und Problemen mit Studierenden

Aus den Aussagen der befragten Experten geht hervor, dass die Lehrpraxen viele Probleme selbstständig regeln und das Institut bei weitem nicht in jeder Problemsituation involviert wird. Diese Einschätzung wird auch von Lehrarztseite bestätigt. Auf die Frage, ob sie sich im Laufe ihrer Lehrtätigkeit schon einmal mit einem Problem mit Studierenden ans Institut gewendet hätten antworten die meisten Lehrärzte mit „Nein.“ Mitunter ist es von Lehrarztseite auch gar nicht erwünscht, dass das Institut interveniert.

Interviewerin: „Was hätten Sie sich denn vom Institut für eine Reaktion erwünscht, oder erhofft?“
Lehrarzt: „Gar keine! Dass es [das Institut] das mich regeln lässt mit ihr. Gar keine! Ich bin schon erfahren genug! Wie gesagt, seit 84 sind hier Studenten, wenn nicht gar schon früher... Dass ich damit schon umgehen kann.“ (LÄ-9, Absatz 63)

Einige Schilderungen von Expertenseite machen jedoch deutlich, dass es durchaus Fälle gibt, in denen das Institut eingeschaltet wird und beim Umgang mit Problemen eine wichtige Rolle spielt.

Was die Interaktion mit dem Lehrarzt angeht, so lassen sich zwei Ebenen unterscheiden. Zum einen beschreiben die Experten die beratende Rolle des Instituts in der akuten Praktikumssituation, wenn Lehrärzte anrufen und fragen, wie sie mit einer Situation oder mit einem bestimmten Verhalten von Seiten des Studierenden umgehen sollen. Daneben finden sich auch Beispiele für ein präventives Vorgehen seitens des Instituts, beispielsweise, indem dafür gesorgt

wird, dass die Lehrärzte auf den Umgang mit Problemsituationen vorbereitet werden.

Expertin: „Also wir haben wenig problematisches Verhalten. Wir haben ein paar klare Dinge, die wir auch im Feedbacktraining besprechen, wie zum Beispiel, dass wenn Studierende, das ist vielleicht so der Klassiker unpünktlich sind, oder in unangemessener Kleidung auflaufen, oder sowas, dass dann ganz deutlich, also ganz klar gesagt wird: „So und so das sind die Wünsche, das erwarten wir dann bitte ab morgen.““ (EX-3, Absatz 38)

Die andere Seite ist die Interaktion des Instituts mit den Studierenden selbst. Von Expertenseite wird beschrieben, dass bei Problemen zunächst eine Kontaktaufnahme erfolge und anschließend ein Einzelgespräch mit dem oder der Studierenden stattfinde. Wie das weitere Vorgehen aussieht, ist dabei vom Einzelfall abhängig. Geht es beispielsweise darum, dass formale Anforderungen wie beispielsweise die Mindestanwesenheitszeit, nicht erfüllt wurden, gibt es von Expertenseite durchaus die Einschätzung, dass der Studierende das Praktikum wiederholen sollte. Es werden aber auch Fälle geschildert, in denen es den Experten sinnvoll erschien, dem Problem mit einem Praxiswechsel zu begegnen, beispielsweise wenn ein Lehrarzt ein Problem mit dem äußeren Erscheinungsbild des Studierenden hatte.

Betont wird auch, dass in erster Linie eruiert werden müsse, ob ein Studierender, der durch problematisches Verhalten auffalle, Hilfe brauche. Die Experten berichten hier beispielsweise über Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen bei Studierenden, die zu Problemen im Blockpraktikum geführt hätten.

Experte: „Meistens ist der Hintergrund eine psychische Erkrankung seitens des Studenten und dann kommt es manchmal zu Eskalationen. Wir hatten einmal einen Studenten mit einer Suchtproblematik [und] wir hatten mal eine Studentin, die, ja, einfach sagen wir mal sehr affektlabil war und da haben wir dann das Praktikum jeweils abgebrochen und gesagt: „So, Leute, es ist überhaupt kein Problem, wir kümmern uns um euch und dann finden wir dann in diesen Fällen ein sagen wir mal besonders fitte Praxis und machen das dann meistens in den Semesterferien, dass das nachgeholt wird.“ (EX-3, Absatz 28)

Praxiswechsel

Von Zeit zu Zeit kommt es dazu, dass Studierende sich aufgrund auftretender Schwierigkeiten einen Wechsel der Lehrpraxis wünschen. Die vorliegende Arbeit soll zu einem besseren Verständnis der Gründe hierfür beitragen. Deshalb wurden sowohl Experten als auch Studierende explizit auf das Thema Praxiswechsel angesprochen.

Die Studierenden wurden gefragt, ob es Momente gegeben habe, in denen sie sich gewünscht hätten, in einer anderen Praxis gelandet zu sein. Ein großer Teil der befragten Studierenden verneinte dies. Die übrigen erwähnten an dieser Stelle Aspekte, die sie an der eigenen Lehrpraxis als suboptimal empfanden. Dabei wurden organisatorischen Dinge wie beispielsweise der Anfahrtsweg angesprochen bzw. die Praxisausrichtung, die sie sich interessebedingt anders gewünscht hätten. Es wurden aber auch didaktisch inhaltliche Aspekte angesprochen und Vergleiche zur Hausarztfamulatur gezogen:

Studentin: „ich [wäre] lieber in so einer Praxis wie bei der Famulatur gewesen, die [im Vergleich zur Blockpraktikumspraxis] um Welten besser war für mich, gefühlt. Das kann man schon behaupten.“ (ST-6, Absatz 81)

Die Experten wurden in den Interviews gefragt, in welchen Situationen Studierende einen Wechsel der Lehrpraxis angestrebt hätten. Zunächst muss gesagt werden, dass alle befragten Experten betonen, dass es nur in seltenen Ausnahmefällen zu einem Praxiswechsel komme. Einige Experten geben sogar an, dass es im Rahmen des Blockpraktikums in dem Zeitraum, den sie überblicken, noch nie zu einem Praxiswechsel gekommen sei, oder dass ein solcher an Ihrem Universitätsstandort aus organisatorischen Gründen nach Beginn des Praktikums überhaupt nicht möglich sei.

Kommt es doch zu einem Praxiswechsel, oder zumindest dazu, dass ein solcher in Erwägung gezogen wird, so kann es dafür laut Experten unterschiedliche Gründe geben. Der Anstoß dazu kann dabei sowohl vom Studierenden als auch vom Lehrarzt ausgehen.

Tabelle 10:Übersicht über in der Kategorie "Praxiswechsel" zusammengetragene Gründe für ein Praxiswechselgesuch

| Praxiswechselgesuch ausgehend vom Studierenden | Praxiswechselgesuch ausgehend vom Lehrarzt |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Anfahrtsweg, Unterbringung • Zwischenmenschliches Problem • Konsultationen in nicht-deutscher Sprache • Nicht genügend Möglichkeit zum selbstständigen Arbeiten | <ul style="list-style-type: none"> • Erkrankung, Praxisschließungen während des Praktikums • Lehrärztin/-arzt will äußere Merkmale des Studierenden (z.B. Kopftuch) nicht in seiner Praxis tolerieren • Problematisches Verhalten der/des Studierenden: z.B. Hygienemängel, Verhaltensauffälligkeiten |

Experte: „[Ein] Beispiel war ein Studierender, der sich darüber beklagt hat, dass er nicht selbstständig genug arbeiten durfte, nicht selbstständig Patienten befragen, untersuchen durfte. [Die] Rücksprache mit dem Lehrarzt hat ergeben, dass er ihm das noch nicht so ganz zutraute. Der Student war mit der Situation unzufrieden also habe ich mit beiden Parteien gesprochen und auch das lief darauf hinaus, dass der Studierende eben dann eine andere Praxis bekam, die ihm das sehr wohl zugetraut hat“ (EX-1, Absatz 34

Dass Beispiel zeigt, dass ein Praxiswechsel durchaus als sinnvolle Maßnahme im Umgang mit auftretenden Schwierigkeiten darstellen kann. Die Experten weisen in ihren Ausführungen jedoch darauf hin, dass ein Praxiswechsel aus organisatorischer Sicht nicht immer einfach durchzuführen sei, weil die notwendigen Voraussetzungen (z.B. eine Ausweichpraxis) nicht immer gegeben seien.

4 Diskussion

Durch das Einbeziehen dreier Perspektiven (Lehrärztinnen/-ärzte, Studierende, Expertinnen/Experten) wurden Chancen und Herausforderungen der Lehre in allgemeinmedizinischen Blockpraktika exploriert. Im Folgenden sollen nun die methodische Herangehensweise, sowie die zusammengetragenen inhaltlichen Aspekte kritisch betrachtet und diskutiert werden.

4.1 Diskussion der Methode

Als Maßstab für die Einschätzung qualitativer Studien können die Gütekriterien der internen und externen Studiengüte nach U.Kuckartz herangezogen werden (Kuckartz, 2012) (S166ff.).

Interne Studiengüte

Die interne Studiengüte als Modifikation der internen Validität beschreibt „Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit“ einer Studie. Sie betrifft nicht nur die Auswertung, sondern schließt auch den Prozess der Datenerhebung mit ein (Kuckartz, 2012) (S.167). Im Folgenden soll daher die Vorgehensweise bei Datenerhebung und Auswertung kritisch reflektiert werden.

Entwicklung der Interviewleitfäden

Im Studienverlauf wurde eine Ergänzung des Leitfragenkatalogs für die Studierendeninterviews nötig. Durch die Überarbeitung konnte der Informationsgehalt der Studierendeninterviews deutlich gesteigert werden. Im weiteren Verlauf zeigte sich jedoch, dass neben der Ergänzung auch die offenerere Formulierung einiger Fragen sinnvoll gewesen wäre, um knappe Antworten zu vermeiden. Das Durchführen von Testinterviews beziehungsweise die Vorstellung und Diskussion der Leitfäden in einer Forschungswerkstatt für qualitative Methoden vor Studienbeginn hätte an dieser Stelle zu einer Optimierung der Leitfragenkataloge beitragen können. Positiv hervorzuheben ist, dass durch die Fragen, die bewusst auf das narrativ-episodische Wissen (Flick, 2011) (S.28) abzielten und die Befragten zum Erzählen anregen sollten, Beispiele und Aspekte eingebracht wurden, die ansonsten möglicherweise nicht zur Sprache gekommen wären.

Datenerhebung, Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden alle von der Verfasserin dieser Arbeit selbst geführt. Auf diese Weise wurde ein vergleichbarer Interviewstil und Umgang mit den Leitfragenkatalogen bei allen Interviews sichergestellt.

Interview bedeutet immer auch Interaktion zwischen interviewender und befragter Person. Dabei ist auch von Bedeutung, ob die Beteiligten einen unterschiedlichen Erfahrungshintergrund mitbringen („*Kognitive Fremdheit*“), oder ob sie einen überwiegend gemeinsamen teilen („*Kognitive Nähe*“). ((Helfferich, 2009)S. 159f.). Die Interviewerin hatte zu Beginn des Interviewzeitraums ihr Medizinstudium erst seit kurzem abgeschlossen. Durch den gemeinsamen Erfahrungshintergrund entstand bei den Studierendeninterviews häufig schnell die vertraute Atmosphäre. Diese Vertrautheit erwies sich als Vorteil, vor allem dann, wenn es darum ging, auch problematische Verhaltensweisen der Lehrenden anzusprechen. Die „*Kognitive Nähe*“ zu einer Gruppe, bedeutet aber auch die „*Kognitive Fremdheit*“ zu den anderen. In den Gesprächen mit einigen Lehrerinnen und Lehrärzten wurde sehr deutlich, dass diese in der Interviewerin in erster Linie eine Studierende sahen. Bei der Gruppe der Expertinnen/Experten war diese Identifikation nicht so eindeutig spürbar.

Auswertung der Daten und Ergebnisdarstellung

Die Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse hat sich im vorliegenden Fall als ein geeignetes Werkzeug erwiesen, um in offener Herangehensweise Problemfelder aufzudecken. Die Methode stößt jedoch an ihre Grenzen, wenn es um die tiefergehende Analyse des Kontexts geht. Im Rahmen der Qualitativen Inhaltsanalyse werden Informationen aus dem Material extrahiert und getrennt vom Ursprungstext weiterverarbeitet (Gläser and Laudel, 2010) (S.46f.). Dies kann zur Folge haben, dass soziale und Interaktionelle Elemente der Interviews nicht mit ausgewertet werden. Eine nähere Betrachtung der erzählerischen Interviewanteile und der sozialen Interaktionen mittels narrativer Analyse erfolgt separat und wird diese Auswertungslücke schließen.

Die vorliegende Auswertung stellt einen Überblick über die im Material enthaltenen Themen dar, erhebt dabei jedoch nicht den Anspruch, dem Material in seiner gesamten Tiefe gerecht werden. An thematisch zentralen Stellen geht die Auswertung durch den Vergleich bzw. die Zusammenschau der verschiedenen Perspektiven innerhalb von Subkategorien dennoch über eine reine Inhaltsübersicht hinaus und liefert so tiefergehende Erkenntnisse z.B. zum Thema Feedback und Interaktion.

Externe Studiengüte

Die externe Studiengüte bemisst die Übertragbarkeit und Verallgemeinerbarkeit der Studienergebnisse. (Kuckartz, 2012) (S.168). Für die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse ist die Repräsentativität der Stichprobe ein wichtiges Kriterium. Bei der Betrachtung der Ergebnisse stellt sich die Frage, ob die Zusammensetzung des Samples zu einer positiven Verzerrung der Ergebnisse geführt hat. Da die Teilnehmenden keine Aufwandsentschädigung für ihre Teilnahme erhielten liegt die Annahme nahe, dass sich vor allem besonders motivierte Studierende und Lehrende zur Teilnahme bereit erklärten. Möglicherweise stellen diese eine Gruppe dar, in der seltener Probleme im Zusammenhang mit dem Blockpraktikum auftreten als im Gesamtkollektiv.

Zur erschöpfenden Erfassung der studentischen Erfahrungen hätte eine höhere Zahl an Studierenden befragt werden müssen auch kann als Einschränkung für die Übertragbarkeit betrachtet werden, dass die Befragung von Studierenden sowie von Lehrärztinnen und Lehrärzten auf die Universität Tübingen beschränkt war. Durch die Einbeziehung der Expertinnen und Experten, die auch über studentische und lehrärztliche Erfahrungen berichteten, konnte dieser Mangel jedoch zumindest teilweise ausgeglichen werden. Mit zwölf von 37 medizinischen Fakultäten wurde eine durchaus repräsentative Anzahl an Universitätsstandorten einbezogen. Die Expertinnen und Experten brachten dabei nicht nur unterschiedliche organisatorische Aspekte ein, sondern konnten durch ihre Funktion als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Studierende und Lehrende am jeweiligen Standort durchaus Einblicke in das Praktikumsgeschehen in den Praxen am eigenen Standort geben. Die Zahl der

erfassten Praktikumserfahrungen ist daher um ein Vielfaches höher als die Zahl der direkt Befragten. Auf diese Weise konnten die Interviews mit den Studierenden und Lehrenden der Universität Tübingen in gewisser Weise vor einem bundesweiten Hintergrund betrachtet und die Annahme bestätigt werden, dass andere Standorte mit ähnlichen Herausforderungen konfrontiert sind. Somit trug die Einbeziehung der Expertenperspektive erheblich zur Erhöhung der Übertragbarkeit der Ergebnisse bei.

