

„Welche Erfahrungen machen PJ-Lehrärzt/-innen mit Didaktikschulungen?“
Eine qualitative Befragung von Hausärzt/-innen
Allgemeinmedizinisches Institut

Der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg
zur
Erlangung des Doktorgrades Dr. Med.

vorgelegt von
Louisa Hecht

Als Dissertation genehmigt von der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Vorsitzender des Promotionsorganes: Prof. Dr. Markus F. Neurath

Gutachter: Prof. Dr. Thomas Kühlein

Gutachter: Prof. Dr. Marco Roos

Tag der mündlichen Prüfung: 05.12.2023

Inhaltsverzeichnis

1 Zusammenfassung	1
2 Abstract	2
3 Einordnung der Arbeit in den fachwissenschaftlichen Kontext	3
3.1 Erläuterung theoretischer Grundlagen	3
3.2 Ziel der Forschungsarbeit	3
3.3 Beschreibung verwendeter Methoden.....	4
3.3.1 Stichprobe	4
3.3.2 Datenerhebung.....	4
3.3.3 Auswertung	5
3.4 Auswahl der Ergebnisse für die Publikation	6
3.4.1 Rahmenstruktur des Ergebnisteiles	6
3.4.2 Bedeutung und Relevanz der Medizindidaktik für die P JLÄ	7
3.4.3 Lehrkompetenzen in der HAP	9
3.4.4 Strukturelle Gestaltung von MDS.....	15
3.5 Ergänzende Vorschläge zur Weiterentwicklung von MDS	18
4 Literaturverzeichnis	21
5 Originalpublikation	24
6 Anhang.....	34
6.1 Anschreiben der P JLÄ	34
6.2 Demographischer Kurzfragebogen.....	37
6.3 Interviewleitfaden	40
7 Danksagung	44
8 Curriculum Vitae.....	45

1 Zusammenfassung

Hintergrund

Obwohl medizin-didaktische Schulungen (MDS) von Teilnehmenden vorwiegend positiv evaluiert werden, zeigen sich Schwierigkeiten beim Transfer der erlernten Schulungsinhalte in die Praxis. Ziel der Forschungsarbeit war es, diesen Sachverhalt durch die Erfassung der subjektiven Erfahrung von hausärztlichen PJ-Lehrärzt/-innen (PJLÄ) zu erörtern.

Methoden

Im Rahmen einer qualitativen Studie wurde mit semi-strukturierten Interviews die persönliche Erfahrung von zehn PJLÄ mit MDS exploriert. Mit Hilfe des Softwareprogramms f4 wurden die Audiodateien der aufgezeichneten Interviews transkribiert und in MAXQDA codiert. Die daran anknüpfende Auswertung des Datenmaterials nach der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ermöglichte das Herausarbeiten komplexerer Relevanzsysteme.

Ergebnisse

Aus den Interviews geht zentral hervor, dass die Lehrtätigkeit als neu hinzugekommene Zusatzaufgabe mit multiplen bereits bestehenden Anforderungen an die Hausärzt/-innen konkurriert. Die Zugehörigkeit der Lehrtätigkeit als originärer Bestandteil des ärztlichen Berufes nehmen die PJLÄ ambivalent wahr. Der Angst vor zusätzlicher Belastung, steht die Bereicherung des eigenen Arbeitens durch die Studierenden gegenüber. Als Lösungsvorschlag führen die PJLÄ eine stärkere Vernetzung untereinander an. Besonders die Reflexion der eigenen Erfahrungen unter Gleichgesinnten erachten sie als hilfreich. Das führt zu einer Stärkung der lehrärztlichen Identität und somit zu einer erfolgreicherer Umsetzung der Lehrinhalte. Gleichzeitig ermöglicht es eine höhere Zufriedenheit der PJLÄ.

Schlussfolgerungen

Zur Erleichterung des Transfers der Schulungsinhalte in einen komplexen Praxisalltag ist eine Unterstützung der PJLÄ durch eine stärkere Vernetzung in praxisbezogenen Gemeinschaften notwendig.

2 Abstract

Background

Although participants evaluated Medical Didactic Courses (MDC) predominantly positively, there continues to be difficulties in the transfer of the learned training content into practice. The objective of the research was to identify reasons for this discrepancy by collecting the subjective experience of family medicine preceptors of the final year of medical studies (FMP).

Methods

In our qualitative study, we investigated personnel experience of 10 FMP's with MDC through semi-structured interviews. The recorded interviews were transcribed by means of the software programme "f4" and subsequently coded in MAXQDA. Analysis of the data through content-structuring qualitative content analysis enabled the identification of complex relevance systems.

Results

In the interviews, the core experience identified was that the newly added teaching activity is competing with already existing tasks in the daily routine of family medicine. The perception of how deeply the teaching activity is naturally incorporated within the medical profession of family doctors is quite ambivalent. The fear of additional workload stands in contrast to the benefit of working with the students. To facilitate a successful integration of the acquired skills into this complex work environment, a promotion of networking between FMP's is repeatedly proposed. Especially the reflection of the personal learning experiences within peers is regarded as supportive by the respondents. Accordingly this not only results in a strengthening of the teaching identity and therefore a better implementation of the training content, but also invokes a higher satisfaction in teaching.

Conclusions

To facilitate the implementation of the training content in a complex daily routine of family medicine, support of the FMP's by increased networking in communities of practice is required.

3 Einordnung der Arbeit in den fachwissenschaftlichen Kontext

3.1 Erläuterung theoretischer Grundlagen

Um dem europaweit bestehenden Nachwuchsmangel im hausärztlichen Bereich zu begegnen, gibt es national und international zunehmende Bestrebungen die Studierenden näher an die Allgemeinmedizin heranzuführen. In diesem Zusammenhang gewinnt in Deutschland die PJ-Ausbildung im ambulanten Medizinsektor durch den Masterplan Medizin 2020 immer mehr an Bedeutung [1].

Der bloße Kontakt mit dem Fach ist jedoch nicht allein ausschlaggebend für die Begeisterung der Studierenden für den hausärztlichen Beruf. Der aktuelle Forschungshintergrund legt nahe, dass die Berufswahl der Allgemeinmedizin mit der Qualität der Lehre in Verbindung steht [2, 3]. Ein strukturierter Lehrplan, sowie kompetente Lehrärzte und -ärztinnen (LÄ) bilden die Grundlage für ein erfolgreiches Lernkonzept [4]. Um die Lehrqualität über die Praxenvielfalt zu sichern, wurden auf der einen Seite Richtlinien zur didaktischen Qualifikation der LÄ ausgearbeitet [5, 6]; auf der anderen Seite wächst das Angebot an medizin-didaktischen Schulungen (MDS) für LÄ auf nationaler und internationaler Ebene [7].

In Erlangen werden seit der Errichtung des Allgemeinmedizinischen Lehrstuhles (WS 13/14) niedergelassene PJ-Lehrärzte und -ärztinnen (PJLÄ) auf ihre Aufgaben durch medizin-didaktische Schulungen (MDS) vorbereitet. Die Aufnahme als neue PJ-Lehrarztpraxis verpflichtet zur Teilnahme an einer MDS. Die Annahme von Vertiefungsangeboten ist freiwillig. Zuvor bereits tätige PJLÄ können entsprechend des Bestandsschutzes freiwillig an MDS teilnehmen.

International werden MDS insgesamt positiv von den jeweils teilnehmenden LÄ evaluiert. Oft wird ein subjektiver Kompetenzgewinn am Ende des Trainings berichtet [7-11]. Gleichzeitig finden sich in der internationalen Literatur Hinweise, dass es in manchen Fällen zu einer Negation der erlernten Inhalte im klinischen Alltag kommt. Teilweise wird sogar eine Verschlechterung der Lehrperformance berichtet [12, 13]. Die meisten Studien beziehen sich dabei auf klinisch tätige LÄ und LÄ der Weiterbildung, nicht jedoch auf die Gruppe der hausärztlich tätigen PJLÄ. Auch werden die beeinflussenden Faktoren für einen nachhaltigen Erfolg von Didaktikschulungen im Praxisalltag wenig thematisiert [7, 14].

3.2 Ziel der Forschungsarbeit

Hier schließt unsere Arbeit mit folgender Forschungsfrage an: „Welche Erfahrungen machen PJ-Lehrärzte und -ärztinnen mit Didaktikschulungen?“

Ziel ist es dabei, die persönlichen Erfahrungen der P JLÄ mit MDS in der Allgemeinmedizin zu explorieren. Durch die gedankliche Auseinandersetzung mit Didaktischulungen und dem Transfer der erlernten Inhalte in den Praxisalltag sollen die subjektiven Einstellungen und Handlungsweisen der P JLÄ herausgearbeitet werden. Dadurch sollen nicht nur Erkenntnisse zum aktuellen Stand der Qualitätssicherung, sondern insbesondere die Bedürfnisse der P JLÄ abgeleitet werden. Dies kann zum Beispiel als Grundlage für eine teilnehmerorientierte Anpassung des bereits bestehenden Fortbildungsangebotes für P JLÄ dienen.

3.3 Beschreibung verwendeter Methoden

Die Exploration der persönlichen Erfahrung von P JLÄ mit MDS bedingte die Vorgehensweise einer qualitativen Interviewstudie [15-17]. Um eine tiefer gehende Bedeutungsebene der Thematik bei gleichzeitiger Vergleichbarkeit der einzelnen Erfahrungswerte zu erfassen, wurde eine semi-strukturierte Einzel-Interviewführung gewählt [18-20]. Daran anknüpfend ermöglichte die Auswertung des Datenmaterials nach der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse das Herausarbeiten zusammenhängender Relevanzsysteme [15, 17].

3.3.1 Stichprobe

Alle 37 hausärztliche Praxen (HAP), welche zum Zeitpunkt der Erhebung (2017) eine vertragliche Zulassung als PJ-Lehrarztpraxis der FAU Erlangen-Nürnberg hatten, wurden per Brief zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Es trafen 13 positive Rückmeldungen per Fax oder Telefon ein (Rücklaufquote: 35%), wovon am Ende aus organisatorischen Gründen 10 Interviews tatsächlich zu Stande kamen.

3.3.2 Datenerhebung

Die Interviews dauerten durchschnittlich 52 Min. (Mind. 38 bis max. 90 Min.). LH (Medizinstudentin, im Rahmen der Dissertationsarbeit) führte sie einmalig in den jeweiligen HAP und in einem Fall am Telefon durch. Die Teilnehmenden und die Interviewerin kannten sich im Vorfeld nicht persönlich.