Als explorativ angelegte Studie ist die vorliegende Untersuchung auch als Vorarbeit zu verstehen. Weitergehende Befragungen, müssen zeigen, inwieweit die aufgeworfenen Themen in der Breite Relevanz haben. Wichtig ist jedoch auch, dass nicht nur das Erkennen verbreiteter Probleme von Bedeutung ist. Mit Hilfe der Ergebnisse soll auch eine Sensibilisierung für Problemquellen erreicht werden, damit eine geeignete Problemerkultur etabliert werden kann und auch gravierende Einzelfälle nicht ungesehen bleiben.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

Grundlage der vorliegenden Arbeit sind 40 Einzelinterviews, die mit Vertreterinnen und Vertretern der unterschiedlichen am Blockpraktikum Allgemeinmedizin beteiligten Personengruppen geführt und anschließend mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Der Fokus lag dabei auf der Interaktion zwischen Lehrärztinnen/-ärzten und Studierenden im Blockpraktikum Allgemeinmedizin, wobei ein besonderes Augenmerk auf auftretende Probleme sowie den Umgang damit gelegt wurde. Im Gegensatz zu existierenden Studien, die sich entweder mit problematischem Verhalten von Studierenden (Boileau et al., 2017, Burack et al., 1999, Hicks et al., 2005, HUNT et al., 1989, Metheny and Carline, 1991), oder mit problematischem Verhalten von Lehrenden („*Student mistreatment*“, „*student abuse*“)(Fnais et al., 2014) beschäftigen, bezieht die vorliegende Studie unter der Annahme, dass problematisches Verhalten, egal von welcher Seite ausgehend, eine Herausforderung für die Lehre und deren Organisation darstellt, beide Perspektiven ein. Die folgende Diskussion nimmt die Herausforderungen der Lehre in der Hausarztpraxis in den Blick und beleuchtet die Ergebnisse der vorliegenden Studie vor dem Hintergrund der einschlägigen Literatur.

4.2.1 Lehre in der Hausarztpraxis

Die Schilderungen der Befragten geben einen Einblick in die dezentrale Lehre. Aus unterschiedlichen Perspektiven wird berichtet, was sich in den Lehrpraxen abspielt und auf diese Weise beleuchtet, was Shipengrover et al. als „black box“ bezeichneten (Shipengrover and James, 1999). Dieser Einblick ist nicht nur für die an der Organisation des Blockpraktikums Beteiligten von Bedeutung, sondern kann auch lehrenden Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit geben, ihr Vorgehen mit dem ihrer Kolleginnen und Kollegen zu vergleichen.

Die Ergebnisse dieser Kategorie zeigen auf, dass Lehre in der Hausarztpraxis auf ganz unterschiedliche Art und Weise umgesetzt wird. In der folgenden Tabelle werden die in den Interviews geschilderten Lehrmethoden den von Collins et al. (Collins, 1987) aufgestellten Methoden eines idealen Lernumfelds gegenübergestellt.

Tabelle 11: Einordnung der im Rahmen der Interviews geschilderten Lehrmethoden in das Modell des idealen Lernumfeldes nach Collins

| Im Rahmen der Interviews geschilderte Lehrmethoden | Methoden eines idealen Lernumfeldes nach Collins (Cognitive Apprenticeship (Collins, 1987)) |
|--|--|
| Beisitzen, Beobachten, Modelllernen | „Modelling“: der/die Lehrende wird von der/dem Lernenden dabei beobachtet, wie er/sie eine Aufgabe ausführt, wobei der/die Lehrende kognitive Prozesse externalisiert (z.B. Gedankengänge verbalisiert) |
| Einbeziehen in die Untersuchung | „Coaching“: Die/der Lernende führt eine Aufgabe selbst aus, wird dabei von der/dem Lehrenden beobachtet und ggf. unterstützt /korrigiert. „Scaffolding“: Die/der Lehrende unterstützt die/den Lernende/-n, indem sie/er z.B. Teile der Aufgabe selbst übernimmt, die von der/dem Lernenden noch nicht übernommen werden können. Im Verlauf zieht sich die/der Lehrende jedoch immer mehr zurück („Fading“). |
| Einbeziehen durch Fragen | „Articulation“: Die/der Lernende soll sein Wissen und seine Überlegungen zur Problemlösung artikulieren. |
| Fallbesprechungen | „Reflection“: Die/der Lernende erhält die Möglichkeit seine/ihre Überlegungen beispielsweise mit denen d. Lehrenden abzugleichen. |
| Eigenständiges Arbeiten | „Exploration“: Die/der Lernende wendet die eigenen Problemlösungsstrategien selbstständig an. |

Wie aus der obenstehenden Tabelle ersichtlich ist, entsprechen die geschilderten Lernmethoden nicht exakt den von Collins et al. beschriebenen. Die Zuordnung zeigt jedoch einen weiteren Aspekt auf: Es handelt sich nicht um voneinander unabhängige, unterschiedliche, oder gar sich gegenseitig ausschließende Lehr-Ansätze, sondern es sind vielmehr aufeinander aufbauende Stufen, wobei die „Exploration“ den „natürlichen Höhepunkt“ des „fading“ also des sich mehr und mehr Zurückziehens von Seiten des Lehrenden darstellt (Collins, 1987). Diese Dynamik ist wichtig, für einen Progress der Lernenden, möglicherweise sogar „unverzichtbar“ (Collins, 1987). Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass eine solche Entwicklung im Blockpraktikum nicht immer stattfindet. Diese Erkenntnis stellt bereits einen ersten Hinweis darauf dar, dass Probleme in der Umsetzung des Blockpraktikums durchaus auftreten.

Das Interviewmaterial der vorliegenden Studie gibt Einblicke in die Motivation, welche bei den Lehrärztinnen und Lehrärzten hinter ihrem Engagement in der

Lehre steckt. Es zeigt, dass die Anwesenheit der Studierenden in der Praxis einerseits als Herausforderung und zusätzliche Belastung, andererseits aber auch als Bereicherung empfunden wird. Die Ergebnisse der Studie zeigen hier eine breite Übereinstimmung mit den von Sturman et al. im Rahmen einer Befragung von 60 lehrenden Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern ermittelten belastenden und bereichernden Aspekte der Lehre in der Allgemeinarztpraxis (Sturman et al., 2011).

Ein für die Motivation der Lehrenden wichtiger Aspekt, der bei Sturman et al. keine explizite Erwähnung findet, jedoch in den Interviews der vorliegenden Studie auftaucht, ist das Gefühl, als Lehrärztin/-arzt als eine Art Mentorin/Mentor für die Studierenden gebraucht zu werden. Wichtig ist den Lehrärztinnen und Lehrärzten dabei, für die Studierenden auch bei Fragen, die über das rein Medizinische hinausgehen ansprechbar zu sein. Die Bedeutung gerade dieser Mentorenfunktion wurde bereits in der Vergangenheit mehrfach hervorgehoben. Die australische Studie von Denz-Penhey und Murdoch kommt zu dem Ergebnis, dass es bei dezentralen klinischen Praktika um mehr gehen müsse, als nur darum Studierenden einen Zugang zu praktischen Erfahrungen zu ermöglichen. H. Denz-Penhey und J. C. Murdoch fordern von den lehrenden Ärztinnen und Ärzten, dass diese auch eine „seelsorgerlich-begleitende“ Rolle für die Studierenden einnehmen. Aus ihrer Sicht sollte das Ziel der Lehrenden sein, mit den Studierenden in einen intergenerationellen Dialog über Werte, Professionalität und lebenslanges Lernen zu treten (Denz-Penhey and Murdoch, 2009). Obwohl sich diese Arbeit auf Langzeitpraktika in ländlichen Praxen und Krankenhäusern in Australien bezieht und der Untersuchung damit andere Voraussetzungen zu Grunde liegen, ist der grundlegende Auftrag an die dezentral Lehrenden dennoch derselbe wie auch im Blockpraktikum: Es geht darum, Studierenden zu helfen, im klinischen Umfeld zurecht zu kommen und sie in ihrer persönlichen und professionellen Entwicklung zu begleiten und zu unterstützen. Dass gerade der allgemeinmedizinischen Lehre in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle zukommt, heben Johnston et al. in ihrer Arbeit zu den Auswirkungen des Hidden Curriculum hervor. Gerade die Lehre in der Hausarztpraxis mit ihrer Möglichkeit zur 1:1-Betreuung böte einzigartige

Möglichkeiten, auf die Bedürfnisse der einzelnen Studierenden einzugehen. Allgemeinmedizinische Lehrärztinnen und Lehrärzte befänden sich somit in einer privilegierten Position, um Studierenden Mentoring und Unterstützung zukommen zu lassen und sollten sich der Bedeutung ihrer Rolle bewusst sein (Johnston et al., 2011).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass viele Lehrärztinnen und Lehrärzte motiviert sind, mit den Studierenden in Dialog zu treten, Vorbild und Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für sie zu sein, aber auch von ihnen zu lernen und das eigene Handeln hinterfragen zu lassen. Die Studie zeigt aber auch auf, wie vielschichtig der Unterricht in der Hausarztpraxis ist. Nicht nur die bewusst didaktischen Anteile, sondern auch das Miterleben des hausärztlichen Alltags, das Beobachten und Lernen am Modell und die zwischenmenschliche Interaktion mit der Lehrärztin/dem Lehrarzt sind Teil der Lernerfahrung für die Studierenden. An dieser Stelle wird deutlich, dass sich Einflüsse des sogenannten „Hidden Curriculum“ nicht vermeiden lassen, sondern integraler Bestandteil der Blockpraktikumserfahrung sind. Nicht alles was auf diese Weise vermittelt wird ist gewollt, dennoch ist es mitunter auch geradezu „*notwendig*“ um den Graben zwischen Theorie und Praxis zu überwinden (Martimianakis et al., 2015). Ob der schädigende, oder der nutzende Effekt überwiegt hängt davon ab, ob eine kritische Auseinandersetzung mit dem Erlebten stattfindet oder nicht. Gerade deshalb ist der Anstoß zur Reflexion bei den Studierenden und die oben erwähnte Bereitschaft der lehrenden Ärztinnen und Ärzte zur kritischen Auseinandersetzung mit dem eigenen Vorgehen so essenziell. An dieser Stelle sind die Institute gefordert, einen kritischen, konstruktiven Austausch zwischen Lehrenden und Lernenden zu fördern. Nach den Ergebnissen dieser Studie kommt Ihnen eine zentrale Rolle als Moderator dieses Austausches zu.

4.2.2 Feedback

Feedbackprozesse im Rahmen der dezentralen Lehre umfassen mehrere Kommunikationsebenen. Neben der dezentralen Feedbackebene in der Lehrpraxis existieren zentrale Feedbackpfade, die das Institut miteinbeziehen.

Das Institut agiert dabei als Empfänger und Überbringer von Feedback, spielt aber auch als Moderator von Feedbackgelegenheiten eine wichtige Rolle.

Feedback im Rahmen des Blockpraktikums wird auf unterschiedliche Art und Weise gegeben. Während in vorausgegangenen Studien überwiegend verbales Feedback betrachtet wurde (Bing-You et al., 2017) rückten im Rahmen der vorliegenden Studie, durch die offene qualitative Herangehensweise auch weitere indirekte Feedbackformen ins Blickfeld (Feedback durch Reflexion, durch (Erfolgs-)Erlebnisse, Peer-Feedback).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass die dezentrale Lehre gerade durch die 1:1-Betreuung eine Chance für die Entstehung einer vertrauensvollen Lehr-Lern-Beziehung darstellt. Dadurch wird Feedback möglich, das über die Rückmeldung zu klinischen Fertigkeiten hinausgeht, und beispielsweise Einstellungen und Verhaltensweisen in den Blick nimmt. Den Lehrärztinnen und Lehrärzten kommt daher hier eine zentrale Rolle in Bezug auf die Professionalisierung der Studierenden zu. Sie sollten sich dieser Aufgabe und damit auch ihrer Verantwortung, gegenüber den zukünftigen Patientinnen und Patienten ihrer Studierenden bewusst sein (Ziring et al., 2015).

Gemeinsam mit ihrem Praxisteam sind die Lehrärztinnen und Lehrärzte in der besten Position, um den Studierenden während des Blockpraktikums Feedback zu geben, weil Feedback von demjenigen gegeben werden sollte, der ein Verhalten beobachtet hat (Hicks et al., 2005). Es ist daher essenziell diesen dezentralen Feedbackprozess zu fördern. Feedback im Rahmen der dezentralen Lehre ist jedoch auch mit besonderen Herausforderungen verknüpft.

Probleme beim Feedback

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass sowohl Lehrärztinnen und Lehrärzte als auch Studierende sich mehr Feedback wünschen. Der Mangel an Feedback in der dezentralen Lehre, der bereits von Bösner et al. aufgezeigt wurde (Bosner et al., 2017) beschränkt sich somit nicht auf das Feedback für Studierende, sondern besteht auch mit Blick auf die Rückmeldung für die lehrenden Ärztinnen und Ärzte. Dies zeigt, dass die Weiterentwicklung des Feedbackkonzepts von der reinen Übermittlung hin zum Feedback-Dialog (Telio

et al., 2015) zwar begonnen, aber längst nicht abgeschlossen ist. Damit ein Feedback-Dialog stattfindet, braucht es eine Initiatorin/einen Initiator. Aus den Interviews geht hervor, dass dies sowohl die/der Feedbackgebende als auch die/der Empfangende des Feedbacks sein kann, dass es im Rahmen des Blockpraktikums jedoch oft die Lehrärztin oder der Lehrarzt ist, welche/welcher Feedback gibt, oder für sich selbst einfordert. Zum Problem kommt es, wenn diese Initiation ausbleibt. Auch Studierende, die im Rahmen der Interviews beklagten, sie hätten zu wenig Feedback bekommen, gaben an, dennoch selbst kein Feedback eingefordert zu haben. Damit stützen die Ergebnisse der Studie die in der aktuellen Literatur bereits mehrfach formulierte Forderung, dass Studierende dazu befähigt werden sollten, aktiv an der Entstehung eines optimalen Feedbackaustausches mitzuarbeiten (Bowen et al., 2017). Im Rahmen der Interviews wurden weitere Gründe für das Ausbleiben von Feedback genannt. Einige davon finden sich in der bestehenden Literatur wieder, beispielsweise der Aspekt der Zeitknappheit (Gran et al., 2016), Unsicherheiten/Schwierigkeiten in Bezug auf Feedback zu Verhaltensaspekten (Gran et al., 2016) sowie die Befürchtung, das Gegenüber durch Kritik zu kränken (Ende, 1983, Hewson and Little, 1998). Als Hinderungsgrund im Blick auf konstruktive Kritik wurde darüber hinaus das mangelnde Problembewusstsein aufgrund fehlender Vergleichsmöglichkeiten benannt. D.Sadler kommt in seiner Artikel zum Thema „formative assessment“ zu dem Schluss, dass Studierende sich darüber im Klaren sein müssten, was ein guter Standard sei, um ihre eigene Vorgehensweise einschätzen und verbessern zu können (Sadler, 1989). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass dies nicht nur im Blick auf die Selbsteinschätzung, sondern auch im Blick auf Feedback für das Gegenüber gilt. Auch Jamshidian et al. identifizierten fehlendes Wissen über “wünschenswerte Leistungskriterien“ als ein Hindernis für adäquates Feedback (Jamshidian et al., 2019). Lehrende wie Studierende müssen sich darüber im Klaren sein, was vom Gegenüber erwartet werden kann, um adäquates Feedback geben zu können. Es ist daher essenziell, Studierende ebenso wie Lehrerinnen und Lehrärzte adäquat vorzubereiten, indem Anforderungen und Erwartungen klar kommuniziert und Vergleichsmöglichkeiten geschaffen werden.

Als weiterer Grund für ein Ausbleiben von Feedback wird in den Interviews die fehlende Basis für Feedback durch einen Mangel an übertragenen Aufgaben genannt. Salopp gesagt – wer nichts tun darf, kann auch für nichts bewertet werden. Die genannten Aspekte identifizieren das Ausbleiben von Feedback als Folge tieferliegender Probleme. Diese Erkenntnis macht deutlich, dass Lösungsansätze für den Mangel an Feedback nicht zu oberflächlich ansetzen dürfen und gegebenenfalls die gesamte Organisation des Praktikums miteinbeziehen müssen.

Trotz der Bedeutung, die dem dezentralen Feedback zwischen Lehrärztin/Lehrarzt und Studierenden zukommt, sind auch die zentralen Feedbackpfade, die das Institut einbeziehen (z.B. studentische Evaluation, Rückmeldung von Seiten der Lehrärztinnen/-ärzte) für das Qualitätsmanagement in der dezentralen Lehre unabdingbar. Nur auf diese Weise erhält das Institut einen Einblick in die Abläufe in den Lehrpraxen und Kenntnis von auftretenden Problemen.

Feedback ans Institut stellt für Studierende einen sicheren Weg dar, um Kritik an den Lehrpraxen zu üben, da die Evaluationen an vielen Universitäten nicht direkt an die Lehrärztinnen und Lehrärzte weitergeleitet werden dürfen, sondern nur gebündelt. Die daraus resultierende zeitliche Verzögerung für das Feedback an die Lehrenden ist notwendig, um einen sicheren Rahmen für Feedback zu schlechter Behandlung und ernsten Zwischenfällen zu bieten. Mit Blick auf das Feedback für die Lehrärztinnen und Lehrärzte ist diese Vorgehensweise jedoch nicht optimal. In den Interviews äußerten einige von ihnen den Wunsch nach mehr studentischem Feedback. Jamshidian et al. kommen zu dem Ergebnis, dass lehrende Ärztinnen und Ärzte die Studierenden als „bester Feedback-Quelle“ empfinden und dass Studierende über ihre Rolle für die Verbesserung der Lehrtätigkeit der Lehrärztinnen und Lehrärzte im Bilde sein sollten (Jamshidian et al., 2019). Es gilt daher neben der Ermutigung der Studierenden zum direkten Feedback, Möglichkeiten dafür zu schaffen, dass studentisches Feedback die Lehrenden zeitnah erreicht. Dies könnte beispielsweise über einen geteilten Evaluationsbogen mit einem vertraulichen und einem zur direkten Weiterleitung freigegebenen Teil geschehen.

4.2.3 Problematisches Verhalten von Lehrärztinnen/Lehrärzten und Studierenden

Problematisches Verhalten von Studierenden

In der bestehenden Literatur wurden in Bezug auf Problemverhalten von Studierenden bereits mehrfach verschiedene Typen charakterisiert. (Hicks et al., 2005). Die im Rahmen der Studie identifizierten problematischen Verhaltensweisen lassen sich größtenteils in den von Tonesk und Buchanan bereits 1987 beschriebenen 21 Problemtypen wiederfinden. Die folgende Tabelle stellt den ermittelten problematischen Verhaltensweisen, einige von Tonesk und Buchanan (Tonesk and Buchanan, 1987) aufgestellten Problemtypen gegenüber.

Tabelle 12: Vergleich der genannten problematischen Verhaltensweisen mit den von Tonesk und Buchanan beschriebenen Typen von Problemstudenten

| Problematische Verhaltensweisen von Studierenden in der vorl. Studie | Problematische Verhaltensweisen bei Tonesk und Buchanan (Tonesk and Buchanan, 1987) |
|--|---|
| Desinteresse, mangelndes Engagement | Studierende/r ist desinteressiert („ <i>Uninterested</i> “) |
| Nichterfüllen von Mindestanwesenheitszeiten und Zuspätkommen | Studierende/r erscheint nicht („ <i>does not show up</i> “) |
| Unpassendes äußeres Erscheinungsbild | Studierende/r ist zu leger [gekleidet] („ <i>too casual and informal</i> “) |
| Unangemessener Umgang des Studierenden mit Praxisteam oder Patientinnen/Patienten | Studierende/r ist feindselig, grob („ <i>hostile, rude</i> “); zu informell [im Umgang] („ <i>too casual and informal</i> “), nicht vertrauenswürdig („ <i>cannot be trusted</i> “) |
| Problematische Einstellung gegenüber der Allgemeinmedizin/ dem Arztberuf | - |
| Zurückhaltung und Passivität | Studierende/r ist außerordentlich schüchtern, nicht durchsetzungsfähig („ <i>extensively shy, non-assertive</i> “) |
| Berührungängste gegenüber den Patientinnen/ Patienten., wenig Eigeninitiative beim Untersuchen | Studierende/r vermeidet Patientenkontakt („ <i>avoids patient contact</i> “) |
| Probleme mit der Kommunikation | Unzureichende zwischenmenschliche Fähigkeiten („ <i>poor interpersonal skills</i> “) |
| (Zu wenig Wissen) | zu wenig Wissen („ <i>poor fund of knowledge</i> “) |
| psychiatrische Problem | Studierende/r hat ein psychiatrisches Problem /Substanzabhängigkeitsproblem („ <i>Has a psychiatric/ substance abuse problem</i> “) |

Es gibt auch Problemtypen, die von Tonesk und Buchanan aufgeführt werden, im Rahmen der vorliegenden Studie jedoch nicht gefunden wurden. Ein möglicher Grund dafür ist, dass sich die Untersuchung von Tonesk und Buchanan nicht auf die allgemeinmedizinische Lehre beschränkt (nur 40 der 1092 Teilnehmenden stammen aus dem Gebiet „family medicine“), sondern mehrere Fachrichtungen einbezieht. Entscheidend für die geringere Anzahl aufgezählter Problemtypen ist aber vor allem auch ein Unterschied in der Art der Datenerhebung: Während die Teilnehmenden der vorliegenden Studie ohne Vorgaben, nach problematischen Verhaltensweisen der Studierenden gefragt wurden, handelt es sich bei Tonesk und Buchanans Studie um eine quantitative Erhebung, bei der den Teilnehmenden eine vorgefertigte Liste mit 21 Problemtypen vorgelegt wurde, deren Häufigkeiten eingeschätzt werden sollten. Auf diese Weise erlaubt das von Tonesk und Buchanan gewählte Studiendesign zwar höhere Fallzahlen birgt aber auch das Risiko einer Ergebnisverzerrung durch die Vorgaben.

Auffallend ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass ausgerechnet das Problem, das von Tonesk und Buchanan als häufigstes identifiziert wurde, dass Studierende sich nicht auf das Wesentliche fokussieren können, im Rahmen der Interviews überhaupt nicht genannt wurde. Ein Grund dafür könnte in der Art der Frage liegen. Expertinnen und Experten sowie Lehrärztinnen und Lehrärzte wurden nach „problematischem Verhalten“ von Studierenden gefragt und nicht beispielsweise nach Schwierigkeiten und Herausforderungen, die in der Lehre generell auftreten können. Dafür spricht auch, dass das Problem „zu wenig Wissen“ nur am Rande erwähnt wird und in den Interviews keine große Rolle spielt, während es bei Tonesk und Buchanan zu den häufigsten Problemen zählt. Umgekehrt zeigt die Tatsache, dass nahezu alle im Rahmen der Interviews erwähnten problematischen Verhaltensweisen sich in der von Tonesk und Buchanan eingesetzten Problemliste wiederfinden, dass deren Zusammenstellung die auftretenden Problemfelder nach wie vor recht gut abdeckt. Auch beim spezifischen Blick auf die Lehre in der allgemeinmedizinischen Praxis finden sich vergleichbare Ergebnisse: Sturman et al. (Sturman et al., 2011) zusammengestellte Liste von studentischen

Verhaltensweisen, welche die Lehre erschweren(s. Einleitung), deckt sich in weiten Teilen mit den in der vorliegenden Studie identifizierten problematischen Verhaltensweisen von Studierenden. Die Ergebnisse machen somit deutlich, dass die in bisherigen Studien identifizierten Probleme auch für den Blockpraktikumskontext gelten.

Ein Problem, das in vorausgegangenen Problemdefinitionen nicht enthalten ist, ist eine problematische Einstellung gegenüber der Allgemeinmedizin und dem Arztberuf im Allgemeinen. Dass Vorurteile gegenüber der Allgemeinmedizin im Kontext einer Befragung zu einem allgemeinmedizinischen Pflichtpraktikum eher in Erscheinung treten, als in fächerübergreifenden Erhebungen, erscheint nicht weiter verwunderlich. Vorurteile sind jedoch ein Problem, mit dem die Allgemeinmedizin unter den Fachdisziplinen in besonderem Maße zu kämpfen hat (López-Roig et al., 2010). Dass die problematische Einstellung zum Arztberuf im Allgemeinen hier zum Thema wird, zeigt aber noch etwas anderes: Die lehrenden Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner schauen nicht nur auf Wissen und Fertigkeiten der Studierenden, sondern interessieren sich auch dafür, was für ein Mensch da vor ihnen steht, mit welcher Motivation und Ideologie die jungen Medizinerinnen und Mediziner an den Beruf herangehen.

Beim Blick in die Literatur zu Problemen in der ärztlichen Weiterbildung zeigt sich, dass die auftretenden Schwierigkeiten die selben sind, wie sie auch in Praktika während des Studiums auftreten.

„A „problem“ junior may be a learner who does not meet expectations because of problems in one of three areas: knowledge, attitudes or skills.”(Steinert, 2008) („Als problematisch kann ein Arzt/eine Ärztin in Weiterbildung bezeichnet werden, der die Erwartungen aufgrund von Problemen in einem der folgenden drei Bereiche nicht erfüllt: Wissen, Einstellungen und Fertigkeiten.“ - Übersetzung durch die Verfasserin)

Daran wird deutlich: Die Probleme beschränken sich nicht auf das Studium, sondern können auch in der Weiterbildung auftreten. Die Untersuchungen von Papadakis et al. legen die Vermutung nahe, dass sich problematisches Verhalten aus Studienzeiten auch in der späteren Berufstätigkeit fortsetzen kann (Papadakis et al., 2004). Insofern stellt das Blockpraktikum Allgemeinmedizin und die besondere Achtsamkeit der Lehrenden in Bezug auf Aspekte der Einstellung und Professionalisierung eine Chance für Studierende im Kontext des

Gesamtcurriculums dar. Es stellt sich daher die Frage, ob eine frühere Platzierung des Blockpraktikums erwogen werden sollte, um eine frühzeitigere Intervention bei Problemen auf diesem Gebiet zu ermöglichen.

Hicks et al. mahnen an, dass Probleme aufgrund der kurzen Dauer einzelner Praktika häufig nur weitergereicht und nicht angegangen würden, weil die Lehrenden, den Unannehmlichkeiten einer Konfrontation aus dem Weg gehen und schlechte Evaluationsergebnisse fürchten würden (Hicks et al., 2005). Insofern lassen sich nicht nur Probleme des Feedbacks, sondern auch des „Feed-Forwards“ (Ziring et al., 2015) feststellen, bei denen relevante Informationen, welche schlussendlich eine professionelle Entwicklung bei Studierenden anstoßen könnten, nicht weitergeleitet werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen jedoch, dass der Vorwurf, dass Schwierigkeiten nicht thematisiert werden, nicht pauschal zutrifft. Es gibt durchaus Lehrerinnen und Lehrer, die Probleme während des Praktikums angehen und gute Erfahrungen damit gemacht haben, im Gespräch mit den Studierenden beispielsweise problematische Verhaltensweisen aber auch innere Einstellungen zu thematisieren.

Y. Steinert macht in ihrem Artikel zu Problemen im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung darauf aufmerksam, dass Schwierigkeiten, oft den Lernenden allein zugeschrieben würden, dass jedoch Anteile der Lehrenden und Systemfaktoren ebenfalls berücksichtigt werden sollten (Steinert, 2008). Dass sich die Verhaltensweisen der Beteiligten häufig gegenseitig beeinflussen zeigt sich im Rahmen der Interviews beispielsweise beim Thema „Umgang mit mangelndem Engagement von Studierenden“. Hier kristallisieren sich bei den Lehrenden zwei vollkommen gegensätzliche Reaktionsmuster heraus. Auf der einen Seite wird berichtet, dass mit Resignation und Reduktion des eigenen Engagements auf mangelndes Interesse der Studierenden reagiert wird. Dieses Verhaltensmuster findet sich auch in der bestehenden Literatur. Bei Castillo-Angeles et al. beispielsweise gaben die befragten lehrenden Ärztinnen und Ärzte an, den Studierenden aufgrund ihres mangelnden Interesses wenig Beachtung zu schenken (Castillo-Angeles et al., 2017). Bei dieser Art der Reaktion ist es naheliegend, dass sich Desinteresse und Ignoriert-werden in einer Art

Teufelskreis gegenseitig bedingen und verstärken, da Nichtbeachtung eine passive Haltung von Studierenden fördert und so Lerngelegenheiten verhindert.

In den Interviews der vorliegenden Studie findet sich allerdings noch ein anderer Ansatz, im Umgang mit mangelndem Interesse oder Vorbehalten der Studierenden gegenüber der Allgemeinmedizin. Lehrerärztinnen und Lehrerärzte berichten davon, sich um wenig begeisterte Studierende umso mehr zu bemühen, und durch stärkere Einbindung und Eingehen auf spezielle Interessen zu versuchen, deren Interesse zu wecken. Daran wird deutlich: mangelndes Interesse der Studierenden kann nicht nur als Problem, sondern auch als didaktische Herausforderung verstanden werden. Diese veränderte Sichtweise wirft die Frage auf, wie Lehrerärztinnen und Lehrerärzte für diese und andere Herausforderungen der Lehre gerüstet werden können. Didaktische Schulungen und die Förderung des Austauschs unter den Lehrenden können dabei wichtige Komponenten sein.

Problematisches Verhalten von Lehrerärztinnen und Lehrerärzten

Da sich die Lehr-Lern-Situation in den Praxen einer direkten Kontrolle durch die Fakultät entzieht, sind die Studierenden in besonderer Weise auf ihre Lehrerärztin oder ihren Lehrerarzt angewiesen. Aus diesem Grund ist die Frage, welche Rolle das Problem „student mistreatment“/schlechte Behandlung im Rahmen des Blockpraktikums spielt, von besonderer Bedeutung. Die Ergebnisse vorausgegangener Studien lassen zwar innerhalb der Allgemeinmedizin eine eher geringere Prävalenz schlechter Behandlung annehmen (Nagata-Kobayashi et al., 2006, Gan and Snell, 2014), entsprechende Studien mit Fokus auf der Allgemeinmedizin fehlen jedoch. Diese Forschungslücke gilt es, aufgrund der Brisanz des Themas, auch vor dem Hintergrund des Masterplans 2020 (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2017), rasch zu schließen. Die vorliegende Studie macht diesbezüglich einen Anfang.

Das Bild, das die befragten Expertinnen und Experten beim Thema „Problempraxen“ im Blick auf das Blockpraktikum zeichnen, deckt sich mit den Erwartungen, die sich aus den vorausgegangenen Studien ableiten lassen:

Probleme mit Lehrpraxen sind selten, kommen jedoch immer wieder vor. Angesichts der Tatsache, dass mitunter auch von gravierenden Vorfällen und Verdachtsfällen berichtet wird, ist es dringend erforderlich, dass weitere insbesondere auch quantitative Untersuchungen folgen, um das Ausmaß und die Häufigkeit der identifizierten Probleme einschätzen zu können.

Die Studierenden verneinten im Rahmen der Interviews eigene Erfahrungen schlechter Behandlung im Blockpraktikum und formulierten ihre Definitionen daher hauptsächlich hypothetisch, teilweise gestützt auf Erfahrungen von Kommilitoninnen/Kommilitonen bzw. eigene Erlebnisse aus anderen Praktika. In den aus Erfahrungen gespeisten Schilderungen der Expertinnen und Experten finden sich jedoch Beispiele, die belegen, dass die genannten problematischen Verhaltensweisen von Lehrenden im Rahmen des Blockpraktikums tatsächlich auftreten. Einige dieser Verhaltensweisen lassen sich den von Silver und Glicker beschriebenen Definitionen von „Student abuse“ zuordnen, wie die folgende Gegenüberstellung zeigt.