Die Fragen des Interviews orientierten sich im Sinne der semi-strukturierten Interviewführung an einem vorab entwickelten Leitfaden. Der Aufbau des Interviewleitfadens geschah in Anlehnung an die Idee des episodischen Interviews, bei dem erzählgenerierende Schlüsselfragen zu spezifischen Situationen und vertiefende Eventualfragen zur Semantik gleichermaßen zur Erfassung der jeweiligen Wirklichkeitskonstruktion der Befragten beitragen

[18, 21]. Die vorab nach eingehender Literaturrecherche festgelegten Schlüsselfragen bezogen sich auf die drei Schwerpunkte des Interviews: Die Erfahrungen mit den Inhalten der Didaktikschulungen, deren Vermittlung, und dem Transfer des Erlernten in den Praxisalltag. Die diesen Themen untergeordneten Eventualfragen wurden stichpunktartig notiert und entsprechend des Gesprächsverlaufes angesprochen. Sie dienten somit der Vertiefung der Gesprächsinhalte, sowie der Kontrastierung der Aussagen im Sinne der within-method Triangulation nach Flick [22]. Eine offene Fragestellung sicherte die Asymmetrie des Redeanteils zu Gunsten der Befragten. Die Interviewerin selbst nahm während des Gespräches eine passiv-neutrale Position ein. Die Exaktheit der Äußerungen wurden zudem durch Anregungen zur kritischen Auseinandersetzung mit den eigenen Aussagen, Klärungsfragen, sowie Einladungen zur Meinungsbildung überprüft. Dadurch wurde die Erfassung zusammenhängender Relevanzsysteme nicht nur im Vergleich zwischen den Befragten, sondern ebenso innerhalb der einzelnen Interviews angestrebt [19].

Der Leitfaden wurde einem Pretest unterzogen und anschließend geringfügig verändert. Zusätzlich zum Interview füllten die Teilnehmenden vorab einen sozio-demographischen Fragebogen aus.

Alle Gespräche wurden mit einem Audiogerät aufgezeichnet und mit einem Postskriptum versehen, in welchem relevante Dinge (z.B. Interviewsituation, erste Auswertungsideen, etc.) festgehalten wurden. Im Anschluss wurden die Audiodateien durch die Interviewerin mit Hilfe des Softwareprogrammes f4 vollständig nach Dresing und Pehl [23] transkribiert. Es erfolgte keine Rücksendung der erstellten Transkripte an die Interviewten.

3.3.3 Auswertung

Für die Auswertung der Datenmenge entsprechend der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse, wurde das Kategoriensystem in einem mehrstufigen Prozess vorwiegend induktiv aus 40% des Materials erarbeitet. Die Vorgehensweise lehnte sich hier an die Empfehlungen der Subsumption von Mayring an [15-17]. Demnach wurden die einzelnen Kategorien sequenziell mit Hilfe des Softwareprogrammes MAXQDA aus dem Text gebildet und dann auf ein zunehmendes Abstraktionsniveau gebracht. Die Codierungen enthielten ausschließlich thematische Inhalte und reichten von in-vivo-Codes bis zu analytischen Codes. Die kleinste zu kodierende Einheit wurde vorweg ab einem Wort definiert, die größte als maximale Länge eines einzelnen Sinnabschnittes. Es wurden nur für die Forschungsfrage relevante Inhalte kodiert. Aussagen der Interviewerin wurden mitkodiert, wenn sie für das Verstehen der darauffolgenden Antwort notwendig waren. Doppelkodierungen wurden zugelassen.

In den nächsten Schritten wurden die einzelnen Kodierungen aus dem Material vor dem Hintergrund der durch den Leitfaden vorgegebenen Themenauswahl in eine übergeordnete inhaltlich logische Struktur eingebettet.

Das daraus entstandene vorläufige Kategoriensystem mit Definitionen, Ankerbeispielen und Kodier-Regeln wurde im Forschungsteam diskutiert, überarbeitet und präzisiert. Dabei wurde das Forschungsteam gebildet von LH, AD (Allgemeinmedizinerin, Psychotherapeutin), MR (Lehrstuhlinhaber Allgemeinmedizin, Expertise in Qualitativer Forschung, Hausarzt), MS (Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Expertise in Qualitativer Forschung und Public Health) und TK (Lehrstuhlinhaber Allgemeinmedizin, Expertise in Qualitativer Forschung, Hausarzt). Im Anschluss wurde das überarbeitete Kategoriensystem zur Kontrolle der Vollständigkeit und Trennschärfe und somit ausreichenden Validität an einem weiteren Interview von zwei Coderinnen (LH; AD) unabhängig voneinander erprobt [24]. Zur Sicherstellung der Intercoder-Reliabilität wurden bestehende Unstimmigkeiten im Forschungsteam und im Rahmen von Kolloquien und Workshops diskutiert und konsensuell entschieden [17, 25, 26]. Die Transparenz der Arbeit wurde durch eine kontinuierliche Dokumentation und Reflexion des Forschungsprozesses und der eigenen Subjektivität im Forschungsteam gewährleistet.

Im Anschluss daran wurden alle Transkripte mit dem endgültigen Kategoriensystem vollständig durch LH kodiert.

Die verschiedenen daraus hervorgegangenen Aspekte der Thematik wurden zuletzt durch eine Aufgliederung der Fälle und Kategorien im Sinne der Rahmenanalyse nach Ritchie & Spencer in Beziehung gesetzt [27]. Durch die Gegenüberstellung der einzelnen Fälle und einem Abgleich der Aussagen innerhalb der jeweiligen Interviews konnten so zusammenhängende Rahmenkonzepte der subjektiven Erfahrungen formuliert werden.

Auf eine weiterführende Typologisierung oder Skalierung der Ergebnisse wurde aufgrund der geringen Fallzahl der Teilnehmenden verzichtet.

3.4 Auswahl der Ergebnisse für die Publikation

3.4.1 Rahmenstruktur des Ergebnisteiles

Vor dem Hintergrund der vorgegebenen Struktur des Interviewleitfadens konnten die getätigten Aussagen der P JLÄ vier übergeordneten Einflussbereichen der Erfahrungen im Zusammenhang mit MDS zugeordnet werden. Diese bildeten die vier Oberkategorien des entwickelten Kategoriensystems:

1. Lehre und Didaktik in der Medizin

2. Lehre in der HAP
3. Gelernte und praktizierte Lehrmethoden
4. Vermittlung der Inhalte auf MDS

Dementsprechend gaben diese auch im Manuskript zur Veröffentlichung die Rahmenstruktur des Ergebnisteiles vor. Die jeweiligen Überschriften wurden für eine erleichterte Lesbarkeit im Manuskript angepasst. Die verschiedenen aus dem Material herausgearbeiteten Unterkategorien, welche im weiteren Schritt die oben genannten Oberkategorien hervorbrachten, können im Kategoriensystem als Anhang der Publikation im Detail eingesehen werden. Bei der Verschriftlichung der Ergebnisse in der Publikation wurde zu Gunsten der Analyse relevanter Inhalte auf eine vollständige Darstellung aller Kategorien verzichtet. Als relevante Inhalte wurden zuerst genannte, sich wiederholende und Themen, welche von den P JLÄ selbst ergänzend zum Leitfaden erwähnt wurden, bezeichnet. Es wurde auf eine möglichst kontrastierende Beleuchtung der jeweiligen Aspekte Wert gelegt. Im Folgenden wird die jeweilige Auswahl der Themen genauer betrachtet und die in der Veröffentlichung nicht erwähnten Aspekte aufgegriffen.

3.4.2 Bedeutung und Relevanz der Medizindidaktik für die P JLÄ

Innerhalb der ersten beiden Oberkategorien zogen sich vornehmlich drei Einflussfaktoren auf die Einstellungen und im weiteren Schritt auch auf die Handlungsweisen von P JLÄ in unterschiedlicher Ausprägung wiederholend durch fast alle Interviews:

- Medizindidaktik / MDS als neu hinzugekommenes Tätigkeitsfeld in einem bereits anspruchsvollen hausärztlichen Arbeitsalltag
- Ambivalenz bezüglich der Zugehörigkeit der medizindidaktischen Tätigkeit zum hausärztlichen Beruf
- Abgrenzung der eigenen hausärztlichen Arbeit vom Tätigkeitsfeld des Allgemeinmedizinischen Institutes

Wegen der hohen Präsenz dieser Punkte in fast allen Interviews, wurden die Unterkategorien, welche diese Aspekte betrafen, in der Publikation aufgegriffen und die zugehörigen Aussagen im Ergebnisteil kontrastierend dargestellt.

Aufgrund des Schwerpunktes der Arbeit auf der lehrärztlichen Seite, wurde auf eine Ausführung der Lehre am allgemeinmedizinischen Institut (AMI) aus Sichtweise der befragten PJLÄ, entsprechend der Unterkategorie UK 1.3 (siehe Anhang 6.5), verzichtet. Hier fällt vor allem ein Dualismus von Identifikation mit dem AMI aufgrund gleicher Ziele und Distanzierung desselben wegen der häufig divergierend wahrgenommenen Schwerpunktsetzung auf. Als ähnliche Ziele werden zum Beispiel die gemeinsamen Vorstellungen ethischer Behandlungsprinzipien in der Versorgung von Patientinnen und Patienten, ebenso wie die politische und gesellschaftliche Stärkung der Allgemeinmedizin, sowie auch die Gewinnung von Nachwuchs-Hausärzte und -Hausärztinnen genannt. Grenzen die befragten PJLÄ ihre Arbeit vom AMI ab, sehen diese dessen Handlungsschwerpunkt in Forschung, Lehre und Berufspolitik, wohingegen der Schwerpunkt der PJLÄ in der Behandlung von Patientinnen und Patienten gelegt wird. In folgendem Zitat wird die Distanzierung von der zum AMI gehörigen HAP beispielgebend deutlich sichtbar:

*„Achso, das ist ja keine echte. [beide lachen] Das ist doch keine echte Hausarztpraxis.“
(Interview_05_Transkript, Pos. 43)*

Dabei finden sich eine Distanzierung zum Tätigkeitsschwerpunkt des AMI und eine Identifikation mit den Werten und Zielen desselben mitunter im gleichen Interview. Dieses Spannungsfeld zwischen Identifikation und Abgrenzung von der Tätigkeit des AMI wiederholt sich in mehreren Kategorien und wurde an diesen Stellen im Manuskript aufgegriffen.

Weiterhin wurde auch im Bereich der UK 2.3 „Motivierende Faktoren für die Lehrtätigkeit“ auf eine ganzheitliche Erwähnung der hierunter gesammelten Aspekte verzichtet. Vielmehr wurde in diesem Zusammenhang vor allem auf die Darstellung wiederkehrender Muster und Unterschiede zwischen den einzelnen Aussagen der PJLÄ Wert gelegt. Die PJLÄ stimmen darin überein, dass Situationen, in denen es gelingt, die bestehenden und hinzugekommenen Anforderungen an PJLÄ zur gegenseitigen Bereicherung zu organisieren auch jene sind, welche die PJLÄ für die Lehre begeistern. Es werden unterschiedliche Ansätze hierzu berichtet. Als Anreiz zur Lehrtätigkeit ist einigen Aussagen das Bestreben eines Beitrages zur Versorgungssicherung der Patientinnen und Patienten – insbesondere im Bereich der Allgemeinmedizin – zu entnehmen. Andere Äußerungen beziehen sich auf die Hoffnung, durch die Lehrtätigkeit das eigene Berufsfeld der Nachwuchsgeneration näher zu bringen und somit diesbezügliche Vorurteile abzubauen. Die eigene Motivation wird weiterhin verstärkt durch eine Arbeitsentlastung, einer Bereicherung der Beziehung zu den eigenen Patientinnen und Patienten, sowie einem Kompetenzzugewinn im Bereich der behandelnden Tätigkeit. Dabei erfolgt die fachliche Bereicherung auf mehreren Ebenen. An dieser Stelle wird unter anderem

die Notwendigkeit der kritischen Reflexion des eigenen Handelns, sowie der Aufrechterhaltung des fachlichen Wissensstandes durch die Funktion als Auszubildende angeführt. Letzteres erfolgt nicht nur durch den Anreiz zur regelmäßigen selbstständigen Fortbildung durch die Lehrtätigkeit, sondern auch durch das aktuelle Fachwissen der PJ-Studierenden (PJS) selbst. Das Delegieren von Recherchetätigkeiten an PJS hält die PjLÄ ebenso auf dem neuesten Stand der Wissenschaft.

Genauere Betrachtung fand im Manuskript hingegen der Gebrauch der Begriffe „Medizindidaktik“, „Didaktik“ und „Didaktikschulung“ bzw. „Medizin-didaktische Schulung“, sowie deren geäußerte Definitionen. Beim näheren inter- & intrapersonellen Vergleich der Äußerungen der befragten PjLÄ zeigt sich nicht nur zwischen den Interviews, sondern auch innerhalb der einzelnen Interviews eine uneinheitliche Verwendung dieser Begriffe. Darauf aufbauend variiert im Material auch die Vorstellung der Bedeutung von „Medizindidaktik“ und „medizindidaktische Schulung“ für die lehrärztliche Tätigkeit in der HAP. Da dieser Umstand die übrigen Aussagen der PjLÄ entscheidend prägt, wurde er für das notwendige Verständnis der weiter folgenden Inhalte in der Publikation gleich zu Beginn des Ergebnisteiles aufgegriffen.

3.4.3 Lehrkompetenzen in der HAP

Innerhalb der dritten Oberkategorie „Gelernte und praktizierte Lehrmethoden“ ließen sich aus den Interviews insgesamt fünf Kompetenzbereiche der PJ-Ausbildung in der HAP ableiten:

1. Lehrziele in der HAP
2. Einschätzung studentischer Leistungen
3. Feedback an Studierende
4. Lehrärztliche Beziehungsgestaltung
5. Rückmeldung zur eigenen Lehre

Aufgrund des Umfangs wurde auf eine genauere Darstellung der einzelnen Unterkategorien in der Publikation verzichtet. Es wurden jedoch über mehrere Unterkategorien hinweg wiederkehrende Muster, sowie innerhalb einer Unterkategorie auftretende, sich aber in mehreren Interviews überschneidende und auch stark voneinander abweichende Äußerungen aufgegriffen. Im Folgenden wird auf die jeweiligen Unterkategorien daher etwas genauer eingegangen:

Lehrziele in der HAP

Obwohl das Vorgehen zur Auswahl von Lehrzielen in den jeweiligen HAP sehr divers gehandhabt wird, tauchen drei Richtlehrziele wiederkehrend in den Interviews auf.

- Das Trainieren von Kompetenzen für die Tätigkeit im niederschweligen Versorgungsbereich
- Die Begleitung der Studierenden auf dem Weg zur Ausbildung einer ärztlichen Professionalität
- Das Vermitteln notwendiger Sachverständnisse für das Arbeiten in ambulanten Praxisstrukturen (v.a. Betriebswirtschaft, Organisation, Personalführung)

Eine genauere Aufschlüsselung dieser Lehrziele zeigt jedoch eine zunehmende inhaltliche Heterogenität je konkreter die Lehrziele werden. Ob die entsprechenden Lehrziele von den jeweiligen PJLÄ alleine, zusammen mit den PJS oder von letzteren alleine getroffen werden, wird ebenso unterschiedlich gehandhabt. Für die Publikation konzentrierte sich die Analyse der Ergebnisse im Hinblick auf die Forschungsfrage auf die Tatsache der Diversität in der Auswahl der Lehrziele.

Weiterhin wurde untersucht, inwiefern die Angebote der Universität die befragten PJLÄ in ihrer Auswahl von Lehrzielen unterstützen. Mehrfach kamen die PJLÄ hier von sich aus auf die unzureichende Hilfestellung des PJ-Logbuches zu sprechen, welches wiederholt als zu komplex und umfangreich erachtet wurde. Aufgrund dieser Hervorhebung wurde Letzteres in der Publikation aufgegriffen.

Feedback an Studierende

Grundsätzlich wird der Weiterbildung der zwischenmenschlichen Kommunikation und dem reflektierenden Handeln Kategorien-übergreifend in fast allen Interviews ein hoher Stellenwert für die Arbeit mit Studierenden zugesprochen. Dies zeigt sich nicht nur – wie weiter oben angeführt – in der uneinheitlichen Verwendung der Begriffe „Kommunikation“ und Didaktik“; vor allem in den Aussagen im Bereich der Lehrkompetenzen in der HAP kommt diese Tatsache noch einmal stark zum Ausdruck. So finden sich die Themen der zwischenmenschlichen Kommunikation und des reflektierenden Handelns nicht nur in fast allen Interviews als Lehrziele, sondern dienen den PJLÄ auch selbst als Orientierung in der Arbeit mit PJS. Gerade hier wird deutlich, dass die Anwendung medizin-didaktischer Methoden den befragten PJLÄ in der Regel leichter fällt, je näher die jeweiligen Kompetenzen der

Tätigkeit der Behandlung von Patientinnen und Patienten sind. Als besonders deutliches Beispiel hierzu wird in der Publikation auf das Thema des Feedback-Gebens eingegangen. Obwohl das Feedback-Geben bereits von den meisten als ein zentraler Aspekt der Medizindidaktik erachtet wird, führt die beginnende Auseinandersetzung mit dieser neuen Kompetenz in gleich mehreren Fällen zu einer zunehmenden Verunsicherung. Daraus folgt zum einen ein stärkeres Bedürfnis nach Unterstützung und Austausch; gleichzeitig wird zum anderen im Anschluss an diese Auseinandersetzung eine Ablehnung entsprechender erlernter medizin-didaktischer Kompetenzen beobachtet. In diesen Fällen werden die Inhalte als zu praxisfern für den Lehralltag in der HAP begründet. Dabei findet sich diese Diskrepanz nicht nur zwischen den Interviews, sondern zum Teil auch innerhalb desselben Interviews. So finden sich zum Beispiel folgende Aussagen innerhalb eines Interviews wieder:

„[I]ch hab jetzt eigentlich auch keine Lust mich mit ganz viel Methodik-Theorien auseinander zu setzen, die vielleicht am Objekt ausprobiert vielleicht eher sogar Schaden anrichten, als nutzen. Bloß weil es, man es irgendwie unbedingt durchzieht, weil es einer im Elfenbein sich erfunden hat, ähm nö. Da verlasse ich mich mehr auf mein Bauch als Arzt, [als] auf irgendwelche Theorien.“

(Interview_02_Transkript, Pos. 68)

„Was ich mir aber wünschen würde, wäre in der Praxis, so mehr, so ein begleitendes Coaching, noch ein bisschen intensiver, dass wenn man sagt: ‚da habe ich jetzt einen Punkt, den ich gern ansprechen würde‘, dass ich den ansprechen kann.“

(Interview_02_Transkript, Pos. 34)

Das aktuelle Angebot von MDS führt also in diesem Fall nicht zur gewünschten Sicherheit im Umgang mit PJS. Erlerntes wird negiert und gleichzeitig bleibt der Wunsch nach einer intensiveren Begleitung der eigenen lehrärztlichen Tätigkeit bestehen. In manchen Fällen wird der Mehrwert einer zusätzlichen Fortbildung der Medizindidaktik für fachärztliche allgemeinmedizinische Kolleginnen und Kollegen grundsätzlich kritisch gesehen.

„Inwiefern ne HausarztDidaktikschulung größeren Ausmaß braucht, wenn er einen achtzig Stunden Kurs Psychosomatische Grundversorgung im Rahmen der Facharztweiterbildung schon hat, da kann man geteilter Ansicht sein.“

(Interview_03_Transkript, Pos. 87)

Einschätzung studentischer Leistungen

Ein mit obiger Darstellung vergleichbares Bild findet sich in der beginnenden Auseinandersetzung zur Einschätzung studentischer Leistungen. Auch hier steht dem Wunsch nach mehr Unterstützung eine zunehmende Distanzierung erlernter medizin-didaktischer Methoden nach beginnender Auseinandersetzung mit dieser Thematik gegenüber. Konkret wird in diesem Zusammenhang in einem Fall zum Beispiel auf der einen Seite ein Bogen zur Einschätzung der Leistung von Blockpraktikantinnen und -praktikanten in der Allgemeinmedizin als Unterstützung zur Einschätzung der Leistung von PJS übertragen:

„Für das Pflichtpraktikum [...] in der Hausarztpraxis. Da gibt's diese Formulare [...] mit einer Beurteilung die man gemeinsam ausfüllt. Sowas finde ich eine hilfreiche Sache, und das nehme ich auch im PJ dann mit, um das hinterher zu beurteilen.“
(Interview_04_Transkript, Pos. 128)

Auf der anderen Seite wird in einem anderen Fall die Einschätzung der Leistung Studierender als intuitiv beschrieben und die genauere Beschäftigung damit eher als Verunsicherung angesehen:

„Manche lernen eher durch das Praktische. Manche lernen eher durch nochmal erklären und nochmal erklären. Und ja, das muss man sich halt anpassen drauf. Aber das geht am besten, [...] wenn man es aus dem Bauch raus macht. Also find ich jetzt. Also ich kann es nur aus dem Bauch raus. Ich kann es didaktisch geschult glaube ich nicht.“
(Interview_07_Transkript, Pos. 33)

Gleichzeitig wird auf die Frage nach den Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit PJS wiederholt das Spannungsfeld zwischen Anleitung zum selbstständigen Arbeiten und Unsicherheit bei den Grenzen des selbstständigen Arbeitens angegeben. Regelmäßige Gespräche mit den PJS zu ihrem Lernfortschritt werden dabei nicht von allen PJLÄ beschrieben.

Da in diesem Bereich die Erfahrungen der PJLÄ mit MDS einem ähnlichen Muster der oben beschriebenen Unterkategorie „Feedback an Studierende“ folgt, wurde auf eine Doppelung an dieser Stelle verzichtet. Der Eindruck, dass eine zunehmende Beschäftigung mit einem spezifisch medizin-didaktischen Thema zunächst zu einer größeren Verunsicherung und im

weiteren Verlauf zum Wunsch nach weiterer Unterstützung und gleichzeitig zu einer Ablehnung desselben Inhaltes führen kann, wird hier verstärkt.