Tabelle 13: Gegenüberstellung von in den Interviews erwähnten problematischen Verhaltensweisen von Lehrärztinnen/Lehrärzten (vgl. Tabelle 8) und Definitionen von "student abuse" bei Silver and Glicker

| Im Rahmen der Interviews erwähnte problematische Verhaltensweisen von Lehrärztinnen/ Lehrärzten | Definitionen des „student abuse“ bei (Silver and Glicker, 1990) |
|--|---|
| <i>unfreundlicher Umgangston, mangelnde Wertschätzung, Bloßstellung</i> | Beleidigende, demütigende, ungerechte verbale Äußerungen („verbal abuse“) |
| <i>Missbrauch als Arbeitskraft</i> | Missbrauch des Systems z.B. übermäßige Arbeitsbelastung, Aufgaben ohne medizinischen Bezug („institutional/academic/ educational system abuse“) |
| <i>Übergriffigkeit, Sexuelle Belästigung</i> | sexuelle Belästigung/sexueller Missbrauch („sexual abuse“) |
| - | körperl. Misshandlungen, physische Bedrohung („physical abuse“) |
| <i>Vernachlässigung, Ignorieren</i> | absichtlicher Kommunikationsmangel („intentional lack of communication“) |

In den Interviews fanden darüber hinaus vor allem von Expertenseite auch Situationen Erwähnung, in denen die Lehrärztin/der Lehrarzt ihren/seinen Auftrag nicht erfüllte, indem sie/er nicht für gute Lernbedingungen sorgte. Dazu gehören Fälle, in denen für die Studierenden keine Möglichkeit zum selbstständigen

Arbeiten geschaffen wurde, beispielsweise, weil kein Raum für eigenständige Patientenkontakte zur Verfügung stand. Es handelt sich hierbei zwar nicht um eine aktive Form schlechter Behandlung, aber dennoch um Rahmenbedingungen, die Lerngelegenheiten einschränken. Die Möglichkeit zum selbstständigen Arbeiten gehört für Studierende zu den wichtigsten Standortmerkmalen eines guten Lernumfeldes (Schultz et al., 2004). Bradner et al. führen im Rahmen ihrer Studie zum effektiven Lernen in allgemeinmedizinischen Praktika ein ausreichendes Platzangebot als wichtige Voraussetzung für das eigenständige Arbeiten der Studierenden an (Bradner et al., 2017). Fehlen geeignete Räumlichkeiten für eigenständige Patientenkonsultationen der Studierenden so stellt dies ein ernsthaftes Lernhindernis dar. Dieses Problem, das in den Interviews von Experten- und Studierendenseite angesprochen wurde, ist nicht auf das Blockpraktikum beschränkt. Raumknappheit als Lernhindernis findet auch in der internationalen Literatur Erwähnung. H. Denz-Penhey und J. C. Murdoch führen in der bereits oben erwähnten Studie Beispiele an, in denen Studierende um Räumlichkeiten für ihre eigenständige Anamnesen und Untersuchungen und damit um ihre Lerngelegenheiten kämpfen mussten. Sie stellen dabei jedoch nicht die Raumknappheit als solche, sondern die teilweise mangelnde Problemeinsicht der Verantwortlichen ins Zentrum der Betrachtung (Denz-Penhey and Murdoch, 2009). Wenn es um die Bereitstellung eines eigenen Untersuchungszimmers für den Studierenden geht, spielen demnach nicht nur die äußeren Praxisbedingungen, sondern auch die innere Einstellung der Lehrärztinnen und Lehrärzte eine Rolle. Sicher wird es in einigen Praxen aufgrund der räumlichen Gegebenheiten leichter sein, dem Studierenden ein Zimmer für eigenständige Untersuchungen zur Verfügung zu stellen, als in anderen. Auch in kleinen Praxen sollte es der Lehrärztin/dem Lehrarzt jedoch möglich sein zumindest zeitweise für die Bereitstellung eines Zimmers zu sorgen, zumal dies an vielen Standorten zu den Voraussetzungen für die Akkreditierung als Lehrpraxis gehört (Böhme et al., 2012).

Durch das Einbeziehen der Institutsperspektive wurden beim Thema „Problempraxen“ neben problematischen Verhaltensweisen der Lehrenden auch

Praxisspezialisierungen angesprochen. Laut Aussage der Expertinnen und Experten wirkt sich eine spezialisierte Praxisausrichtung, einschränkend auf die Lerngelegenheiten für die Studierenden aus. Ein Grund für die fehlende Beachtung des Aspekts in der Literatur könnte die Tatsache sein, dass die verschiedenen Standorte bei der Akkreditierung von Lehrpraxen unterschiedlich mit spezialisierten Praxen umgehen. Teilweise werden Praxen mit beispielsweise naturheilkundlichem Schwerpunkt von der Blockpraktikumsbetreuung gänzlich ausgeschlossen (Chenot et al., 2009, Böhme et al., 2012), um Studierenden einen möglichst breiten Einblick in das Fach zu ermöglichen. An der Universität Rostock gibt es Bemühungen, die Vorteile von Spezialisierungen zu nutzen und Studierende mit Interesse an einer bestimmten Ausrichtung, Lehrpraxen mit entsprechendem Schwerpunkt zuzuordnen. Am dortigen allgemeinmedizinischen Institut konnte nach Einführung dieser Zuteilungspraxis ein Rückgang an Praxistauschanfragen von Studierenden verzeichnet werden (Darmüntzel et al., 2015). Die teilweise sehr positive Bewertung von Praxisspezialisierungen durch die Studierenden im Rahmen der Interviews der vorliegenden Studie stützt die Annahme, dass eine solche Vorgehensweise aus studentischer Sicht einem Ausschluss von spezialisierten Lehrpraxen vorzuziehen ist.

Von Seiten der Studierenden kommt im Rahmen der Interviews noch ein weiterer bislang in diesem Zusammenhang nicht vorbeschriebener Aspekt des problematischen Verhaltens von lehrenden Ärztinnen und Ärzten zur Sprache: eine problematische medizinische Arbeitsweise, die dazu führt, dass die Lehrenden als schlechte Vorbilder wahrgenommen werden.

Im Zusammenhang mit Modellernen wurde die Vorbildfunktion von lehrenden Ärztinnen und Ärzten in der Literatur vielfach thematisiert (Benbassat, 2014, Jochemsen-van der Leeuw et al., 2013, Kenny et al., 2003, Matthews, 2000, Reuler and Nardone, 1994, Weissmann et al., 2006). Während oft die positiven Aspekte hervorgehoben werden, macht Jochanan Benbassat in seinem Artikel darauf aufmerksam, dass Nachahmen auch Gefahren birgt, weil die Lehrenden nicht unfehlbar sind und „keiner von ihnen zu jeder Zeit alle Qualitäten des idealen Arztes/ der idealen Ärztin verkörpert“ (übersetzt durch die

Verfasserin)(Benbassat, 2014). Die Schilderungen der Expertinnen/Experten und Studierenden über problematische Arbeitsweisen von Lehrärztinnen/-ärzten, beispielsweise mit Blick auf die Einhaltung von Hygienevorschriften, zeigen, dass diese Mahnung nicht unbegründet ist. Benbassat fordert, bei der Rekrutierung von Lehrärztinnen und Lehrärzten darauf zu achten, ob diese die Vorbildfunktion erfüllten, betont aber gleichzeitig, dass es vor allem darum gehe, „die Studierenden dazu zu befähigen zwischen guten und schlechten Verhaltensweisen und nicht zwischen guten und schlechten Lehrenden zu unterscheiden [...] und allen mit Respekt zu begegnen, weil man von allen etwas lernen könne“ (übersetzt durch die Verfasserin) (Benbassat, 2014). Am treffendsten lässt sich dies mit den Worten eines der befragten Lehrärzte ausdrücken: *„[...] und ich sage immer meinen Studenten: „Lasst das Schlechte da und nehmt das Gute mit und lernt fürs Leben.“ (LÄ-5, Absatz 26)*

Die Reflektionsfähigkeit der Studierenden, die in den Interviews zum Ausdruck kommt, zeigt, dass diese sich aktiv und kritisch mit ihren Lehrärztinnen und Lehrärzten und deren Vorgehen auseinandersetzen. Dies äußern sie jedoch vor allem dann, wenn sie auch dazu befragt werden. Dies stellt einen wesentlichen Erkenntnisgewinn für die Qualitätssicherung der Lehre dar. Es sollten daher strukturierte Methoden entwickelt und implementiert werden, die diese Reflektion initiieren. Auch auf Seiten der Lehrenden kann ein Anstoß zu Reflektion und Austausch möglicherweise ein sinnvolles Instrument zur Qualitätssicherung darstellen. M. v. Lierop et al. konnten im Rahmen ihrer Studie zeigen, dass Lehrärztinnen und Lehrärzte, die sich im Rahmen einer Peer-Group-Reflektion mit den studentischen Rückmeldungen zu ihrer Lehrtätigkeit auseinandersetzten, konkretere Pläne zur Verbesserung der Lehre entwickelten (van Lierop et al., 2018).

Mehrere Studien aus der Vergangenheit haben gezeigt, dass längst nicht alle Fälle von *„student mistreatment“* gemeldet werden (Chung et al., 2018, Ahmadipour and Vafadar, 2016, Nagata-Kobayashi et al., 2006). Die Gründe dafür sind unterschiedlich. In den meisten Fällen versprechen sich die Studierenden von der Meldung keine Verbesserung, haben Angst vor den Konsequenzen einer Meldung, oder erachten das Vorgefallene als nicht

gravierend genug (Ahmadipour and Vafadar, 2016). Diese Gründe könnten auch im Rahmen der Interviews mit den Studierenden eine Rolle gespielt haben. Von den befragten Expertinnen und Experten wird berichtet, dass Problempraxen ein seltenes Phänomen seien, gleichzeitig schildern sie, dass insgesamt wenig Rückmeldung von Seiten der Studierenden eingehe. Es ist daher nicht auszuschließen, dass die Dunkelziffer im Blick auf schlechte Behandlung von Studierenden deutlich höher ist, als die Ergebnisse der vorliegenden Studie vermuten lassen. Es muss daher das Bestreben allgemeinmedizinischer Institute sein, diese Dunkelziffer aktiv zu reduzieren und hierfür geeignete Strategien zu implementieren.

Im Gegensatz zur Umfrage von Rosenberg und Silver (Rosenberg and Silver, 1984), in der alle befragten Studierenden, von „*abuse*“ im Medizinstudium berichteten, während die meisten der befragten Fakultätsmitglieder die Existenz von „*abuse*“ an ihrer Institution abstritten, zeigt sich in der vorliegenden Studie ein umgekehrtes Bild. Dass die Expertinnen und Experten so offen über Problemfälle berichteten, könnte möglicherweise daran liegen, dass die Lehre im Blockpraktikum von externen Lehrärztinnen und Lehrärzten durchgeführt wird, die nicht der direkten Kontrolle durch die Fakultät unterliegen. Auch, dass nicht nach „*abuse*“, sondern nach problematischem Verhalten ganz allgemein gefragt wurde könnte dazu beigetragen haben, dass mehr Fälle berichtet wurden.

Die große Bereitschaft von Seiten der Expertinnen und Experten am Interview teilzunehmen und auch über bestehende Probleme zu sprechen, zeugt jedoch auch von einem Bestreben, Verbesserungen zu erreichen und von einem Bedarf sich auszutauschen. Möglicherweise zeigt die Aufmerksamkeit, die dem Thema in den vergangenen Jahren geschenkt wurde, Wirkung, und es wurde im Laufe der Zeit allgemein bei den in der medizinischen Ausbildung Verantwortlichen ein Problembewusstsein geschaffen.

4.2.4 Die Rolle der allgemeinmedizinischen Institute beim Umgang mit Problemen im Blockpraktikum

Ein weiterer Aspekt, der eine essenzielle Rolle beim Thema „Problem“- bzw. „Herausforderungs-Management“ spielt ist, ob die Lehrärztin/ der Lehrarzt als Einzelkämpferin bzw. Einzelkämpfer agiert, oder sich als Teil eines Lehr-Teams versteht. Aus den Interviews geht hervor, dass Probleme mit Studierenden meist praxisintern gelöst und nur selten an das jeweils organisierende, allgemeinmedizinische Institut herangetragen werden. Oft wird das Institut auch erst dann informiert, wenn das Praktikum bereits beendet ist. Es stellt sich die Frage, ob viele Lehrärztinnen und Lehrärzte den Anspruch an sich haben, mit Schwierigkeiten mit Studierenden selbst fertig zu werden. Tatsächlich lässt sich die klinische Erfahrung der lehrenden Ärztinnen und Ärzte auch für die „Diagnostik“ in diesem Zusammenhang einsetzen, wie Langlois und Thach mit dem für die Lehre angepassten SOAP-Schema aufzeigen (Langlois and Thach, 2000). Sie betonen jedoch, dass es nicht die letzte Option sein sollte, sich Hilfe zu holen und ermutigen die Lehrärztinnen und Lehrärzte, die Fakultät früher in diesem Prozess miteinzubeziehen. In ihrem Artikel zum Umgang mit schwierigen Lehrsituationen machen sie deutlich: Es geht nicht darum, ob eine Lehrärztin/ein Lehrarzt in der Lage ist, mit einer Problemsituation allein fertig zu werden oder nicht. Das Einbeziehen der organisatorischen Ebene sollte nicht als *„Niederlage der Lehrärztin/des Lehrarztes“* gesehen werden, sondern als *„Erfolg des Bildungssystems“* in dem Bemühen den Studierenden die Unterstützung zukommen zu lassen, die sie brauchen. Dies kann unter Umständen auch bedeuten, dass eine Studierende/ ein Studierender nicht länger in einer Lehrpraxis verbleibt, wenn ein Problem auf Praxisebene nicht adäquat gehandhabt werden kann (Langlois and Thach, 2000). Hier ergeben sich Ansatzmöglichkeiten für eine Schulung von Lehrärztinnen und Lehrärzten, in der beispielsweise an einer gemeinsamen Vision gearbeitet wird und vereinbart wird, wann und wie das Institut unterstützen kann und soll.

Angesichts der Bedeutung, die der Beziehung zwischen Lehrender/Lehrendem und Lernender/Lernendem mit Blick auf ein Gelingen des Praktikums zukommt, wird deutlich, welches Hindernis eine nicht-funktionierende oder belastete

Beziehung zwischen Lehrärztin/Lehrarzt und Studierender/Studierendem im Gegenzug darstellt. Wie in jeder Beziehung, so treffen auch in der Beziehung zwischen Lehrender/Lehrendem und Lernender/Lernendem zwei Individuen mit ihren jeweiligen Eigenschaften, Bedürfnissen und Erwartungen aufeinander. Schwierigkeiten, die sich aus der jeweiligen Konstellation ergeben, sind schwer verallgemeinerbar. Es gibt kaum Literatur, die Erfahrungen mit Praxiswechseln thematisiert. In einer Studie über die Erwartungen von Studierenden an das Praktische Jahr in der Allgemeinmedizin wird von den Studierenden die Möglichkeit eines Praxiswechsels bei Problemen als wünschenswerte Rahmenbedingung genannt (Kruschinski et al., 2012). Die Erkenntnisse aus der vorliegenden Studie sprechen dafür, dass ein Praxiswechsel in einigen Fällen eine, ja vielleicht sogar die einzige adäquate Lösungsstrategie darstellt. Angesichts der kurzen Dauer des Blockpraktikums sind Wechsel der Lehrpraxis laut den befragten Expertinnen und Experten während des laufenden Praktikums selten bzw. gar nicht an allen Standorten möglich. Es gab jedoch Schilderungen von Situationen, in denen Studierende, seltener auch Lehrärztinnen und Lehrärzte, um einen Praxiswechsel gebeten haben und in denen ein solcher durchgeführt wurde. Inwieweit sich dies auf gesteckte Lernziele auswirkt, wurde bislang nicht systematisch untersucht und kann auch im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht beantwortet werden. Die Ergebnisse unterstreichen jedoch die Bedeutung, die der Beziehungsebene für die Lernerfahrung im Blockpraktikum zukommt. Wenn dieser Bedeutung Rechnung getragen werden soll, so sollte die Möglichkeit eines Praxiswechsels nicht von vorneherein ausgeschlossen werden.

In den Interviews hat sich gezeigt, dass es von unterschiedlichen Faktoren abhängt, ob ein Praxiswechsel sinnvoll und möglich ist. Zum einen muss eine alternative Praxis zur Verfügung stehen und zur Aufnahme des Studierenden bereit sein, zum anderen gilt es, die Art des Problems und verbleibende Praktikumsdauer miteinzubeziehen. Ist die Möglichkeit eines Praxiswechsels von vorneherein ausgeschlossen, so besteht die Gefahr, dass die Studierenden sich mit Problemen noch weniger an das Institut wenden, weil sie das Gefühl haben, dass es ohnehin keine Chance gibt, an der bestehenden Situation etwas zu

ändern. Dies wäre angesichts der Bemühungen, „*student mistreatment*“ so weit wie möglich aus dem Medizinstudium zu verbannen und Studierende zu mehr Feedback zu ermutigen, sicher das falsche Signal.