Lehrärztliche Beziehungsgestaltung

Auch die Äußerungen zur Beziehungsgestaltung der PJLÄ zu den PJS bestätigen vornehmlich den Eindruck der bereits an anderer Stelle beschriebenen Erfahrungen von PJLÄ mit MDS und wurden daher in der Veröffentlichung nicht weiter aufgegriffen. Die Berichte sind hier geprägt von der starken Veränderung der Lehre in der Medizin und der für die PJLÄ neuen Rolle der lehrärztlichen Tätigkeit. Lehrärztliche Biografien als anzustrebende Vorbilder werden hier kaum angeführt. Auch wird eine Orientierung an lehrärztlichen Kolleginnen und Kollegen oder ein gemeinsamer Austausch hierzu kaum beschrieben. Dabei wird von den befragten PJLÄ weitgehend deckungsgleich ein unterstützend kollegiales Verhältnis in der Arbeit mit PJS angestrebt. Es steht in aller Regel die Begleitung der Studierenden zum selbstständigen Arbeiten im Vordergrund. Als entscheidender Einflussfaktor auf die Beziehung von Seiten der PJS wird daher wiederkehrend deren Eigenmotivation angeführt. Unterstützung in der aktiven Gestaltung einer lehrärztlichen Beziehung durch MDS wird kaum berichtet. In folgendem Absatz werden konkret Zweifel an der Erlernbarkeit einer Beziehungsgestaltung geäußert:

„Aber ich finde, wenn man, wenn die Leute gerne was jemand anderen beibringen wollen und mit Leuten auf Augenhöhe gut umgehen können, dann lernt der [Studierende] auch das, was er lernen will und was er lernen soll. Und aus einem schlechten Lehrer kriege ich auch mit einer Didaktikschulung keinen guten.“

(Interview_07_Transkript, Pos. 187)

Als Orientierung zur lehrärztlichen Beziehungsgestaltung dienen vor allem Erfahrungen aus der eigenen Ausbildung. Hier decken sich die Meinungen mit den Äußerungen aus anderen Kategorien, dass sich auch die Beziehung zwischen Ausbildenden und Auszubildenden über die Jahre verändert hat. Mehrfach zeigt sich in den Aussagen eine Abgrenzung zu den in der eigenen Ausbildung erlebten lehrärztlichen Beziehungsverhältnissen. Die zentralen Punkte, welche hier vermieden werden sollen, sind die fehlende Verantwortung und Begleitung der Auszubildenden gegenüber den Studierenden, sowie ein zu starkes Autoritätsgefälle zwischen den beiden Parteien:

*„[I]ch denke so PJ in der Allgemeinpraxis, dass ist das, wo man noch sehr viel persönliche Anleitung kriegt. [...] Und das hätte ich mir damals für mich gut vorgestellt, was, das hätte mir viel Sicherheit gebracht, wo ich so oft in Angst gelebt habe.“
(Interview_04_Transkript, Pos. 82)*

Als positive Erlebnisse in der eigenen Ausbildung werden ein kollegiales Miteinander mit flachen Hierarchien und eine Unterstützung im selbstständigen Arbeiten durch die Auszubildenden genannt.

Rückmeldung zur eigenen Lehre

Die Gestaltung einer kollegial unterstützenden Beziehung spielt auch in der authentischen Rückmeldung zur eigenen Lehrtätigkeit eine wichtige Rolle. Konkret wird die Befürchtung geäußert, dass die Abhängigkeit der PJS von den PJLÄ einer ehrlichen Rückmeldung hinderlich ist:

*„[E]s fehlt mir noch, sag mal so, eine objektive Rückmeldung. Ich frag die zwar immer wies ihnen gefallen hat und so, aber die sind ja auch höflich und wollen mir nicht auf die Füße treten.“
(Interview_04_Transkript, Pos. 72)*

In manchen Fällen reicht den PJLÄ die regelmäßige Anwesenheit von PJS oder die hohe Nachfrage nach Praktikumsplätzen als positive Rückmeldung zur eigenen Lehrtätigkeit aus. In anderen Fällen wird der Wunsch nach einem ausführlicheren Feedback zur eigenen Arbeit laut. Die mangelnde konstruktive Rückmeldung zur eigenen Lehrtätigkeit ist eine wiederkehrende Antwort sowohl auf die Interviewfrage, was den PJLÄ bisher in ihrer Tätigkeit fehlt, als auch auf die Abschlussfrage, ob sie (die PJLÄ) dem Interview noch etwas hinzufügen möchten. Dies drückt ein hohes Bedürfnis der PJLÄ in den entsprechenden Fällen aus. Bisherige MDS-Angebote und der bereits existierende informelle Austausch untereinander decken den Bedarf bisher nicht genügend ab. Die PJLÄ selbst führen hierzu unterschiedliche Lösungsvorschläge an. Zum Beispiel ein anonymes Bewertungsportal der PJLÄ, eine vermittelte Rückmeldung durch eine oder einen Universitätsvertreterin oder -vertreter, oder eine stärkere Vernetzung der PJLÄ untereinander. Als ein auch innerhalb anderer Kategorien wiederholt auftauchender Wunsch und ein realisierbarer Lösungsvorschlag, wurde vor allem die stärkere Vernetzung als Lösungsvorschlag in die Publikation mit aufgenommen. Da sich

diese Aussagen insbesondere mit der unten folgenden Kategorie UK 4.4 „Austausch und Vernetzung“ stark überschritten, wurden in der Publikation Teile der hier aufgeschlüsselten Inhalte für eine bessere Lesbarkeit als Einleitung der letzten Oberkategorie „Vermittlung der Inhalte auf MDS“ verwendet.

Zusammenfassend fanden somit aus der Oberkategorie 3 „gelernte und praktizierte Lehrmethoden“ folgende Faktoren im Manuskript Berücksichtigung:

- Kommunikative Kompetenz und reflektierendes Handeln sowohl als Lehrziel, als auch als Unterstützung in der eigenen Lehrtätigkeit
- PJ-Logbuch als Beispiel eines zu praxisfernen Unterstützungsangebotes
- Übernahme erlernter Kompetenzen von anderen, nicht-didaktischen Fortbildungen in die Lehrtätigkeit (z.B. Kommunikation, Psychosomatik, Praxisorganisation)
- Steigende Unsicherheit bei beginnender Auseinandersetzung mit spezifisch medizin-didaktischen Themen
- Wunsch nach dezidiertem Rückmeldung zur eigenen Arbeit (z.B. durch bessere Vernetzung)

3.4.4 Strukturelle Gestaltung von MDS

Weniger Auswertungsmaterial ergab sich für die Oberkategorie 4 „Vermittlung der Inhalte auf MDS“. Ein Grund hierfür kann in der insgesamt geringen Erfahrung der PJLÄ mit MDS liegen (siehe hierzu Abbildung 1 in der Publikation). Ein anderer Grund kann die geringe Relevanz der häufig länger zurückliegenden Schulungsinhalte für den lehrärztlichen Alltag in der HAP sein. Aus den berichteten Erfahrungen ließen sich vor dem Hintergrund des Interviewleitfadens folgende Unterkategorien herausarbeiten:

1. Schriftliches Informationsmaterial
2. Interaktive Trainingseinheiten
3. Lernatmosphäre
4. Austausch und Networking
5. Betreuung

Zur Weiterbildung der P JLÄ durch schriftliches Informationsmaterial finden sich eher wenige Aussagen im Material. Bei den P JLÄ, welche sich damit auseinandersetzen, findet man Aussagen zur Fülle des schriftlichen Informationsmaterials bei einem gleichzeitigen Wunsch nach konkreten hilfreichen Empfehlungen durch die Universität. Da diese Form der Weiterbildung bei den befragten P JLÄ eine eher untergeordnete Rolle spielt, wurde auf dieses Thema in der Publikation nicht weiter eingegangen.

Interaktive Module hingegen werden überwiegend als wichtiger Bestandteil von MDS angesehen. Der explorative Charakter führt bei den befragten P JLÄ zu einer Perspektiven- und Kompetenzerweiterung. Bei mindestens einem P JLÄ führt diese Form des Lernens jedoch zu einer erhöhten inneren Anspannung:

„Da muss ich nicht mitmachen. Und das, aber das ist jetzt reine persönliche Meinung von mir. Mir ist das sehr unangenehm. Gespreizt.“

(Interview_07_Transkript, Pos. 145)

Bei der Mehrheit der befragten P JLÄ wird zudem die Wichtigkeit einer geschützten Lernatmosphäre, zum Beispiel in Form von Kleingruppenarbeit betont. In einem Fall wird die Angst vor dem eigenen Blamieren konkret als Hindernis zum Lernerfolg beschrieben.

„[A]ls so Einzelner in der Praxis ist man ja immer entweder in dem Risiko, ich hab was übersehen, ich hab was falsch gemacht, ich hab was nicht mitgekriegt. Und dann wird man halt auch eher verhalten, ich möchte mir, möchte meine Fehler ja nicht so schnell entdecken lassen. Ich glaube, das sind dann Dinge, die blockieren einen so in der Situation.“

(Interview_04_Transkript, Pos. 88)

Eine bessere Vernetzung untereinander wird als Vorschlag zur Weiterentwicklung der MDS von den P JLÄ wiederholt selbstständig geäußert. Wie bereits weiter oben angedeutet, wird das von den P JLÄ bestehende Bedürfnis nach Austausch untereinander durch die bereits bestehenden, häufig informellen, Gespräche nicht in allen Fällen als konstruktiv und zielführend wahrgenommen. Es besteht der Wunsch nach einer stärker angeleiteten Vernetzung:

„Wir tauschen natürlich Kollegenintern schon aus, also sowieso in der Praxis. [...] aber das ist eher so ein kollegialer Austausch, ohne jetzt irgendwas bewerten zu wollen, oder zu können.“

(Interview_06_Transkript, Pos. 56)

Es kommen konkrete Vorschläge zur besseren Vernetzung wie das Bilden von „Peer-Groups“ (*Interview_10_Transkript, Pos. 110*) oder Austausch im Sinne von „Best-Practice-Angebote[n]“ (*Interview_10_Transkript, Pos. 106*). Aber auch in Fällen, in denen dieser zusätzliche Bedarf nicht geäußert wurde, wird der kollegiale Austausch als wichtige Unterstützung in der eigenen Lehrtätigkeit gesehen:

„Wir tauschen uns aus. Genau. Ja. Und das sind die Dinge, die weiterhelfen.“

(Interview_08_Transkript, Pos. 76)

In diesem Zusammenhang stehen auch die Äußerungen zur Form der Betreuung durch die Universität. Als eindrückliche Zwiespältigkeit der P JLÄ wurden die widersprüchlichen Vorstellungen der Intensität einer Betreuung in der Veröffentlichung aufgegriffen. Während die eine Hälfte den Wunsch nach einer kontinuierlichen, niederschweligen Betreuung äußert, betonen andere die Angst vor zusätzlicher Mehrbelastung. Die hier geäußerte Angst besitzt enge Verbindungen zu folgenden, bereits oben näher ausgeführten Einflussfaktoren: Der Ambivalenz bezüglich der Zugehörigkeit der Lehrtätigkeit zum ärztlichen Beruf, dem Spannungsfeld der unterschiedlichsten Anforderungen an P JLÄ in der HAP und der zunehmenden Unsicherheit bei beginnender Auseinandersetzung mit dem Thema. Eben diese Herausforderungen sind es auch, welche den Wunsch nach kollegialem Austausch und einer kontinuierlichen Betreuung verstärken. In den meisten Fällen wird die Universität dabei eher in einer vermittelnden Funktion gesehen. Dies deckt sich mit oben erläuterten Aspekten wie der Abgrenzung vom AMI bei unterschiedlicher Schwerpunktsetzung der Tätigkeitsbereiche, bisherige Erfahrungen mit eher praxisfernen Angeboten durch die Universität und dem Wunsch nach vor allem interkollegialem Austausch.

Da der Vorschlag zur besseren Vernetzung wiederholt selbstständig angeführt wurde, hier bereits konkrete Ideen formuliert wurden und die Erfahrung eines guten Austausches auf der anderen Seite auch als hilfreich erachtet wurde, kann diesem Punkt eine zentrale Relevanz zugeschrieben werden. Daher wurde dieser Aspekt in der Diskussion des Manuskriptes näher gehend erörtert. Dementsprechend wurde aus der vierten Oberkategorie vor allem die Thematik der kollegialen Vernetzung aufgegriffen. Hierzu wurden die aus dem Material

hervorgehenden Chancen und Gegenstimmen zu einer stärkeren kollegialen Vernetzung als mögliche zukünftige Unterstützungsform der P JLÄ in ihrer Lehrtätigkeit verglichen. In diesem Zusammenhang fand die Sicht der befragten P JLÄ auf die Funktion des AMI in dieser Betreuungsform als Vermittler und „Sprachrohr“ (*Interview_03_Transkript, Pos. 83*) und weniger als Vorbild, weiterhin Erwähnung.

3.5 Ergänzende Vorschläge zur Weiterentwicklung von MDS

Zusammenfassend wurde in der Publikation aufgrund des relativ neuen Forschungsfeldes hauptsächlich die Bandbreite der unterschiedlichen und ähnlichen Erfahrungen der befragten P JLÄ aufgegriffen. Als gemeinsamer Hintergrund sind die Erfahrungen der befragten P JLÄ geprägt von der Integration dieses für die P JLÄ neuen Tätigkeitsfeldes in einen bereits sehr komplexen Praxisalltag. Nicht nur im Vergleich zwischen den Interviewten, sondern auch innerhalb eines Interviews zeigen sich divergierende Ansichten, inwieweit die Lehrtätigkeit als originärer Bestandteil des hausärztlichen Berufes gilt. Ebenso indifferent erfolgt die Trennung von medizin-didaktischen Trainings zu anderen ärztlichen Fortbildungen, insbesondere im Bereich der Kommunikation. Gleichzeitig tritt die zunehmende Verunsicherung der P JLÄ bei einer intensiveren Auseinandersetzung mit spezifisch medizin-didaktischen Themen als ein weiteres, in den verschiedenen Kategorien wiederkehrendes Muster auf. Von den befragten P JLÄ selbst wird mehrfach die Stärkung der kollegialen Vernetzung für einen intensiveren Erfahrungsaustausch vorgeschlagen und hierfür bereits konkrete Beispiele geliefert. Sie wurde im Manuskript daher als struktureller Weiterentwicklungsvorschlag der P JLÄ für MDS eingehender betrachtet.

Wie in der Publikation bereits angedeutet ist eine gelungene Verknüpfung der Lehrtätigkeit mit den restlichen Anforderungen an die hausärztliche Tätigkeit ein wichtiger Anreiz für den eigenen Einsatz in der Lehre. Eine genauere Betrachtung gliedert den Zugewinn durch den Lehreinsatz in eine persönliche, fachliche, sowie organisatorische Bereicherung. Diese Erkenntnisse decken sich mit bereits existierenden Studien [28-30]. Als weitere entscheidende interne Motivatoren für ein Lehrengagement werden in der internationalen Literatur eine Identifikation als LÄ und die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft von LÄ angegeben. Eine wertschätzende Anerkennung der lehrärztlichen Identität als zugehöriger Bestandteil ärztlichen Handelns steht hier neben dem Austausch unter Gleichgesinnten – wie er auch in dieser Untersuchung von den Befragten gewünscht wird – im Vordergrund. Die Förderung von lehrärztlichen Biografien kann daher als zusätzliche Motivation für den Einsatz in der Lehre gesehen werden [31-33]. Vor dem Hintergrund des berichteten Spannungsfeldes der multiplen Anforderungen an P JLÄ in der lehrärztlichen HAP, bieten diese motivierenden Faktoren eine wichtige Ressource für die Vereinbarkeit der einzelnen Rollen in der HAP. Für eine erfolgreiche

Strukturierung des komplexen Lehralltages in der HAP und den Aufbau einer motivierenden Lernatmosphäre könnten zukünftige MDS beispielsweise einen stärkeren Fokus auf den Benefit der Lehrtätigkeit, sowie konkrete Vorschläge zur gewinnbringenden Verbindung der unterschiedlichen Handlungsbereiche legen.

An mehreren Stellen wird im Material sichtbar, dass sich die Kompetenzen der neu hinzugekommenen Lehrtätigkeit stark mit den bisherigen Kompetenzen als HÄ überschneiden. In der Publikation wird bereits erwähnt, dass den PJLÄ die Anwendung von auf MDS erlernten Kompetenzen im hausärztlichen Lehralltag schwerer fällt, je spezifischer die Kompetenz im medizin-didaktischen Bereich liegt. Gleichzeitig werden erlernte Kompetenzen aus ärztlichen, nicht spezifisch medizin-didaktischen Fortbildungen häufiger in die Arbeit mit PJS übertragen. Als sinnvolle Unterstützung in der Arbeit mit PJS werden besonders die erworbenen Kompetenzen in Kommunikation und reflektierendem Handeln hervorgehoben. Konkret wird die Rolle des Kommunikators (Communicators) entsprechend der weltweit genutzten ärztlichen Kompetenzen des „Canmed 2005 Framework“ zum Beispiel nicht nur für die Beziehungsgestaltung zu Patientinnen und Patienten, einer verständlichen Übermittlung relevanter Informationen und der Schaffung gemeinsamer Ziele angewendet, sondern an entsprechenden Stellen in die Arbeit mit den Studierenden übertragen. Auch im „Canmed 2005 Framework“ wird weiterhin nicht zwischen der Begleitung des Lernprozesses von Patientinnen oder Patienten und Studierenden unterschieden [34]. Die Reflexion dieser Parallelen zwischen LÄ und behandelnder Ärztin oder Arzt wird auch in anderen Arbeiten als wichtiger Bestandteil einer erfolgreichen MDS betont [35, 36]. Gleichzeitig wird in den Interviews deutlich, dass die Betreuung von PJS ergänzende Kompetenzen erfordert. Um die PJS strukturiert zum selbstständigen Arbeiten hinzuführen bedarf es zum Beispiel dem Formulieren von Lehrzielen, dem Einschätzen studentischer Leistungen und dem Führen von Feedbackgesprächen. Um die PJLÄ bei den neu hinzugekommenen Anforderungen bedarfsorientiert zu unterstützen, sollte den hier herausgearbeiteten lehrärztlichen Kompetenzbereichen in der Ausgestaltung von MDS besondere Aufmerksamkeit gegeben werden.

Beispielsweise bieten die Aussagen zum PJ-Logbuch, welches wiederholt als zu praxisfern benannt wurde, eine Forschungsgrundlage zur Weiterentwicklung der universitären Unterstützung von PJLÄ in der Auswahl und Gestaltung von Lehrzielen. Konkret lassen sich die Aussagen der befragten PJLÄ zu den relevanten Lehrinhalten drei übergeordneten Richtlehrzielen zuordnen: Dem Trainieren von Kompetenzen für die Tätigkeit im niederschweligen Versorgungsbereich, der Begleitung der Studierenden auf dem Weg zur Ausbildung einer ärztlichen Professionalität und dem Vermitteln notwendiger Sachverständnisse für das Arbeiten in ambulanten Praxisstrukturen (v.a. Betriebswirtschaft, Organisation und Personalführung). Werden diese Richtlehrziele ähnlich der bei Fabry erwähnten Lernziel-Hierarchie nach Möller entsprechend ihrer Aussagen in Grob- und

weiterführend auch in Feinlehrziele untergliedert, weichen hier die Ansichten zunehmend weiter voneinander ab [37]. Für eine praxisorientierte Überarbeitung des PJ-Logbuches könnten die Äußerungen der PjLÄ zu Lehrziel-Inhalten und -Gestaltung zunächst untereinander und anschließend mit dem Aufbau und Inhalt des PJ-Logbuches verglichen werden.

Zuletzt ermöglicht ein dezidiertes Explorieren der erwähnten Angst- und Schamgefühle eine genauere Betrachtung der beeinflussenden Faktoren auf das Erlernen von medizin-didaktischen Kompetenzen auf MDS. Eine hinreichende Darstellung der Hintergründe dieser Gefühle und eine daraus resultierende bedarfsorientierte Anpassung zukünftiger MDS ist im Rahmen der Publikation ebenfalls nicht erfolgt. Interessant könnte hier eine genauere Untersuchung der Ängste und Schamgefühle im Zusammenhang mit interaktiven Trainingsmodulen sein. In Bezug auf das im Material sichtbare Spannungsfeld zwischen Identifikation mit und Abgrenzung von der Tätigkeit des AMI bei einem gleichzeitig bestehenden Wunsch nach Vernetzung könnten diese Aspekte einen Ausblick auf die Möglichkeiten und Grenzen von MDS geben.