4.3 Implikationen und Ausblick

Vieles im Blick auf das Blockpraktikum läuft gut, aber die Schwierigkeiten, die es in anderen Bereichen der klinischen Ausbildung gibt (z.B. problematisches Verhalten von Lehrenden und Studierenden) spielen auch hier eine Rolle. Hinzu kommen weitere Herausforderungen, die mit den Besonderheiten der dezentralen Lehre einhergehen (Koordination, Praxisverteilung, Anfahrtswege, "black box").

Gerade mit Blick auf diese Besonderheiten kommt einer gelingenden Kommunikation zwischen allen beteiligten Personengruppen im Blockpraktikumskontext eine besondere Bedeutung zu. Das Einbeziehen der unterschiedlichen Perspektiven hat aufgezeigt, dass die Chancen zur Verbesserung der Lehre in allgemeinmedizinischen Praktika vor allem in einer besseren Vernetzung der beteiligten Akteure (Lehrende, Studierende, Organisierende) und der Förderung einer Feedbackkultur liegen. Diese Vernetzung kann die Grundlage für das Erkennen, Thematisieren und Ausräumen von Problemen, ebenso wie für die Problemprävention, darstellen. Zentraler Moderator einer solchen Vernetzung sind die allgemeinmedizinischen Institute, die hier gefragt sind Veränderungen auf den unterschiedlichen Ebenen anzustoßen und die nötigen Rahmenbedingungen zu schaffen. Aus den Erkenntnissen der vorliegenden Studie lassen sich Implikationen für einen besseren Umgang mit Chancen und Herausforderungen der allgemeinmedizinischen Lehre in Blockpraktika ableiten.

4.3.1 Implikationen für die Praxen

Eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass die Lehre in den Praxen zielgerichtet stattfinden kann ist, dass von Seiten des Instituts gegenüber den Lehrärztinnen und Lehrärzten klar kommuniziert wird, welche Erwartungen und Anforderungen an die Lehrpraxen gestellt werden, was von den Studierenden erwartet werden darf und welche Art von Aufgaben in der Praxis an die Studierenden übertragen werden können und sollen.

Auch mit Blick auf das Thema Feedback für die Studierenden sollten die Erwartungen klar kommuniziert und die Lehrenden bei der Schaffung von Feedbackgelegenheiten unterstützt werden. Bei Kommunikationsproblemen zwischen Studierenden und Lehrärztinnen/-ärzten können die Institute vermitteln. Eine Vermittlung durch das Institut soll dabei den direkten Dialog auf Praxisebene erleichtern oder ermöglichen, kann und soll diesen jedoch nicht ersetzen.

Es ist essenziell, den Lehrärztinnen und Lehrärzten die Verantwortung, die sie in der Lehre tragen bewusst zu machen. Damit eine Studierende/ ein Studierender, die/der durch problematisches Verhalten auffällt, nicht immer weitergereicht wird und Probleme nicht bis in die Weiterbildung oder darüber hinaus erhalten oder gar verstärkt werden, ist es wichtig, einem Feedback und einer Auseinandersetzung mit dem Problem nicht aus dem Weg zu gehen. Problematische Verhaltensweisen verlieren sich nicht von selbst, schlimmer noch, sie können mitunter sogar an die nächste Generation weitergereicht werden, wenn die Studierenden später selbst zu Lehrenden werden. Wenn problematische Verhaltensweisen und Einstellungen irgendwann erkannt und thematisiert werden können, dann bietet sich dazu im Blockpraktikum eine der besten – und im Falle Tübingens eine der letzten - Gelegenheiten. Diese sollte nicht ungenutzt verstreichen.

Die Herausforderungen, mit denen die Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Lehre konfrontiert werden, sind im Rahmen einer kollegialen Vernetzung besser zu bewältigen. Häufig fehlt den Lehrenden ein Vergleich zum eigenen Vorgehen. Zum einen kann hier das Institut die Rolle eines kollegialen Coaches einnehmen, zum anderen könnte das Schaffen von Möglichkeiten zum Austausch unter den Lehrärztinnen und Lehrärzten dazu dienen, bewährte Lehrmethoden und Strategien im Umgang mit häufigen Problemen weiterzugeben. Vor dem Hintergrund dieses Austauschs kann das eigene Vorgehen kritisch reflektiert und gemeinsam nach Lösungen für aktuelle Probleme gesucht werden. In diesem Zusammenhang könnten sogenannte Peer-Praxen eine wichtige Rolle spielen. Probleme und Herausforderungen der Lehre könnten zunächst auf der Ebene der Lehrpraxen besprochen werden und dann zusammengefasst an das Institut weitergeleitet werden.

4.3.2 Implikationen für die Lehre

Das Übernehmen von Verantwortung ist untrennbar mit der Ausübung des ärztlichen Berufs Verbunden. Der kompetenzbasierte nationale Lernzielkatalog (NKLM) (MFT, 2015) macht deutlich, dass es in der medizinischen Ausbildung nicht nur darum geht medizinische Expertinnen und Experten auszubilden, sondern dass es unterschiedliche ärztliche Rollen sind, an die es die Studierenden heranzuführen gilt. Die Studierenden sollen beispielsweise darauf vorbereitet werden „Verantwortungsträgerinnen und -träger“ zu sein. Sie sollen eigenes und fremdes Verhalten kritisch reflektieren und einen angemessenen Umgang mit Fehlern lernen. Wenn die Studierenden später im Beruf Verantwortung übernehmen und verantwortungsbewusst agieren sollen, ist es wichtig, sie bereits während des Studiums für dieses Thema zu sensibilisieren. Das Blockpraktikum kann an dieser Stelle einen wichtigen Beitrag leisten.

Ein wichtiger Schritt dabei ist auch, den Studierenden die Bedeutung ihrer Rückmeldung und die damit verbundene eigene Verantwortung im Rahmen ihrer Ausbildung zu vergegenwärtigen. Wenn die Studierenden keine Rückmeldung geben haben die allgemeinmedizinischen Institute keinerlei Möglichkeiten, zu überprüfen, was während den Praktika in den Praxen geschieht. Darüber hinaus ist es von Institutsseite schwierig, Veränderungen herbeizuführen, wenn die Studierenden nicht erlauben ihre Rückmeldungen in irgendeiner Form an die Praxen zurück zu spiegeln. Wenn die Studierenden, die im Blockpraktikum schlechte Erfahrungen gemacht haben nicht ein Stück weit mit dafür verantwortlich sein wollen, dass es nachfolgenden Studierenden ebenso ergeht, dann führt kein Weg daran vorbei, dass sie detailliertes Feedback geben. Für diese Mitverantwortung muss das Bewusstsein der Studierenden geschärft werden. Wichtig ist auch, die Studierenden dafür zu sensibilisieren, dass sie das Engagement der Lehrärztinnen und Lehrärzte wertschätzen und nicht als selbstverständlich hinnehmen. Dazu gehört, dass sie auf der einen Seite konstruktiv Kritik üben, um der Lehrärztin oder dem Lehrarzt eine Chance zur Verbesserung zu geben, dass die auf der anderen Seite aber auch nicht vergessen zu loben und sich zu bedanken. Sie haben durch ihr Verhalten auch

einen Einfluss darauf, ob ihre Lehrärztin oder ihr Lehrarzt weiterhin bereit ist, Studierende aufzunehmen und mit welcher Einstellung sie oder er zukünftig an die Sache herangeht.

Die Ergebnisse der Studie haben aufgezeigt, dass fehlendes Wissen über Vorgaben und Standards sowie fehlende Vergleichsmöglichkeiten ein Hindernis für konstruktives Feedback darstellen. Um diesem Problem zu begegnen ist es essenziell, dass nicht nur die Lehrpraxen, sondern auch die Studierenden im Vorfeld über die Anforderungen an die Lehrpraxen und die Lernziele im Blockpraktikum informiert werden. Darüber hinaus gilt es auch auf der Ebene der Studierenden, Gelegenheiten zum Austausch zu schaffen.

In Tübingen gibt es hierfür das ausleitende Seminar am Ende des Praktikums. Zu diesem Zeitpunkt ist es jedoch für die Studierenden bereits zu spät, Veränderungen im Rahmen des eigenen Blockpraktikums anzustoßen. Eine Möglichkeit, diesem Problem zu begegnen wäre es, die Studierenden beim einleitenden Seminar mit Erfahrungen vorhergehender Jahrgänge zu konfrontieren. Auf diese Weise würde den Studierenden schon vor Beginn des Praktikums eine Referenz geboten. Zitate aus der vorliegenden Studie, oder daran angelehnte fiktive Beispiele könnten dabei als Ausgangsmaterial dienen um mögliche Probleme (z.B. keine Möglichkeit zum selbstständigen Arbeiten, kein Feedback) und den Umgang damit vorab zu thematisieren. Auf diese Weise könnte Studierenden ein greifbarer Eindruck dessen vermittelt werden, was von ihnen erwartet wird, aber auch von dem, was sie erwarten können und auch einfordern dürfen. Eine andere Option wäre es, zusätzlich zum ausleitenden Seminar am Ende, ein begleitendes Seminar in der Mitte des Praktikums abzuhalten. Bei dieser Gelegenheit könnten sich die Studierenden mit ihren Kommilitoninnen und Kommilitonen über den bisherigen Praktikumsverlauf austauschen und auch das eigene Verhalten in der Praxis reflektieren. Studierende könnten sich so im Sinne eines Peer-Netzwerkes unterstützen und stärken. Im Gegensatz zur aktuellen Situation würde dies zu einem Zeitpunkt geschehen, der noch Veränderungen erlaubt. Wenn eine Studierende/ein Studierender merkt, dass ihre/seine Kommilitoninnen und Kommilitonen bereits selbstständig Patientengespräche führen, während sie/er selbst nur dabeisitzt,

hat sie/er vielleicht eher den Mut auch selbst mehr Eigenständigkeit einzufordern. Wichtig ist, dass die Studierenden von organisatorischer Seite dabei begleitet und wenn nötig in der Kommunikation mit der Lehrärztin/ dem Lehrarzt unterstützt werden. Voraussetzung dafür, dass die Studierenden ihre gewonnenen Erkenntnisse und Anregungen überhaupt einbringen können ist, zudem, dass die Lehrärztinnen und Lehrärzte für Anregungen offen sind und sich zu Beginn der zweiten Praktikumswoche die Zeit nehmen, nach den Ergebnissen des Treffens zu fragen.

Eine Möglichkeit, den Austausch zwischen Studierenden und Lehrärztinnen und Lehrärzten zu begleiten, könnten regionale Tandem-Treffen sein, vergleichbar mit den Tandem-Tagungen, die im Rahmen der Vikars-Ausbildung der evangelischen Landeskirche in Württemberg durchgeführt werden. Die Vikarinnen und Vikare nehmen dabei gemeinsam mit ihren jeweiligen Ausbildungspfarrerinnen und Ausbildungspfarrern, als sogenannte Tandems, an Tagungs-/Seminarveranstaltungen teil, und haben auf diese Weise die Möglichkeit zur multiperspektivischen Reflexion (Evangelisches Bildungszentrum Württemberg, 2013). Denkbar wäre, dass sich die Tandems aus Studierenden und ihren Lehrärztinnen/-ärzten in der Mitte des Praktikums nach Regionen aufgeteilt in kleinen Gruppen treffen und miteinander Erfahrungen austauschen. Auf diese Weise könnte ein interner Austausch, also Studierende und Lehrende jeweils unter sich, stattfinden und auch ein Dialog zwischen Studierenden und Lehrärztinnen/-ärzten entstehen. Im Idealfall würde ein solches Treffen durch eine Vertreterin oder einen Vertreter des allgemeinmedizinischen Instituts moderiert, die oder der die Gespräche anleiten und gegebenenfalls vermitteln und Hilfestellung geben kann. Durch die dezentrale Ausrichtung könnten dabei weite Anfahrtswege für Tandems aus entlegenen Praxen vermieden werden, ebenso könnte die Möglichkeit geschaffen werden über Onlinedienste am Seminar teilzunehmen.

4.3.3 Implikationen für die Lehrforschung

Die vorliegende Arbeit vermittelt einen ersten Eindruck von Schwierigkeiten, die im Rahmen der dezentralen Lehre auftreten können und schafft damit eine Basis für weiterführende Untersuchungen. Die im Rahmen der vorliegenden Studie identifizierten Kategorien und anonymisierte Beispielfälle können für die Erstellung von Fragebögen oder Fallvignetten für quantitative Studien sowie für Befragungen im Rahmen der Qualitätssicherung herangezogen werden.

Deutlich wird an der vorliegenden Studie auch, dass es für das Erkennen und Erfassen von Problemen sinnvoll sein kann, unterschiedliche Perspektiven einzubeziehen. Bestehende Werkzeuge zur Qualitätssicherung sollten daher um multiperspektivische Elemente ergänzt werden und Vertreter aller beteiligten Personengruppen in Entscheidungsprozesse involviert werden. Nur so kann das gesamte Potential genutzt werden und alle Aspekte Berücksichtigung finden.

Gemäß den Erkenntnissen dieser Arbeit haben die verschiedenen universitären Standorte in Deutschland mit ähnlichen Problemen im Blick auf das Blockpraktikum zu kämpfen. Die insgesamt große Bereitschaft der allgemeinmedizinischen Fachbereiche in Deutschland, über auftretende Probleme zu berichten, spricht dafür, dass es einen Bedarf und ein Interesse am Austausch über diese Themen gibt. Auch wenn letztendlich vor Ort meist Einzelfallentscheidungen getroffen werden müssen, könnte ein Erfahrungsaustausch auf organisatorischer Ebene eine Hilfestellung beim Problemmanagement darstellen. Hilfreich könnte ein solcher Austausch darüber hinaus auch bei der Klärung der Frage sein, was als Lernziel des Blockpraktikums gesehen wird und inwieweit vor diesem Hintergrund spezialisierte Praxen als Lehrpraxen geeignet sind. Welches Format für diese Art des Austauschs geeignet ist, gilt es noch zu erheben.

5 Zusammenfassung

Hintergrund: Allgemeinmedizin nimmt im Rahmen des Medizinstudiums eine immer wichtigere Rolle ein, sowohl in Deutschland als auch international. In Deutschland ist ein mindestens zweiwöchiges Blockpraktikum als klinisch-praktische Komponente des allgemeinmedizinischen Curriculums vorgeschrieben. An der Universität Tübingen wird dieses von den Studierenden insgesamt positiv bewertet. Mitunter gibt es jedoch schlechte Einzelbewertungen oder das Institut wird von Studierenden oder Lehrenden wegen auftretender Probleme kontaktiert. Dies zeigt, dass das dezentrale Lehrformat auch Herausforderungen für die Beteiligten mit sich bringt. Ziel der vorliegenden Studie ist es, aus der Perspektive der Beteiligten (Studierende, Lehrärztinnen/Lehrärzte, Expertinnen/Experten) Probleme im Blockpraktikum zu identifizieren.

Methode: Es wurde eine Interviewstudie mit den drei am Blockpraktikum Allgemeinmedizin beteiligten Personengruppen durchgeführt (N=15 Studierende (Universität Tübingen), N=13 Lehrärztinnen/Lehrärzte (Universität Tübingen), N=12 Expertinnen/Experten (mit der Organisation des Blockpraktikums betraute Personen, deutschlandweit)). Die leitfadengestützten Interviews wurden wörtlich transkribiert und anschließend mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Auf überwiegend induktivem Weg wurde ein gemeinsames Kategoriensystem für die drei Personengruppen erstellt. Es bietet einen Überblick über die in den Interviews angesprochenen Themen und Inhalte und erlaubt damit eine perspektivübergreifende Gesamtbetrachtung.