4 Literaturverzeichnis

1. Masterplan Medizinstudium 2020 Beschlusstext (2017) <https://www.demografie-portal.de/DE/Politik/Meldungen/2017/Downloads/170901-Masterplan-Medizinstudium-2020-1.html> (letzter Zugriff am 19.05.2023).
2. Blozik E, Ehrhardt M, Scherer M (2014) Förderung des allgemeinmedizinischen Nachwuchses. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. **57**(7): p. 892-902.
3. Böhme K, Kotterer A, Simmenroth-Nayda A (2013) Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr - eine Lösung für Nachwuchsprobleme in der hausärztlichen Versorgung? Zeitschrift für Allgemeinmedizin. **89**(11): p. 452-8.
4. Steinhäuser J, Paulus J, Roos M, Peters-Klimm F, Ledig T, Szecsenyi J, Joos S (2011) „Allgemeinmedizin ist trotzdem ein schönes Fach“ – eine qualitative Studie mit Ärzten in Weiterbildung. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. **105**(2): p. 89-96.
5. Böhme K, Streitlein-Böhme I, Baum E, Vollmar HC, Gulich M, Ehrhardt M, Fehr F, Huenges B, Woestmann B, Jendyk R (2020) Didaktische Qualifikation von Lehrenden in der primärversorgenden Medizin – ein Positionspapier des Ausschusses Primärversorgung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung. GMS Journal for Medical Education. **37**(5): p. Doc53.
6. Lammerding-Koeppel M, Ebert T, Goerlitz A, Karsten G, Nounla C, Schmidt S, Stosch C, Dieter P (2016) German MedicalTeachingNetwork (MDN) implementing national standards for teacher training. Medical Teacher. **38**(4): p. 378-384.
7. Steinert Y, et. al. (2016) A systematic review of faculty development initiatives designed to enhance teaching effectiveness: A 10-year update: BEME Guide No. 40. Medical Teacher. **38**(8): p. 769-86.
8. Roos M, Kadmon M, Kirschfink M, Koch E, Jünger J, Strittmatter-Haubold V, Steiner T (2014) Developing medical educators--a mixed method evaluation of a teaching education program. Medical Education Online. 19:1, DOI: 10.3402/meo.v19.23868
9. Sonntag U, Koch A, Bayer G, Heintze C, Döpfmer S (2020) Train the Trainer-Seminare für ambulante Weiterbildungsbefugte für das Fach Allgemeinmedizin: Das Berliner Modell. GMS Journal for Medical Education. **37**(3).
10. Pauscher L, Dippell K, Messemaker A, Wunder A, Wicke FS, Gerlach FM, Sennekamp M (2020) Train-the-Trainer-Aufbauseminare für Weiterbilder/innen in Hessen: Konzept, Durchführung und Evaluationsergebnisse. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. **96**(2).
11. Schwill S, Magez J, Joos S, Steinhäuser J, Ledig T, Rubik A, Niebling W, Szencsenyi J, Flum E (2017) Neue Wege in der allgemeinärztlichen Weiterbildung – 8 Jahre

- Erfahrung mit dem Modellprojekt Verbundweiterbildung^{plus} Baden-Württemberg. *GMS Journal for Medical Education*. **34**(5).
12. Branfield Day L, Miles A, Ginsburg S, Melvin L (2020) Resident perceptions of assessment and feedback in competency-based medical education: a focus group study of one internal medicine residency program. *Academic Medicine*. **95**(11): p. 1712-1717.
 13. Hall AK, Rich J, Dagnone JD, Weersink K, Caudle J, Sherbino J, Frank JR, Bandiera G, Van Melle E (2020) It's a Marathon, Not a Sprint: Rapid Evaluation of Competency-Based Medical Education Program Implementation. *Academic Medicine*. **95**(5): p. 786-793.
 14. Leslie K, Baker L, Egan-Lee E, Esdaile M, Reeves S (2013) Advancing Faculty Development in Medical Education: A Systematic Review. *Academic Medicine*. **88**(7): p. 1038-1045.
 15. Mayring P (2015) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12. überarbeitete Auflage. Beltz, Weinheim.
 16. Mayring P (2016) *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Beltz, Weinheim.
 17. Kuckartz U (2016) *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (Grundlagentexte Methoden, 3. überarbeitete Auflage)*. Beltz, Weinheim.
 18. Lamnek S, Krell C (2016) *Qualitative Sozialforschung*. Beltz, Weinheim.
 19. Galletta A (2013) *Mastering the semi-structured interview and beyond: From research design to analysis and publication*. New York University Press, New York.
 20. Kruse J (2011) *Reader - Einführung in die Qualitative Interviewforschung*. Institut für Soziologie, Freiburg.
 21. Riesmeyer C (2011) Das Leitfadenterview. Königsweg der qualitativen Journalismusforschung? In: *Methoden der Journalismusforschung*. Jandura O, Quandt T, Vogelgesang J (Hrsg.). Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. p. 223-236.
 22. Baur N, Blasius J (Hrsg.) (2014) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
 23. Dresing T, Pehl T (2012) *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Dr. Dresing und Pehl GmbH, Marburg.
 24. Niederberger M, Drejack S (2020) Qualitative content analysis in health science. Results of a systematic review. In *Forum: Qualitative Social Research (Vol. 21, No. 1)*. Freie Universität Berlin.

25. Schreier M, (2014) Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung Forum: Qualitative Social Research*, 15(1). <https://doi.org/10.17169/fqs-15.1.2043>
26. Guest G, MacQueen KM, Namey EE (2012) *Applied Thematic Analysis*. SAGE Publications, Inc. Los Angeles.
27. Ritchie J, Spencer L, O'Connor W (2003) Carrying out qualitative analysis. *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. **2003**: p. 219-62.
28. Thomson J, Haesler E, Anderson K, Barnard A (2014) What motivates general practitioners to teach. *The Clinical Teacher*. **11**(2): p. 124-30.
29. Hartley S, Macfarlane F, Gantley M, Murray E (1999) Influence on general practitioners of teaching undergraduates: qualitative study of London general practitioner teachers. *Bmj*, **319**(7218), 1168-1171.
30. Kleizen K, Mattsson B (2019) Motives and experiences of the competent supervisor in general practice - a qualitative study. *The Open Medical Education Journal*. **3**(1): p. 18-22.
31. Barber JRG, Park SE, Jensen K, Marshall H, McDonald P, McKinley RK, Randles H, Alberti H (2019) Facilitators and barriers to teaching undergraduate medical students in general practice. *Medical education*, 2019. **53**(8): p. 778-787.
32. Van Lankveld T, Schoonenboom J, Kusurkar RA, Volman M, Beishuizen J, Croiset G (2017) Integrating the teaching role into one's identity: a qualitative study of beginning undergraduate medical teachers. *Advances in Health Sciences Education*. **22**(3): p. 601-622.
33. Cantillon P, D'Eath M, De Grave W, Dornan T (2016) How do clinicians become teachers? A communities of practice perspective. *Advances in Health Sciences Education*. **21**(5): p. 991-1008.
34. Frank JR, Danoff D (2007) The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Medical Teacher*. **29**:7: p. 642-647.
35. Starr S, Ferguson WJ, Haley HL, Quirk M (2003) Community preceptors' views of their identities as teachers. *Academic Medicine*. **78**(8): p. 820-825.
36. Stone S, Ellers B, Holmes D, Orgren R, Qualters D, Thompson J (2002) Identifying oneself as a teacher: the perceptions of preceptors. *Medical education*. **36**(2): p. 180-185.
37. Fabry G (2008) *Medizindidaktik: Ein Handbuch für die Praxis*. Huber, Bern.

„In erster Linie Arzt“

Erfahrungen hausärztlicher PJ-Lehrärzt:innen mit Medizindidaktik-Trainings

„Primarily Doctor“

Experiences with Medical Didactic Courses of FM-Perceptors of the Practice Year

Louisa Hecht¹, Marco Roos², Maria Sebastiao¹

Hintergrund

Obwohl medizindidaktische Schulungen (MDS) von Teilnehmenden vorwiegend positiv evaluiert werden, zeigen sich Schwierigkeiten bei dem Transfer der erlernten Schulungsinhalte in die Praxis. Ziel der Forschungsarbeit war es, diesen Sachverhalt durch die Erfassung der subjektiven Erfahrung von hausärztlichen PJ-Lehrärzt:innen (PJLÄ) zu erörtern.

Methoden

Im Rahmen einer qualitativen Studie wurde mit semi-strukturierten Interviews die persönliche Erfahrung von zehn PJLÄ mit MDS exploriert. Mithilfe des Softwareprogramms f4 wurden die Audiodateien der aufgezeichneten Interviews transkribiert und in MAXQDA codiert. Die daran anknüpfende Auswertung des Datenmaterials nach der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ermöglichte das Herausarbeiten komplexerer Relevanzsysteme.

Ergebnisse

Aus den Interviews geht zentral hervor, dass die Lehrtätigkeit als neu hinzugekommene Zusatzaufgabe mit multiplen bereits bestehenden Anforderungen an die Hausärzt:innen konkurriert. Die Zugehörigkeit der Lehrtätigkeit als originärer Bestandteil des ärztlichen Berufes nehmen die PJLÄ ambivalent wahr. Der Angst vor zusätzlicher Belastung, steht die Bereicherung des eigenen Arbeitens durch die Studierenden gegenüber. Als Lösungsvorschlag führen die PJLÄ eine stärkere Vernetzung untereinander an. Besonders die Reflexion der eigenen Erfahrungen unter Gleichgesinnten erachten sie als hilfreich. Das führt zu einer Stärkung der lehrärztlichen Identität und somit zu einer erfolgreicherer Umsetzung der Lehrinhalte. Gleichzeitig ermöglicht es eine höhere Zufriedenheit der PJLÄ.

Schlussfolgerungen

Zur Erleichterung des Transfers der Schulungsinhalte in einen komplexen Praxisalltag ist eine Unterstützung der PJLÄ durch eine stärkere Vernetzung in praxisbezogenen Gemeinschaften notwendig.

Schlagwörter

Qualitative Forschung; Allgemeinmedizin/Ausbildung; Personalförderung/Methoden; Train the Trainer; ärztliche Identität

Background

Although participants evaluated Medical Didactic Courses (MDC) predominantly positively, there continues to be difficulties in the transfer of the learned training content into practice. The objective of the research was to identify reasons for this discrepancy by collecting the subjective experience of family medicine preceptors of the final year of medical studies (FMP).

Methods

In our qualitative study, we investigated personnel experience of 10 FMP's with MDC through semi-structured interviews. The recorded interviews were transcribed by means of the software programme "f4" and subsequently coded in MAXQDA. Analysis of the data through content-structuring qualitative content analysis enabled the identification of complex relevance systems.

Results

In the interviews, the core experience identified was that the newly added teaching activity is competing with already existing tasks in the daily routine of family medicine. The perception of how deeply the teaching activity is naturally incorporated within the medical profession of family doctors is quite ambivalent. The fear of additional workload stands in contrast to the benefit of working with the students. To facilitate a successful integration of the acquired skills into this complex work environment, a promotion of networking between FMP's is repeatedly proposed. Especially the reflection of the personal learning experiences within peers is regarded as supportive by the respondents. Accordingly this not only results in a strengthening of the teaching identity and therefore a better implementation of the training content, but also invokes a higher satisfaction in teaching.

Conclusions

To facilitate the implementation of the training content in a complex daily routine of family medicine, support of the FMP's by increased networking in communities of practice is required.

Keywords

qualitative research; general practice/education; family medicine; staff development/methods; teacher training; physicians role

¹ Allgemeinmedizinisches Institut der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsklinikum Erlangen

² Lehrstuhl Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät der Universität Augsburg

Peer reviewed article eingereicht: 05.07.2022; akzeptiert: 08.08.2022

DOI 10.53180/zfa.2022.0390-0395

Hintergrund

Im Zuge der Maßnahmen des Masterplans Medizinstudium 2020 gewinnt die PJ-Ausbildung im ambulanten Medizinsektor zunehmend an Bedeutung [1]. Um in diesem Zusammenhang die Lehrqualität über die Praxenvielfalt zu sichern, wurden Richtlinien zur didaktischen Qualifikation der Lehrärzt:innen (LÄ) ausgearbeitet [2]. In Erlangen werden seit der Errichtung des Allgemeinmedizinischen Lehrstuhles (AM) im WS 13/14 auch niedergelassene PJ-Lehrärzt:innen (PJLÄ) auf ihre Aufgaben durch medizindidaktische Schulungen (MDS) vorbereitet.

Die internationale Evaluation von MDS für LÄ zeigt insgesamt eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmer:innen und einen subjektiven Kompetenzgewinn am Ende des Trainings [3]. Trotzdem kommt es in manchen Fällen nach der Schulung zu einer Negation erlernter Inhalte oder gar einer Verschlechterung der Lehrkompetenz in der Praxis [4, 5]. Der Großteil der ausgewerteten MDS bezieht sich dabei auf klinisch tätige LÄ und weiterbildende LÄ, nicht jedoch auf die Gruppe der hausärztlichen PJLÄ. Weiterhin werden in der aktuellen Literatur die beeinflussenden Faktoren auf den Erfolg von MDS wenig thematisiert [3, 6, 7].

Daraus hervorgehend formulierten wir die Forschungsfrage: „Welche Erfahrungen machen PJLÄ mit MDS?“

Methoden

Stichprobe

Alle 37 hausärztliche Praxen (HAP), welche zum Zeitpunkt der Erhebung (2017) eine vertragliche Zulassung als PJ-Lehrpraxis der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) hatten, wurden per Brief zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Es trafen 13 positive Rückmeldungen per Fax oder Telefon ein (Rücklaufquote: 35 %), wovon am Ende aus organisatorischen Gründen zehn Interviews tatsächlich zustande kamen.

Datenerhebung

Zur Exploration der persönlichen Erfahrung von PJLÄ mit MDS wurde die Vorgehensweise einer qualitativen

Einzelinterviewstudie gewählt [8–10]. Die Interviews dauerten durchschnittlich 52 Min. (mind. 38, max. 90 Min.). LH (Medizinstudentin, im Rahmen der Dissertationsarbeit) führte sie einmalig in den jeweiligen HAP und in einem Fall am Telefon durch. Die Teilnehmenden und die Interviewerin kannten sich im Vorfeld nicht persönlich.

Die Fragen des Interviews orientierten sich im Sinne der semi-strukturierten Interviewführung an einem vorab entwickelten Leitfaden, welcher neben vorformulierten Schlüsselfragen an die jeweilige Gesprächssituation angepasste optionale Vertiefungsfragen enthielt. Dadurch wurde die Erfassung zusammenhängender Relevanzsysteme nicht nur im Vergleich zwischen den Befragten, sondern ebenso innerhalb der einzelnen Interviews angestrebt [11].

Der Leitfaden wurde einem Pretest unterzogen und anschließend geringfügig verändert. Die Teilnehmenden füllten vorab einen soziodemografischen Fragebogen aus.

Alle Gespräche wurden mit einem Audiogerät aufgezeichnet, mit einem Postskriptum versehen und durch die Interviewerin mithilfe des Softwareprogrammes f4 vollständig nach Dresing und Pehl [12] transkribiert. Es erfolgte keine Rücksendung der erstellten Transkripte an die Interviewten.

Auswertung

Für die Auswertung der Datenmenge entsprechend der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse wurde das Kategoriensystem in einem mehrstufigen Prozess vorwiegend induktiv aus 40 % des Materials erarbeitet [8–10, 13]. Demnach wurden die einzelnen Kategorien sequenziell mithilfe des Softwareprogramms MAXQDA aus dem Text gebildet. In den nächsten Schritten wurden die einzelnen Codierungen aus dem Material in eine übergeordnete inhaltlich logische Struktur eingebettet.

Nachfolgend wurde das vorläufige Kategoriensystem zur Kontrolle der Vollständigkeit und Trennschärfe und somit zur Sicherung der Inter-coder-Reliabilität an einem weiteren Interview von zwei Coderinnen (LH; AD: Allgemeinmedizinerin, Psycho-

therapeutin) unabhängig voneinander erprobt [14]. Die Ergebnisse der einzelnen Zwischenschritte des Forschungsprozesses wurden im Sinne der konsensuellen Validierung im Forschungsteam und im Rahmen von Kolloquien und Workshops diskutiert [8, 10, 15]. Dabei wurde das Forschungsteam gebildet von LH, AD, MR (Lehrstuhlinhaber Allgemeinmedizin, Expertise in Qualitativer Forschung, Hausarzt) und MS (Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Expertise in Qualitativer Forschung und Public Health). Im Anschluss daran wurden alle Transkripte mit dem endgültigen Kategoriensystem vollständig durch LH kodiert.

Die daraus hervorgegangenen Aspekte wurden zuletzt durch eine Aufgliederung der Fälle und Kategorien im Sinne der Rahmenanalyse nach Ritchie & Spencer in Beziehung gesetzt [16]. Durch die Gegenüberstellung der einzelnen Fälle und einem Abgleich der Aussagen innerhalb der jeweiligen Interviews konnten so tieferliegende Rahmenkonzepte der subjektiven Erfahrungen formuliert werden.

Ergebnisse

Die Ergebnisse stellen die subjektive Perspektive auf MDS von zehn PJLÄ der FAU dar. Im Durchschnitt sind diese zum Zeitpunkt der Erhebung seit 21,6 (\pm 8,7) Jahren als Ärzt:innen und davon seit 3,1 (\pm 1,4) Jahren als PJLÄ tätig gewesen. Die meisten sind Inhaber:innen von Gemeinschaftspraxen in vorwiegend ländlicher Umgebung gewesen.

Die Schwankungsbreite der bisher betreuten PJ-Studierenden (PJS) liegt zwischen einem und 17 PJS. Ein mindestens ebenso heterogenes Bild ergibt sich aus den Aussagen der PJLÄ zur Teilnahme an Fortbildungsstunden im medizindidaktischen Bereich:

Die Angaben aus Abbildung 1 stammen aus dem ausgehändigten soziodemografischen Fragebogen. Die anschließende Ergebnisdarstellung der Inhaltsanalyse gliedert sich entsprechend des aus dem Material gebildeten Kategoriensystems. Die vier folgenden Absätze basieren auf den vier herausgearbeiteten Oberkategorien.

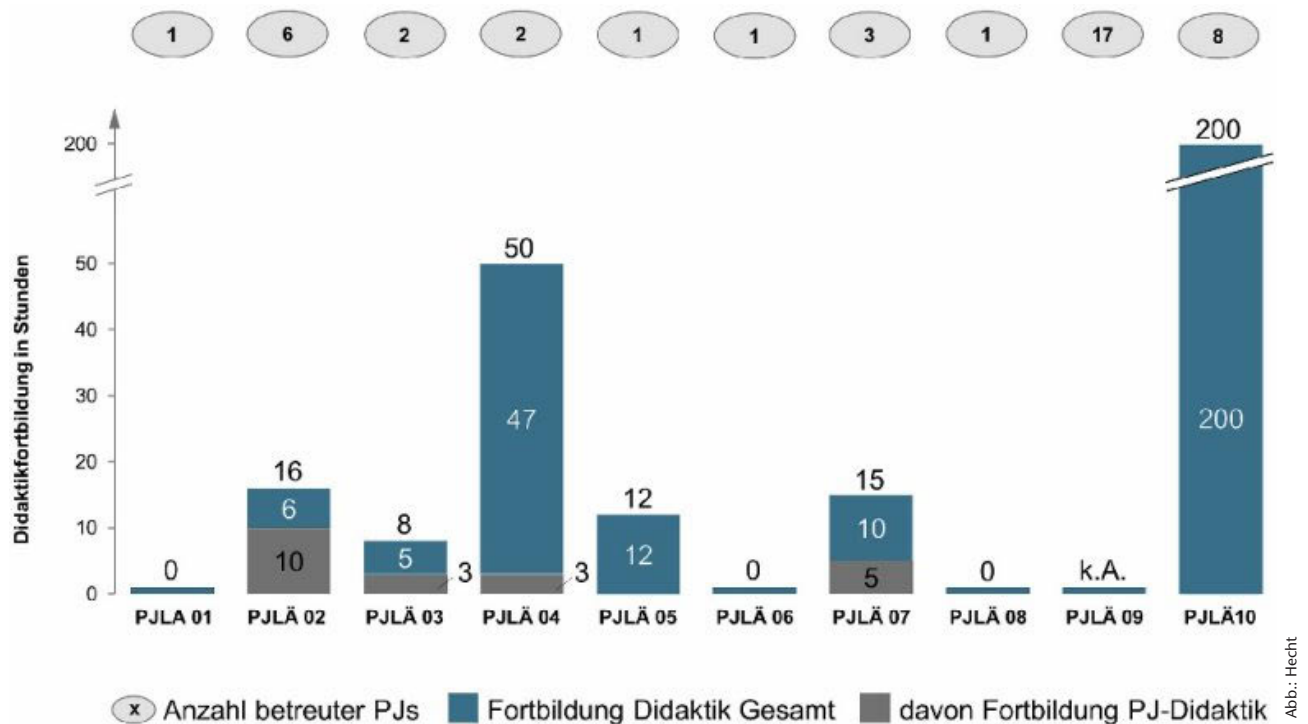


Abb.: Hecht

Abbildung 1 Didaktikfortbildungen

Bedeutung der Begriffe „Medizindidaktik“ und „Didaktikschulung“

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Erfahrungen mit der Ausbildung von PJs und der Teilnahme an MDS werden auch die Vorstellungen des Begriffes von „Didaktik“ bzw. „Didaktikschulung“ verschieden aufgefasst. Um die Perspektive der PjLÄ im Folgenden besser zu verstehen, wird zunächst auf das subjektive Verständnis der Begrifflichkeit eingegangen.

Die Interviews zeigen, dass gerade die Auseinandersetzung mit Didaktik und eine Studierendenorientierung in der Lehre zur Studienzeit der LÄ nicht vorhanden gewesen ist. Die PjLÄ berichten wiederholt über eine starke Veränderung der Lehre in der medizinischen Ausbildung in den vergangenen Jahren.

„Die Medizindidaktik ist dazu gekommen. Das ist alles in den Kinderschuhen. Im Endeffekt.“ (PjLÄ _09, Pos. 96–98)

Dementsprechend tauchen in fast allen Interviews sowohl explizite Äußerungen zur Unsicherheit in der genauen Definition als auch eine weniger bewusste uneindeutige Ver-

wendung der Begriffe auf. Didaktik wird an manchen Stellen als etwas sehr Akademisches wahrgenommen, welches wenig Bezug zur Praxis besitzt:

„Dann ist es aber wieder so, dass ich unter Didaktik eigentlich mehr das verstehe, dass ich Wissen vermittele, und ich glaube nicht, dass das [...] meine Aufgabe ist, dass ich Wissen vermittele, [...] dass eher das Lernen und der Kompetenzerwerb bei mir wichtig ist und der Kompetenzerwerb der ist in Didaktikschulungen, ich weiß nicht wo der so, so drinnen ist.“ (PjLÄ _02, Pos. 40)

Im Gegensatz dazu benennen die befragten PjLÄ die Gemeinsamkeiten zwischen behandelnder und lehrender Tätigkeit durchweg deutlich:

„Aber ich meine Didaktik ist das Gleiche, ob ich's mit dem Patienten mache oder mit dem Pj-Studenten mache. Beide Male ist es so, dass ich was beitragen will, dass der andere sich weiterentwickelt.“ (PjLÄ _04, Pos. 96)

PjLÄ schreiben auch diversen anderen Fortbildungen ärztlicher Schlüsselkompetenzen einen wichtigen Stellenwert für die hausärztliche Lehrtätigkeit zu. Neben Weiterbildungen zur Organisation von Praxisstrukturen schließen einige Aussagen

besonders Trainings aus dem Bereich der Kommunikation mit in die Definition von MDS ein. Umgekehrt berichten die PjLÄ in den Interviews von MDS, die sie nicht als solche im soziodemografischen Fragebogen angegeben haben. Um die Erfahrungen aus der Sicht der PjLÄ in ihrer Ganzheit zu verstehen, wurden die verschiedenen Verwendungen der Begriffe bewusst übernommen. Die folgenden Äußerungen zu MDS beziehen sich auf die von PjLÄ selbst als MDS wahrgenommenen Weiterbildungsangebote.