Ergebnisse: Bei der Umsetzung des Blockpraktikums gibt es große Unterschiede, sowohl mit Blick auf die angewandte Lehrmethode als auch bezüglich Art und Form des Feedbacks. Insgesamt zeigt sich ein Feedbackmangel auf dezentraler wie zentraler Ebene, für den unterschiedliche Gründe identifiziert werden konnten (z.B. mangelnde Vergleichsmöglichkeiten). Zur Entstehung von Problemen im Blockpraktikum trägt problematisches Verhalten von studentischer wie von Lehrarztseite bei. Mit Blick auf die Studierenden spielen dabei unter anderem mangelndes Engagement oder eine negative Einstellung gegenüber der Allgemeinmedizin eine Rolle.

Problematisches Verhalten von Lehrärztinnen/-ärzten ist selten, kann im Einzelfall jedoch gravierend sein. Das Spektrum umfasst dabei sowohl schlechte Behandlung der/des Studierenden als Person (z.B. Bloßstellung, sexuelle Belästigung) als auch schlechte Behandlung mit Blick auf die Lehre (z.B. keine Möglichkeit zum selbstständigen Arbeiten). Im Umgang mit auftretenden Problemen kommt den allgemeinmedizinischen Instituten eine wichtige Rolle als Mediator und Organisator zu.

Diskussion: Der multiperspektivische Blick auf das Blockpraktikum zeigt: Chancen und Herausforderungen der dezentralen Lehre sind eng miteinander verknüpft. Die 1:1-Betreuung im Blockpraktikum bietet die Möglichkeit für Mentoring und individuelles Feedback. Diese enge Begleitung kann eine Chance für die persönliche und professionelle Weiterentwicklung der Studierenden darstellen auch und gerade dann, wenn problematische Einstellungen oder Verhaltensweisen auf studentischer Seite vorliegen. Auf der anderen Seite birgt die dezentrale Lehrsituation auch Risiken, beispielsweise wenn es um problematisches Verhalten von Lehrenden geht. Mit Blick auf das Blockpraktikum spielen hierbei neben den aus anderen Lehrkontexten bekannten Formen der schlechten Behandlung („student abuse“) auch suboptimale Lernbedingungen und ein schlechtes Vorbild durch die Lehrenden eine Rolle. Die dezentrale Ausrichtung des Blockpraktikums birgt zudem organisatorische Herausforderungen z.B. beim Problemmanagement und bei der Evaluation.

Schlussfolgerung: Die Herausforderungen der dezentralen Lehre erfordern eine bessere Vernetzung der beteiligten Personengruppen. Dabei spielt die klare Kommunikation von Anforderungen und Erwartungen von Seiten des Instituts gegenüber Lehrpraxen und Studierenden eine wichtige Rolle. Ebenso gilt es, den kollegialen Austausch unter den Lehrärztinnen und Lehrärzten, unter den Studierenden, sowie zwischen beiden Gruppen zu fördern. Es ist essentiell, die Beteiligten für ihre Mitverantwortung in der Lehre zu sensibilisieren, insbesondere auch beim Thema Feedback. Die verschiedenen Universitätsstandorte in Deutschland stehen weitgehend vor den gleichen Herausforderungen. Es ist daher wünschenswert, dass Lösungen gemeinschaftlich auf empirischer Grundlage erarbeitet werden.

6 Literaturverzeichnis

- ÄAPPRO Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), geändert durch Artikel 4 der Verordnung vom 17. Juli 2012 (BGBl. I S. 1539)
- AHMADIPOUR, H. & VAFADAR, R. 2016. Why mistreatment of medical students is not reported in clinical settings: perspectives of trainees. *Indian J Med Ethics*, 1, 215-218.
- AINSWORTH, M. A. & SZAUTER, K. M. 2006. Medical Student Professionalism: Are We Measuring the Right Behaviors? A Comparison of Professional Lapses by Students and Physicians. *Academic Medicine*, 81, S83-S86.
- BALDWIN, D. C., JR., DAUGHERTY, S. R. & ECKENFELS, E. J. 1991. Student perceptions of mistreatment and harassment during medical school. A survey of ten United States schools. *West J Med*, 155, 140-5.
- BENBASSAT, J. 2014. Role modeling in medical education: the importance of a reflective imitation. *Acad Med*, 89, 550-4.
- BIENSTOCK, J. L., KATZ, N. T., COX, S. M., HUEPPCHEN, N., ERICKSON, S. & PUSCHECK, E. E. 2007. To the point: medical education reviews—providing feedback. *American journal of obstetrics and gynecology*, 196, 508-513.
- BING-YOU, R., HAYES, V., PALKA, T., FORD, M. & TROWBRIDGE, R. 2018. The Art (and Artifice) of Seeking Feedback: Clerkship Students' Approaches to Asking for Feedback. *Acad Med*, 93, 1218-1226.
- BING-YOU, R., HAYES, V., VARAKLIS, K., TROWBRIDGE, R., KEMP, H. & MCKELVY, D. 2017. Feedback for Learners in Medical Education: What Is Known? A Scoping Review. *Acad Med*, 92, 1346-1354.
- BING-YOU, R. G. & TROWBRIDGE, R. L. 2009. Why medical educators may be failing at feedback. *Jama*, 302, 1330-1.
- BÖHME, K., STREITLEIN-BÖHME, I., NIEBLING, W. & HUENGES, B. 2012. Allgemeinmedizinische Lehre in Deutschland—gut vorbereitet auf die Änderungen der ÄAppO. *Z Allg Med*, 88, 497-505.
- BOILEAU, E., ST-ONGE, C. & AUDETAT, M. C. 2017. Is there a way for clinical teachers to assist struggling learners? A synthetic review of the literature. *Adv Med Educ Pract*, 8, 89-97.
- BOSNER, S., ROTH, L. M., DUNCAN, G. F. & DONNER-BANZHOF, N. 2017. Verification and feedback for medical students: an observational study during general practice rotations. *Postgrad Med J*, 93, 3-7.
- BOWEN, L., MARSHALL, M. & MURDOCH-EATON, D. 2017. Medical Student Perceptions of Feedback and Feedback Behaviors Within the Context of the #8220;Educational Alliance#8221. *Academic Medicine*, 92, 1303-1312.
- BRADNER, M. K., FLORES, S. K., GARY, J. S. & ZUMBRUNN, S. 2017. Effective Learning in an Ambulatory Family Medicine Clerkship: A Qualitative Study of Medical Student Midpoint Feedback. *Fam Med*, 49, 630-634.
- BREKKE, M., CARELLI, F., ZARBAILOV, N., JAVASHVILI, G., WILM, S., TIMONEN, M. & TANDETER, H. 2013. Undergraduate medical education in general practice/family medicine throughout Europe - a descriptive study. *BMC Med Educ*, 13, 157.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG. 2017. *Masterplan Medizinstudium 2020* [Online]. https://www.bmbf.de/files/2017-03-31_Masterplan%20Beschlusstext.pdf. [Accessed 24.01. 2020].
- BURACK, J. H., IRBY, D. M., CARLINE, J. D., ROOT, R. K. & LARSON, E. B. 1999. Teaching compassion and respect. Attending physicians' responses to problematic behaviors. *J Gen Intern Med*, 14, 49-55.

- CASTILLO-ANGELES, M., WATKINS, A. A., ACOSTA, D., FRYDMAN, J. L., FLIER, L., GARCES-DESCOVICH, A., CAHALANE, M. J., GANGADHARAN, S. P., ATKINS, K. M. & KENT, T. S. 2017. Mistreatment and the learning environment for medical students on general surgery clerkship rotations: What do key stakeholders think? *Am J Surg*, 213, 307-312.
- CHENOT, J. F., KOCHEN, M. M. & HIMMEL, W. 2009. Student evaluation of a primary care clerkship: quality assurance and identification of potential for improvement. *BMC Med Educ*, 9, 17.
- CHUNG, M. P., THANG, C. K., VERMILLION, M., FRIED, J. M. & UIJTDEHAAGE, S. 2018. Exploring medical students' barriers to reporting mistreatment during clerkships: a qualitative study. *Med Educ Online*, 23, 1478170.
- COLLINS, A. 1987. Cognitive Apprenticeship: Teaching the Craft of Reading, Writing, and Mathematics. Technical Report No. 403.
- DARMÜNTZEL, M., HORNUNG, A., DIENER, A. & ALTINER, A. 2015. Blockpraktikum Allgemeinmedizin: Verteilung mittels eines computerbasierten, an den Präferenzen der Studierenden orientierten Systems für eine optimale Praxis-Studenten-Passung. 49. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 17-19.09.2015. Bozen: Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2015. Doc15degam109.
- DENT, M. M., BOLTRI, J. & OKOSUN, I. S. 2004. Do volunteer community-based preceptors value students' feedback? *Acad Med*, 79, 1103-7.
- DENZ-PENHEY, H. & MURDOCH, J. C. 2009. 'It's really, really good, but it could be a lot better': qualitative evaluation of a rural clinical school, four years on. *Med Teach*, 31, e443-8.
- ELLIS, S., PURKISS, J., ABDOLER, E., OPASKAR, A., MANGRULKAR, R. S., KOLARS, J. C. & SANTEN, S. A. 2019. Variability in student perceptions of mistreatment. *Clin Teach*, 16, 142-146.
- ENDE, J. 1983. Feedback in clinical medical education. *Jama*, 250, 777-81.
- EVANGELISCHES BILDUNGSZENTRUM WÜRTTEMBERG. 2013. *Vikariat: Formen und Abläufe der Ausbildung* [Online]. https://www.ebz-wuerttemberg.de/fileadmin/mediapool/einrichtungen/E_ebz/PFS_download/2013-06-Ausbildung_im_pfs.pdf. [Accessed 02.02. 2020].
- FLICK, U. 2011. Triangulation. Eine Einführung. 3., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- FLICK, U., VON KARDOFF, E. & STEINKE, I. 2007. Qualitative Forschung-ein Handbuch. rowohlts enzyklopädie. *Reinbek bei Hamburg*.
- FNAIS, N., SOOBIAH, C., CHEN, M. H., LILLIE, E., PERRIER, L., TASHKHANDI, M., STRAUS, S. E., MAMDANI, M., AL-OMRAN, M. & TRICCO, A. C. 2014. Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med*, 89, 817-27.
- GAGYOR, I., HILBERT, N., CHENOT, J. F., MARX, G., ORTNER, T., SIMMENROTH-NAYDA, A., SCHERER, M., WEDEKEN, S. & HIMMEL, W. 2012. Frequency and perceived severity of negative experiences during medical education in Germany--results of an online-survey of medical students. *GMS Z Med Ausbild*, 29, Doc55.
- GAN, R. & SNELL, L. 2014. When the learning environment is suboptimal: exploring medical students' perceptions of "mistreatment". *Acad Med*, 89, 608-17.
- GLÄSER, J. & LAUDEL, G. 2010. *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*, Springer-Verlag.
- GOFTON, W. & REGEHR, G. 2006. What We Don't Know We Are Teaching: Unveiling the Hidden Curriculum. *Clinical Orthopaedics and Related Research (1976-2007)*, 449, 20-27.
- GRAN, S. F., BRAEND, A. M., LINDBAEK, M. & FRICH, J. C. 2016. General practitioners' and students' experiences with feedback during a six-week clerkship in general practice: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care*, 34, 172-9.
- HELFFERICH, C. 2009. *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews ; [Lehrbuch]*, VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- HEWSON, M. G. & LITTLE, M. L. 1998. Giving Feedback in Medical Education. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 111-116.
- HICKS, P. J., COX, S. M., ESPEY, E. L., GOEPFERT, A. R., BIENSTOCK, J. L., ERICKSON, S. S., HAMMOUD, M. M., KATZ, N. T., KRUEGER, P. M., NEUTENS, J. J., PESKIN, E. & PUSCHECK, E. E. 2005. To the point: medical education reviews--dealing with student difficulties in the clinical setting. *Am J Obstet Gynecol*, 193, 1915-22.
- HOGGINS, R., SCOTT-SMITH, W. & OKORIE, M. 2018. UK physician associate primary care placements: staff and student experiences and perceptions. *Int J Med Educ*, 9, 286-292.
- HUNT, D. D., CARLINE, J., TONESK, X., YERGAN, J., SIEVER, M. & LOEBEL, J. P. 1989. Types of problem students encountered by clinical teachers on clerkships. *Medical Education*, 23, 14-18.
- JAMSHIDIAN, S., YAMANI, N., SABRI, M. R. & HAGHANI, F. 2019. Problems and challenges in providing feedback to clinical teachers on their educational performance: A mixed-methods study. *J Educ Health Promot*, 8, 8.
- JOICHEMSEN-VAN DER LEEUW, H. G. A. R., VAN DIJK, N., VAN ETTEN-JAMALUDIN, F. S. & WIERINGA-DE WAARD, M. 2013. The Attributes of the Clinical Trainer as a Role Model: A Systematic Review. *Academic Medicine*, 88, 26-34.
- JOHNSTON, J. L., CUPPLES, M. E., MCGLADE, K. J. & STEELE, K. 2011. Medical students' attitudes to professionalism: an opportunity for the GP tutor? *Educ Prim Care*, 22, 321-7.
- KENNY, N. P., MANN, K. V. & MACLEOD, H. 2003. Role modeling in physicians' professional formation: reconsidering an essential but untapped educational strategy. *Academic Medicine*, 78, 1203-1210.
- KOCH, R., STEFFEN, M.-T., BRAUN, J. & JOOS, S. 2021. Are we prepared for the future? A mixed-method study on quality management in decentralized family medicine teaching. *Medical Education Online*, 26, 1923114.
- KRACKOV, S. K. 2011. Expanding the horizon for feedback. *Med Teach*, 33, 873-4.
- KRUSCHINSKI, C., HUMMERS-PRADIER, E., EBERHARD, J. & SCHMIEMANN, G. 2012. „In der Funktion als Arzt“: Erwartungen an das PJ Allgemeinmedizin aus Sicht von Studierenden. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106, 101-109.
- KUCKARTZ, U. 2012. *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*, Beltz Juventa.
- LANGLOIS, J. & THACH, S. 2000. Managing the difficult learning situation. *Family medicine*, 32, 307-309.
- LARKIN, G. L. & MELLO, M. J. 2010. Commentary: doctors without boundaries: the ethics of teacher-student relationships in academic medicine. *Acad Med*, 85, 752-5.
- LARSSON, C., HENSING, G. & ALLEBECK, P. 2003. Sexual and gender-related harassment in medical education and research training: results from a Swedish survey. *Med Educ*, 37, 39-50.
- LÓPEZ-ROIG, S., PASTOR, M. Á. & RODRÍGUEZ, C. 2010. The reputation and professional identity of family medicine practice according to medical students: a Spanish case study. *Atencion primaria*, 42, 591-601.
- MALTERUD, K., SIERSMA, V. D. & GUASSORA, A. D. 2016. Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qualitative health research*, 26, 1753-1760.
- MARTIMIANAKIS, M. A., MICHALEC, B., LAM, J., CARTMILL, C., TAYLOR, J. S. & HAFFERTY, F. W. 2015. Humanism, the Hidden Curriculum, and Educational Reform: A Scoping Review and Thematic Analysis. *Acad Med*, 90, S5-S13.
- MATTHEWS, C. 2000. Role modelling: how does it influence teaching in Family Medicine? *Medical Education*, 34, 443-448.

- MAVIS, B., SOUSA, A., LIPSCOMB, W. & RAPPLEY, M. D. 2014. Learning about medical student mistreatment from responses to the medical school graduation questionnaire. *Acad Med*, 89, 705-11.
- MAYRING, P. 2015. Qualitative Inhaltsanalyse. 12., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.
- METHENY, W. P. & CARLINE, J. D. 1991. The problem student: A comparison of student and physician views. *Teaching and Learning in Medicine*, 3, 133-137.
- MFT. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM); 2015. Mitgliederversammlung des 76. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages 2015 Kiel. Verfügbar unter: http://www.nklm.de/files/nklm_final_2015-07-03.pdf.
- NAGATA-KOBAYASHI, S., SEKIMOTO, M., KOYAMA, H., YAMAMOTO, W., GOTO, E., FUKUSHIMA, O., INO, T., SHIMADA, T., SHIMBO, T., ASAI, A., KOIZUMI, S. & FUKUI, T. 2006. Medical student abuse during clinical clerkships in Japan. *J Gen Intern Med*, 21, 212-8.
- NIEBERT, K. & GROPENIEßER, H. 2014. Leitfadengestützte Interviews. In: KRÜGER, D., PARCHMANN, I. & SCHECKER, H. (eds.) *Methoden in der naturwissenschaftsdidaktischen Forschung*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- PAPADAKIS, M. A., HODGSON, C. S., TEHERANI, A. & KOHATSU, N. D. 2004. Unprofessional Behavior in Medical School Is Associated with Subsequent Disciplinary Action by a State Medical Board. *Academic Medicine*, 79, 244-249.
- PELGRIM, E. A., KRAMER, A. W., MOKKINK, H. G. & VAN DER VLEUTEN, C. P. 2012. The process of feedback in workplace-based assessment: organisation, delivery, continuity. *Med Educ*, 46, 604-12.
- RABINOWITZ, H. K. 2007. Family medicine predoctoral education: 30-something. *Fam Med*, 39, 57-9.
- REULER, J. & NARDONE, D. 1994. Role modeling in medical education. *Western Journal of Medicine*, 160, 335.
- ROSENBERG, D. A. & SILVER, H. K. 1984. Medical student abuse. An unnecessary and preventable cause of stress. *Jama*, 251, 739-42.
- SADLER, D. R. 1989. Formative assessment and the design of instructional systems. *Instructional Science*, 18, 119-144.
- SCHREIER, M. 2012. *Qualitative Content Analysis in Practice*, SAGE Publications.
- SCHULTZ, K. W., KIRBY, J., DELVA, D., GODWIN, M., VERMA, S., BIRTWHISTLE, R., KNAPPER, C. & SEGUIN, R. 2004. Medical Students' and Residents' preferred site characteristics and preceptor behaviours for learning in the ambulatory setting: a cross-sectional survey. *BMC Med Educ*, 4, 12.
- SHIPENGROVER, J. A. & JAMES, P. A. 1999. Measuring instructional quality in community-orientated medical education: looking into the black box. *Medical Education*, 33, 846-853.
- SILVER, H. K. 1982. Medical students and medical school. *Jama*, 247, 309-10.
- SILVER, H. K. & GLICKEN, A. D. 1990. Medical student abuse. Incidence, severity, and significance. *Jama*, 263, 527-32.
- SOLER, J. K., CARELLI, F., LIONIS, C. & YAMAN, H. 2007. The wind of change: after the European definition--orienting undergraduate medical education towards general practice/family medicine. *Eur J Gen Pract*, 13, 248-51.
- STEINERT, Y. 2008. The "problem" junior: whose problem is it? *Bmj*, 336, 150-3.
- STRATTON, T. D., MCLAUGHLIN, M. A., WITTE, F. M., FOSSON, S. E. & NORA, L. M. 2005. Does students' exposure to gender discrimination and sexual harassment in medical school affect specialty choice and residency program selection? *Acad Med*, 80, 400-8.
- STURMAN, N., REGO, P. & DICK, M. L. 2011. Rewards, costs and challenges: the general practitioner's experience of teaching medical students. *Med Educ*, 45, 722-30.

- TAYLOR, J. S. & WENDLAND, C. 2014. The Hidden Curriculum in Medicine's" Culture of No Culture. *The Hidden Curriculum in Health Professional Education*. London: Dartmouth, 53-62.
- TELIO, S., AJJAWI, R. & REGEHR, G. 2015. The "educational alliance" as a framework for reconceptualizing feedback in medical education. *Acad Med*, 90, 609-14.
- THISTLETHWAITE, J. E., KIDD, M. R. & HUDSON, J. N. 2007. General practice: a leading provider of medical student education in the 21st century? *Medical Journal of Australia*, 187, 124-128.
- TONESK, X. & BUCHANAN, R. G. 1987. An AAMC pilot study by 10 medical schools of clinical evaluation of students. *J Med Educ*, 62, 707-18.
- TURKESHI, E., MICHELS, N. R., HENDRICKX, K. & REMMEN, R. 2015. Impact of family medicine clerkships in undergraduate medical education: a systematic review. *BMJ Open*, 5, e008265.
- VAN LIEROP, M., DE JONGE, L., METSEMAKERS, J. & DOLMANS, D. 2018. Peer group reflection on student ratings stimulates clinical teachers to generate plans to improve their teaching. *Med Teach*, 40, 302-309.
- VAUGHN, L. M., BAKER, R. C. & DEWITT, T. G. 1998. The Problem Learner. *Teaching and Learning in Medicine*, 10, 217-222.
- VUKOVICH, M. C. 1996. The prevalence of sexual harassment among female family practice residents in the United States. *Violence and victims*, 11, 175.
- WEISSMANN, P. F., BRANCH, W. T., GRACEY, C. F., HAIDET, P. & FRANKEL, R. M. 2006. Role Modeling Humanistic Behavior: Learning Bedside Manner from the Experts. *Academic Medicine*, 81, 661-667.
- WMA 2013. WMA Deklaration von Helsinki - Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen.
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Helsinki_2013_20190905.pdf.
- ZIRING, D., DANOFF, D., GROSSEMAN, S., LANGER, D., ESPOSITO, A., JAN, M. K., ROSENZWEIG, S. & NOVACK, D. 2015. How Do Medical Schools Identify and Remediate Professionalism Lapses in Medical Students? A Study of U.S. and Canadian Medical Schools. *Academic Medicine*, 90, 913-920.

7 Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift

Die Arbeit wurde am Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung unter Betreuung von Frau Professor Dr. med. Stefanie Joos durchgeführt.

Die Konzeption der Studie erfolgte in Zusammenarbeit mit Herrn Dr. med. Roland Koch und Frau Professorin Dr. med. Stefanie Joos.

Die Rekrutierung der Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer und die Durchführung der Interviews erfolgte eigenständig durch mich.

Die Transkription der Interviews wurde in 34 Fällen durch mich selbst durchgeführt. Sechs Interviews wurden durch Marie-Theres Steffen, damals wissenschaftliche Hilfskraft am Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, transkribiert.

Die Auswertung wurde von mir eigenständig mit Unterstützung durch Herrn Dr. med. Roland Koch, und Frau Christine Preiser M.A., Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, durchgeführt.

Ich versichere, das Manuskript selbständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Tübingen, den 14.06.2021

8 Veröffentlichungen

BRAUN, J., JOOS, S. & KOCH, R. Lehre in der hausärztlichen Praxis – Chancen und Herausforderungen bei der Interaktion zwischen Lehrenden und Lernenden 52. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 13.-15.09. 2018 Innsbruck, Österreich.

KOCH, R., STEFFEN, M.-T., BRAUN, J. & JOOS, S. 2021. Are we prepared for the future? A mixed-method study on quality management in decentralized family medicine teaching. *Medical Education Online*, 26, 1923114.

Danksagung

Mein Dank gilt Frau Prof. Dr. Stefanie Joos für die Möglichkeit, am Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung diese Promotionsarbeit anfertigen zu dürfen, sowie für die Begleitung und das konstruktive und immer zeitnahe Feedback.

Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Stephan Zipfel für die Zweitkorrektur.

Ein besonderer Dank gilt Herrn Dr. Roland Koch für die intensive Betreuung und Unterstützung während der gesamten Entstehungszeit der Arbeit, für den inhaltlichen Austausch und die methodische Unterstützung, aber auch für alle persönliche Ermutigung und Begleitung.

An dieser Stelle möchte ich auch Frau Christine Preiser M.A. meinen Dank aussprechen für die methodische Beratung bei der Erstellung des Kategoriensystems und die Anleitung im Rahmen der Forschungswerkstatt Qualitative Methoden.

Des Weiteren möchte ich mich bei Marie-Theres Steffen bedanken, die mich bei der Transkription der Interviews unterstützt hat, und bei Kirsten Gottlob die als Mit-Doktorandin bei Fragen immer ansprechbar war. Danken möchte ich auch Silke Orlikowsky, die mir bei organisatorischen Anliegen eine große Hilfe war, und Udo Nonner, der mich bei technischen Fragen unterstützte.

Mein großer Dank gilt meinen Eltern, die mir das Studium und die Promotion ermöglicht, mich in der ganzen Zeit liebevoll begleitet, unterstützt und ermutigt haben, sowie meinen Schwestern, die immer für mich da waren. Meinem Mann Wolfgang möchte ich danken für seine liebevolle Unterstützung und seine Geduld. Danken will ich auch allen Freundinnen und Verwandten, die mich auf dem Weg durch Studium und Promotion begleitet und unterstützt haben

Anhang

Aufklärungstext zur Studie

Aufklärungstext zur Studie

„Lehre in der hausärztlichen Praxis – Chancen und Herausforderungen der Interaktion zwischen Lehrenden und Lernenden“

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung führt eine Untersuchung durch, die zur Weiterentwicklung der Lehrveranstaltung „Blockpraktikum der Allgemeinmedizin“ dienen soll.

Das Hauptziel der Studie ist es, förderliche und problematische Einstellungen und Verhaltensweisen von Lehrenden und Lernenden in hausärztlichen Praktika aufzudecken und zueinander in Beziehung zu setzen.

Im Rahmen der Studie werden leitfadengestützte Einzelinterviews mit 10-15 Lehrärzten, 10-15 Studierenden, sowie 3-5 Studienbeauftragten an deutschen medizinischen Fakultäten durchgeführt. Die Interviews dauern für den Einzelnen bis zu 30 Minuten.

Die Interviews werden mit einem digitalen Audio-Aufnahmegerät mitgeschnitten und anschließend pseudonymisiert transkribiert. Pseudonymisiert bedeutet, dass jegliche Rückverfolgung auf persönliche Daten nur durch ein Vergleichen mit den Originalaufnahmen möglich ist. Die Originalaufnahmen werden nach der Transkription gelöscht. Die Transkripte werden anschließend einer qualitativen Inhaltsanalyse zugeführt. Die Transkripte werden nach 10 Jahren gelöscht. Es werden auf allen Ebenen die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen eingehalten. Alle an der Studie beteiligten wissenschaftlichen MitarbeiterInnen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht bzw. haben eine Schweigepflichterklärung unterschrieben.

Sollten bei Studierenden im Laufe der Gespräche traumatische Ereignisse erinnert und aktualisiert werden, hat die psychologische Beratungsstelle des Studierendenwerkes Tübingen-Hohenheim eine Zusage zur Betreuung dieser Studierenden bis zum 31.12.2018 gegeben (s. Schreiben Tilmann Beetz, Justiziar der PBS Tübingen-Hohenheim vom 21.06.2017).

Die Transkripte und Ergebnisse der Auswertung können für Publikationszwecke (einschließlich Qualifizierungsarbeiten wie z. B. Dissertationen) und die medizinische Lehre verwendet werden.

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihr Einverständnis zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen. Auf Ihren Wunsch werden in diesem Fall Ihre Daten nicht in die Auswertung einbezogen sofern die Publikation noch nicht erfolgt ist.

Für weitere Fragen steht Ihnen das Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung unter der Telefonnummer 07071 29-85213 zur Verfügung.

Verantwortliche Personen der Studie sind:
Frau Prof. Dr. Stefanie Joos (Institutsleiterin)
Herr Dr. med. Roland Koch (Projektleiter)
Frau Julia Braun (Doktorandin)
Vielen Dank!

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie

Osianderstr. 5, 72076 Tübingen
Leitung: Frau Prof. Dr. med. Stefanie Joos
Email: Stefanie.joos@med.uni-tuebingen.de
Tel.: 07071 29-85213 (Sekretariat)
Fax: 07071 29-5896

Ärztlicher Ansprechpartner:
Dr. med. Roland Koch, FA für Allgemeinmedizin,
Email roland.koch@med.uni-tuebingen.de
Tel.: 07071 29-85223

Sehr geehrte/r _____,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme. Bitte senden Sie die nachfolgenden Einverständniserklärungen vor dem Interviewtermin unterschrieben per Post zurück an:

Institut für Allgemeinmedizin

z.Hd. Julia Braun

Osianderstrasse 5

72076 Tübingen

Für Fragen stehe ich gerne zu Verfügung. (Tel. XX/e-mail XX)

Mit freundlichen Grüßen und herzlichem Dank für Ihre Unterstützung!

Julia Braun
Doktorandin

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie

„Lehre in der hausärztlichen Praxis – Chancen und Herausforderungen der Interaktion zwischen Lehrenden und Lernenden“

(Name der teilnehmenden Person in Druckbuchstaben)

geb. am _____

Ich erkläre, dass ich

am _____ schriftlich über die Studie aufgeklärt worden bin.

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und ich kann sie jederzeit ohne Angabe von Gründen ohne persönliche Nachteile zurückziehen.

Ich habe alle Informationen vollständig gelesen und verstanden.

Sofern ich Fragen zu dieser vorgesehenen Studie hatte, wurden sie vollständig und zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich erkläre mich somit bereit, an der o.g. Studie teilzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer/in

Ort, Datum

Unterschrift aufklärende/r Arzt/Ärztin

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle
Versorgung
Osianderstr. 5, 72076 Tübingen
Leitung: Frau Prof. Dr. med. Stefanie Joos
Email: Stefanie.joos@med.uni-tuebingen.de
Tel.: 07071 29-85213 (Sekretariat)
Fax: 07071 29-5896

Ärztlicher Ansprechpartner:
Dr. med. Roland Koch, FA für Allgemeinmedizin
Email: roland.koch@med.uni-tuebingen.de
Tel.: 07071 29-85223

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie „Lehre in der hausärztlichen Praxis – Chancen und Herausforderungen der Interaktion zwischen Lehrenden und Lernenden“

Datum

Name der teilnehmenden Person in Druckbuchstaben

Die nachfolgende abgegebene Einwilligungserklärung ist Voraussetzung, um an der o.g. Studie teilzunehmen.

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig.

- 1) Ich erkläre mich einverstanden, dass im Rahmen der o.g. Studie ein Interview mittels Audioaufnahmegerät mitgeschnitten wird.
- 2) Das Interview wird telefonisch oder in einem geschlossenen Raum geführt. Außer dem Interviewer und dem Interviewten sind keine weiteren Personen anwesend oder haben Zugang zu dem, was für die Dauer des Interviews besprochen wird.
- 3) Im Folgenden wird das Datenschutzkonzept zum Umgang mit den Daten im Rahmen der Einzelinterviews dargestellt:
 - a. Die Mitschnitte aus dem Aufnahmegerät werden transkribiert. Das heißt, dass das aufgenommene Gespräch verschriftlicht wird. Dies geschieht digital am Computer. Die Transkripte (Mitschriften) werden auf Institutsrechnern durchgeführt, die sich alle hinter der Firewall des UKT befinden (s.u.). Das UKT ist auf Basis ISO27001-zertifiziert und erfüllt damit geltende Sicherheitsstandards in Bezug auf Datenverarbeitung.
 - b. Die Transkripte werden pseudonymisiert erstellt. Pseudonymisiert heißt, dass Namen und andere persönliche Angaben, die im Rahmen des Interviews gemacht werden, codiert werden (z.B. „Herr Müller“ wird zu „Herr A.“)
 - c. Die qualitative Auswertung der Transkripte erfolgt computergestützt durch das Programm MaxQDA. MaxQDA ist auf einem passwortgesicherten und kryptographisch verschlüsselten USB-Stick installiert und kann nur von dort gestartet werden. Die Bearbeitungsdatei mit dem Kategoriensystem (Ergebnis der qualitativen Datenauswertung) wird auf dem UKT-Server im gleichen Verzeichnis wie die Transkriptionsdateien gespeichert.
 - d. Alle digitalen Daten werden auf einem Verzeichnis auf einem UKT-Server im UKT-Rechenzentrum gespeichert. Das Verzeichnis ist nur Mitarbeitern zugänglich, die im Projekt mitarbeiten. Das Papierarchiv, in dem u.a. die Einverständniserklärungen aufbewahrt werden, ist verschlossen und nur der Studienleitung zugänglich.

- e. Zugang zum Schrank mit dem Aufnahmegerät haben nur die an der Studie beteiligten Mitarbeiter. Der MaxQDA-Stick darf nur von demjenigen Mitarbeiter geführt werden, welcher die Analyse durchführt. Eine anderweitige Nutzung bzw. Anschluss des Sticks an andere Computersysteme außerhalb der UKT-Infrastruktur ist nicht erlaubt.
 - f. Die Löschung der Aufnahme­daten erfolgt nach der Transkription.
 - g. Die Löschung der Transkripte erfolgt 10 Jahre nach Studienabschluss. Die Transkripte werden digital im oben genannten Verzeichnis verwahrt.
- 4) Unter der Voraussetzung, dass die unter 3. Genannten Punkte eingehalten werden, erkläre ich mich mit der Verwendung der Interviewdaten zu Publikations- und Auswertungszwecken einverstanden.
- 5) Ich kann diese Erklärungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft beim Studienarzt widerrufen.

Ort, Datum: Unterschrift Teilnehmer / Teilnehmerin

Ort, Datum: Unterschrift/Stempel des aufklärenden Arztes

Leitfragenkataloge

Leitfragenkatalog Lehrärztinnen/Lehrärzte

Einzelinterview, Leitfragenkatalog für Lehrärztinnen/Lehrärzte, Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin

Version vom 05.07.2017

1. Einleitung

- Vorstellung der Doktorandin; Vorstellung von Sinn und Zweck der Studie. Hinweis auf Freiwilligkeit, Aufzeichnung und Datenschutz und anonymisierte Veröffentlichung der Daten in Fachzeitschriften
- Erklärung zum Ablauf des Interviews
- Vorstellung des/der Befragten: Name, Wohnort seit wann und wo Hausarzt, seit wann Lehrarzt, wieviele Blockpraktikanten (Famulanten/PJler schon betreut?)

2. Eingangsfragen (Warm-up)

- Als Sie vom Thema dieser Studie gehört haben- gab es eine spezielle Situation an die Sie sich erinnern haben?
- Wenn keine Situation erinnerlich: Warum haben Sie sich entschieden, am Interview teilzunehmen?

3. Hauptfragen

- Wie gehen Sie vor, um den Studierenden im Blockpraktikum etwas beizubringen? Haben Sie seit Sie Lehrarzt/Lehrärztin sind etwas an Ihrem Vorgehen geändert?
- Welche Voraussetzungen von Seiten der Studenten braucht es Ihrer Meinung nach, damit die Studierenden einen Lernerfolg haben? Was sind förderliche, was hinderliche Einstellungen der Studierenden?
- Was ist für Sie problematisches Verhalten von Seiten der Studierenden? Haben Sie Erfahrungen mit unangebrachtem Verhalten der Studierenden Ihnen gegenüber bzw. gegenüber den weiteren Mitgliedern des Praxisteam oder gegenüber Patientinnen/Patienten gemacht? *Evtl. Folgefragen: In welcher Situation? Wie Sind Sie damit umgegangen? Wie ist es dann weitergegangen?*
- Geben Sie Ihrem Studenten/Ihrer Studentin Feedback im Bezug auf sein/ihr Verhalten (professionelles Auftreten, Sozialkompetenz, Kommunikationsfähigkeit, (Körper)Sprache)? In welchem Rahmen und welcher Form (Struktur, Zeit, Raum) geben Sie dieses Feedback?
- Hat Ihnen einmal ein Student/eine Studentin zu Ihrer Tätigkeit als Arzt und/oder Lehrender Rückmeldung gegeben (*Mögliche Beispiele: Über-/Unterforderung, Arbeitszeiten...*) bzw. etwas gezielt eingefordert (*mehr Feedback, mehr Anleitung, mehr Freiraum...*)? *Evtl. Folgefragen: In welcher Situation? Wie Sind Sie damit umgegangen? Wie ist es dann weitergegangen?*
- Gab es Zwischenfälle, bei denen Sie Rückmeldung an das Institut für Allgemeinmedizin geben haben?
- Auf welche Art und Weise erhalten Sie vom Institut Feedback für Ihre Lehrtätigkeit? Würden Sie sich mehr wünschen?

4. Schlussfrage (Wrap-up)

- Was wollten Sie in diesem Kontext noch oder schon immer einmal sagen?
- Haben wir noch irgendetwas vergessen?

Leitfragenkatalog Expertinnen/Experten

Einzelinterview, Leitfragenkatalog für Studienbeauftragte

Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin

Version vom 05.07.2017

1. Einleitung

- Vorstellung der Doktorandin; Vorstellung von Sinn und Zweck der Studie. Hinweis auf Freiwilligkeit, Aufzeichnung und Datenschutz und anonymisierte Veröffentlichung der Daten in Fachzeitschriften
- Erklärung zum Ablauf des Interviews
- Vorstellung des/der Befragten: Name, Universität, seit wann Studien/Lehrbeauftragte/r der Allgemeinmedizin

2. Eingangsfragen (Warm-up)

- Worin besteht Ihrer Meinung nach das Hauptziel des Blockpraktikums der Allgemeinmedizin?

3. Hauptfragen

- Wie werden die Lehrpraxen an Ihrer Universität akkreditiert? Ist es schwierig genügend Lehrpraxen zu finden?
- Welche Art von Feedback über Lehrpraxen erreicht Ihr Institut von Seiten der Studierenden?
- Kristallisieren sich dabei „Problempraxen“ heraus? Wie würden Sie diese definieren? Wie gehen Sie damit um? Gibt es Konsequenzen (Schulungen, Abmahnungen)?
- Welche Struktur zur Vermeidung von „Problempraxen“ gibt es? (Stichwort Reakkreditierung)
- In welchen Situationen haben Studierende einen Wechsel der Lehrpraxis angestrebt? Wie sind sie als Institut damit umgegangen?
- Welche Art von Feedback über Studierende erreicht Ihr Institut von Seiten der Lehrärztinnen/-ärzte?
- Wie gehen Lehrpraxen mit problematischem Verhalten von Studierenden um?
- Wie geht das Institut mit Studierenden um, die durch problematisches Verhalten aufgefallen sind? Gibt es Konsequenzen (Schulungen, Disziplinarmaßnahmen)?

4. Schlussfrage (Wrap-up)

- Haben wir noch etwas vergessen?

Leitfragenkatalog Studierende

Einzelinterview, Leitfragenkatalog für Studierende, Blockpraktikum in der
Allgemeinmedizin

Version vom 05.07.2017

1. Einleitung

- Vorstellung Doktorandin, Erklärung von Sinn und Zweck der Studie; Hinweis auf Freiwilligkeit, Aufzeichnung und Datenschutz und anonymisierte Veröffentlichung der Daten in Fachzeitschriften
- Erklärung zum Ablauf des Interviews
- Vorstellung des/der Befragten: Name, welches Fachsemester, bisherige Erfahrungen mit der Allgemeinmedizin

2. Eingangsfragen (Warm-up)

- Was ist ihr Gesamteindruck vom Blockpraktikum Allgemeinmedizin?

3. Hauptfragen

- Wie würden Sie das Verhalten Ihres Lehrarztes/Ihrer Lehrärztin Ihnen gegenüber beschreiben?
- Gab es Verhaltensweisen von Seiten Ihres Lehrarztes/Ihrer Lehrärztin, die Sie als problematisch empfunden haben? Wie haben Sie darauf reagiert?
- Haben Sie sich jemals schlecht behandelt gefühlt? Wie definieren Sie in diesem Zusammenhang schlechte Behandlung?
- Gab es Momente, in denen Sie sich gewünscht haben Sie wären in einer anderen Praxis gelandet? Wenn ja, warum?
- Gab es ein Problem, mit dem Sie sich an das Institut für Allgemeinmedizin gewendet haben?
- Haben Sie hilfreiches Feedback von Ihrem Lehrer/Ihrer Lehrärztin erhalten? In welchem Rahmen (während/zwischen Konsultationen, Feedbackgespräch)? Hätten Sie sich mehr gewünscht? (Mussten Sie das Feedback aktiv einfordern?) Welche Art von Feedback hat Ihnen am meisten genutzt?
- Haben Sie Ihrem Lehrer/Ihrer Lehrärztin Feedback gegeben? In welchem Rahmen?

4. Schlussfrage (Wrap-up)

- Was wollten Sie in diesem Kontext noch oder schon immer einmal sagen?
- Haben wir noch irgendetwas vergessen?

Ergänzte Version vom 03.11.2017

1. Einleitung

- Vorstellung Doktorandin, Erklärung von Sinn und Zweck der Studie; Hinweis auf Freiwilligkeit, Aufzeichnung und Datenschutz und anonymisierte Veröffentlichung der Daten in Fachzeitschriften
- Erklärung zum Ablauf des Interviews
- Vorstellung des/der Befragten: Alter, welches Fachsemester, bisherige Erfahrungen mit der Allgemeinmedizin

2. Eingangsfragen (Warm-up)

- Was ist dein Gesamteindruck vom Blockpraktikum Allgemeinmedizin?

3. Hauptfragen

- Wie ist dein Lehrer/ deine Lehrerin vorgegangen, um dir etwas beizubringen?
- Inwiefern war dein Lehrer/ deine Lehrerin ein Vorbild für dich – oder eben auch nicht?
- Hast du hilfreiches Feedback von deinem Lehrer/ deiner Lehrerin erhalten? In welchem Rahmen (während/zwischen Konsultationen, Feedbackgespräch)? Hättest du dir mehr gewünscht? (Musstest du das Feedback aktiv einfordern?) Welche Art von Feedback hat dir am meisten genutzt?
- Hast du deinem Lehrer/ deiner Lehrerin Feedback gegeben? In welchem Rahmen?
- Wie würdest du das Verhalten deines Lehrers/ deiner Lehrerin dir gegenüber beschreiben?
Gab es Verhaltensweisen von Seiten deines Lehrers/ deiner Lehrerin, die du als problematisch empfunden hast? Wie hast du darauf reagiert?
(wenn nicht: hast du diesbzgl. etwas von Kommilitoninnen/Kommilitonen mitbekommen?)
- Hast du dich jemals schlecht behandelt gefühlt?
- **Wie definierst du in diesem Zusammenhang schlechte Behandlung?**
- Gab es Momente, in denen du dir gewünscht hast, du wärst in einer anderen Praxis gelandet? Wenn ja, warum?
- Gibt es etwas, das du gerne an das Institut für Allgemeinmedizin rückmelden würdest?

4. Schlussfrage (Wrap-up)

- Was war dein positivstes, was dein negativstes Erlebnis im Blockpraktikum?
- Was wolltest du in diesem Kontext noch oder schon immer einmal sagen? Haben wir noch irgendetwas vergessen?

Kategoriensystem

| | |
|---|---|
| <p><u>Lehre in der Hausarztpraxis</u></p> <p>Didaktik, Auswahl der Lerninhalte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung des Lehrauftrags • Hausbesuche • Lerninhalte z.B. Formulare, Rezepte, Praxisorganisation • Wissensstand und Erwartungen des ST in Erfahrung bringen <p>Lehr- und Lernziele/ Ziele des Blockpraktikums</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eindruck von der AM und vom Vorgehen in der AM vermitteln/bekommen • Kompetenzen vermitteln/erlernen • Nachwuchsrekrutierung, ST für die Allgemeinmedizin gewinnen <p>Studierende in der Praxis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Studierende in die Patientenversorgung integrieren • (Vor-)Kenntnisse und Kompetenzen, die die ST mitbringen • Motivation der LÄ sich in der Lehre zu engagieren • Belastung und Bereicherung durch die Lehre <p>Lehrmethode</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Ab-)fragen • Lehrarzt und Studierender gemeinsam in der Sprechstunde <ul style="list-style-type: none"> - Beisitzen und beobachten - Einbeziehen in die Untersuchung - Fallbesprechungen - Einbeziehen durch Fragen • Eigenständiges Arbeiten und Kontrolle durch den Lehrarzt • Modellernen/Lehrärztin/-arzt als Vorbild • Hausaufgaben geben | <p><u>Feedback</u></p> <p>direktes Feedback</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feedbackrahmen: Situation, Initiation • Feedbackinhalt <ul style="list-style-type: none"> - fachlich-inhaltliches Feedback - Feedback zu Verhalten, Auftreten, Einstellungen - Feedback zu Didaktik und Methode <p>indirektes Feedback</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstreflektion, Feedback durch (Erfolgs-)Erlebnisse • Nonverbales Feedback • Peer-Feedback <p>Bewertung und Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Benotung der Studierenden: Bewertungsbogen, Epikrise • Evaluation: Rahmenbedingungen, Auswertung, Weiterleitung <p>Probleme beim Feedback</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feedback findet zu wenig oder gar nicht statt • sich nicht trauen, Feedback zu geben • sich eines Problems nicht bewusst sein • wenig Basis für Feedback <p>Umsetzung von und Reaktion auf Feedback</p> <p>Feedback ans Institut im Rahmen des Interviews</p> |
|---|---|

ST=Studierende/r, LÄ= Lehrärztin/Lehrarzt, Lehrärztinnen/Lehrärzte

Ein Auszug aus dem Kategoriensystem wurde in eine Mixed-Methods Studie zum Qualitätsmanagement in der dezentralen allgemeinmedizinischen Lehre einbezogen und in diesem Zusammenhang bereits veröffentlicht (Koch et al., 2021).

Interaktion zwischen LÄ u. ST

Beziehung zwischen LÄ und ST

- Atmosphäre, zwischenmenschliche "Chemie" und Wertschätzung
- Hierarchie und Abhängigkeit

Probleme im Praktikum, in der 1:1-

Betreuung

- Problematisches Verhalten von Studierenden
 - Nichterfüllung der Mindestanwesenheitszeit, Zuspätkommen, unpassendes äußeres Erscheinungsbild, Desinteresse, mangelndes Engagement
 - Unangemessener Umgang der/des ST mit Praxisteam oder Patienten
 - Verhalten oder Eigenschaft der/des ST, das/die in Bezug auf die Lehre oder den Umgang mit Patienten eine Herausforderung darstellt.
- Umgang mit Problemen und Herausforderungen mit ST durch die/den LÄ (in der Praktikumssituation)
- Problematisches Verhalten von Lehrärzten
 - Definition schlechter Behandlung von ST aus Sicht der ST
 - Erfahrung schlechter Behandlung von ST, erlebte Beispiele für problematisches Verhalten der/des LÄ
 - "Problempraxen" aus Sicht der Experten

Erwartungen

- Erwartungen an die ST, Voraussetzungen der ST die wünschenswert sind
- Erwartungen und Wünsche an die Praxen

Struktur und Organisation

Rahmenbedingungen, Praxisbedingungen

- Gegebenheiten auf Praxisebene
 - Anfahrtsweg
 - Räumlichkeiten
 - Struktur
- Arbeitsbelastung der Lehrärzte
- Dauer, Zeitraum des Praktikums

Aufgaben des Instituts

- Betreuung der Studierenden durch das Institut
- Verantwortlichkeiten
- Bereitstellung von Unterrichtsmaterialien, Begleitseminare
- Verteilung der ST auf die Praxen, Logistik, Fahrtkosten
- Anwerbung und Rekrutierung neuer Lehrpraxen
- Akkreditierungsprozedere und Verträge mit Lehrpraxen
- Re-Akkreditierung
- Begleitung der LÄ durch das Institut
 - Fortbildung, Coaching, Schulung der LÄ
 - Wertschätzung Institut gegenüber den LÄ

Information Lehrpraxis, Kommunikation Institut -

Lehrarztpraxis

- Kenntnis darüber, was von LÄ erwartet wird, Lehrauftrag, Lehrplan
- Instruktion des gesamten Praxisteams
- Kenntnis darüber was von der/vom ST erwartet werden kann/ was eine/ein ST darf

Information Studierende

Curriculum

- Nebeneinander und Vergleich v. Famulatur u. Blockpraktikum
- Allgemeinmedizin im Studium
- Pflichtveranstaltungscharakter des Blockpraktikum
- Masterplan

Umgang des Instituts mit Problemen

- Umgang mit Praxen, in denen es Probleme gab
- Praxiswechsel
- Rolle des Instituts beim Umgang mit Herausforderungen und Problemen mit ST