Stellenwert der Medizindidaktik in der HAP

Aus dem Material lässt sich insgesamt deutlich ableiten, dass PjLÄ die Lehre in der HAP oft als freiwillige Zusatz-tätigkeit betrachten. Auch wenn manche Aussagen die Lehrtätigkeit als selbstverständlichen Teil des ärztlichen Berufes beschreiben, findet auch bei ihnen Lehre fast immer außerhalb der eigentlichen Arbeitszeit statt. Alle PjLÄ betonen wiederkehrend, dass die Lehrtätigkeit eine Einschränkung der bereits sehr knappen Zeitkapazitäten nach sich zieht:

„Studierenden da zu haben, ist erstmal Zusatzbelastung. [...] Und darum ist die Didaktik ... auf der Prioritätenliste relativ weit hinten. Muss ich zugeben. So gut es vom Prinzip her sein mag. So wünschenswert das sein mag. Aber ich bin nicht in erster Linie Lehrkraft. Ich bin in erster Linie Arzt. Und das braucht die Hauptressourcen.“ (PJLÄ_08, Pos. 60)

Ein PJLÄ sieht ein verbessertes Zeitmanagement in der Lehrpraxis daher als zentrales Ziel der Teilnahme an MDS (PJLÄ_10, Pos. 89). Mehrheitlich wird jedoch die bewusste Auseinandersetzung mit Didaktik und entsprechend auch das Wahrnehmen von MDS eher mit einer zusätzlichen Mehrbelastung verbunden.

Es bestehen bei den einzelnen PJLÄ unterschiedliche Ansätze, die Lehrtätigkeit mit dem „eigentlichen“ Beruf als Ärzt:in zur gegenseitigen Bereicherung zu vereinen. Gelingt dies, motiviert es die PJLÄ für einen verstärkten Einsatz in der Lehre.

„Sie als Studierende bringen mir ja in der Praxis ja auch was. Patienten fühlen sich freundlich aufgenommen. Ich habe Spaß dran, wenn sie Fragen stellen, ich lerne durch sie sehr viel, weil ich ja Dinge reflektieren muss. Ich kann ihnen Aufträge erteilen: ‚Schauen Sie mal in up-to-date, was die aktuelle Therapie von XY ist, bitte recherchieren Sie mal, ob dieses Medikament mit jenem verträglich ist.‘“ (PJLÄ_10, Pos. 43)

Transfer neu erlernter Inhalte in die HAP

Neben Hilfestellungen zur Organisation von Praxisstrukturen werden auch auf Fortbildungen erlernte Kompetenzen des reflektierenden Handelns und Kommunizierens von allen PJLÄ grundsätzlich als wertvoll betrachtet. Diese Inhalte dienen den PJLÄ zum einen als wichtiges Lehrziel für Studierende, zum anderen erlauben sie eine gelungene Synthese der Lehrtätigkeit mit bereits bekannten ärztlichen Rollenfunktionen. In manchen Fällen kann vor allem die gezielte Anwendung spezifischer medizindidaktischer Themen die eigene Lehrtätigkeit aber auch erschweren. In solchen Situationen distanzieren sich die PJLÄ von den erlernten Inhalten:

„Manche entwickeln irgendwelche Methodiken nach, was weiß ich, aus dem Elfenbeinturm heraus und haben die vielleicht in der Praxis nie angewendet und sind nicht umsetzbar [...] Da verlasse ich mich mehr auf mein' Bauch als Arzt [als] auf irgendwelche Theorien.“ (PJLÄ_02, Pos. 68)

Besonders wird in diesem Zusammenhang die Anwendung der Lehrziele des PJ-Logbuches als zu komplex und umfangreich für die praktische Anwendung genannt. Selten bietet es die Grundlage für die eigenständige Entwicklung eines Curriculums. Aber auch im Führen von Feedback-Gesprächen erwähnen die PJLÄ nach der Teilnahme an MDS immer wieder eine erhöhte Unsicherheit. Diese wirken mitunter „steif“ (PJLÄ_07, Pos. 133) und „theoretisch“ (PJLÄ_02, Pos. 44). Gleichzeitig wird das Thema des Feedback-Gebens auch in diesen Interviews bei den medizindidaktischen Kompetenzen als erstes genannt und taucht im gesamten Material wiederholt als relevanter Inhalt von MDS auf.

Leicht fällt es vielen PJLÄ hingegen erlernte Kompetenzen von ärztlichen Fortbildungen, welche nicht im eigentlichen Sinne den Bereich der Medizindidaktik adressieren, in den Studierenden-Kontext zu übertragen:

„Sei das bei der psychosomatischen Grundversorgung, dass man Gesprächskompetenz lernt und bei der Suchtmedizin und überall und das sind ja Fähigkeiten und Kompetenzen, die man dann beim Patienten anwenden kann aber auch beim Studierenden anwenden kann.“ (PJLÄ_02, Pos. 40)

Gestaltung von MDS

Um den oben erwähnten Spannungsfeldern in der Lehrpraxis begegnen zu können, wird wiederholt der Wunsch nach einer Form des dezidierten Feedbacks zur eigenen Arbeit laut. Die Rückmeldungen der PJS führen nicht in allen Fällen zum angestrebten Souveränitätsgewinn. Von der Mehrheit der PJLÄ kommt selbstständig der Vorschlag zur stärkeren Vernetzung der PJLÄ. Dabei stehen der strukturierte Erfahrungsaustausch von „Peer Groups“ (PJLÄ_10, Pos. 110) und Inspirationen durch „Best-Practice-Angebote“ (PJLÄ_10, Pos.

106) im Vordergrund. Dem AM wird in diesem Zusammenhang eher eine vermittelnde Funktion zugesprochen. In einigen Fällen wird es als „keine echte Hausarztpraxis“ (PJLÄ_05, Pos. 43), sondern eher als „Sprachrohr“ (PJLÄ_03, Pos. 83) der Hausärzt:innen gesehen.

Eine kontinuierliche Vernetzung der PJLÄ stellt sich in den meisten Interviews grundsätzlich als Bereicherung und wichtig für die Erlangung einer professionellen Lehrarztidentität heraus. Dennoch wird nicht nur zwischen den befragten PJLÄ sondern auch innerhalb der einzelnen Interviews die Spannung zwischen dem Wunsch nach Austausch und der Angst vor Mehrbelastung durch zu häufige Fortbildungen deutlich. Gerade vor diesem Hintergrund betonen einige PJLÄ die Wichtigkeit der engen Zusammenarbeit zwischen den PJLÄ und dem AM:

„Da muss man es [den PJLÄ] leicht machen. Man muss ihnen Brücken bauen [...] Also die Begleitung ist es, man kann die nicht allein lassen und sagen: ‚Jetzt nimm mal und guck, dass du zu rechtkommst‘, sondern da muss ein kontinuierlicher Kontakt sein.“ (PJLÄ_10, Pos. 110)

Diskussion

Zusammenfassend kristallisiert sich aus dem erhobenen Material als Kernpunkt in der Auseinandersetzung mit MDS die Integration der Lehre in einen bereits sehr komplex gestalteten Praxisalltag. Das Tätigkeitsfeld der Lehre wird von den befragten PJLÄ durchweg als neu erlebt. Die Aussagen der PJLÄ zeigen eine inter- und intrapersonelle Ambivalenz, inwieweit die Lehrtätigkeit ein originärer Bestandteil ärztlichen Arbeitens ist. Besonders spezifische Themen der Medizindidaktik, welche inhaltlich weiter vom erlernten hausärztlichen Beruf entfernt sind, führen zu einer zunehmenden Verunsicherung. Eine gelungene Verknüpfung der unterschiedlichen Tätigkeitsfelder ermöglicht wiederum eine Bereicherung des ärztlichen Berufes. Wiederholt kommt der Vorschlag, die Vernetzung der LÄ untereinander für eine erleichterte Vereinbarkeit der verschiedenen Rollenansprüche zu stärken. Hier stehen vor allem der Erfah-

rungsaustausch und die Inspiration durch Peers im Vordergrund. Dem Wunsch nach Austausch steht die Angst vor zusätzlicher Belastung gegenüber.

Einordnung in den Literaturkontext

Nach Cantillon [17] erschweren die normativen Werte des klinischen Umfeldes die Umsetzung erlernter Inhalte für klinisch tätige LÄ. Die befragten hausärztlich tätigen PjLÄ nehmen vor allem die Vereinbarkeit der unterschiedlichen Rollenansprüche als herausfordernd wahr. Gerade die tiefere Auseinandersetzung mit der für die PjLÄ neuen Thematik der Medizindidaktik kann dabei zu einer stärkeren Verunsicherung führen. Peyton [18] beschreibt die steigende Unsicherheit während des Lernprozesses als Teil des Überganges von einer unbewussten Inkompetenz zu einer bewussten Inkompetenz, bevor diese zu einer bewussten Kompetenz und später zu einer unbewussten Kompetenz wird. Auch von Meyer & Land [19] wird die Überwindung der Unsicherheit während des Begreifens von komplexen Basiskonzepten als Übergangsphase bezeichnet. Sie beschreiben diese kritische Phase als Transformationsprozess des Lernenden, welcher die Weiterentwicklung der eigenen Identität miteinschließt. Dementsprechend ist bei den befragten PjLÄ die Diskussion um die Bedeutung der lehrärztlichen Tätigkeit für den Beruf als Hausärzt:in ein wesentlicher Aspekt in der Weiterbildung als LÄ. Hier stehen sich die Selbstverständlichkeit der Weitergabe des eigenen Wissens an die nächste Generation und die Vereinbarkeit der bereits bestehenden multiplen Rollenansforderungen an Hausärzt:innen gegenüber. Durch die starke Veränderung der Lehre in der Medizin, fehlt es den PjLÄ an geeigneten Lehrvorbildern. Lehrärztliche Biografien des AM werden eher als universitär und mit den in einer Lehrpraxis tätigen Hausärzt:innen nicht vergleichbar wahrgenommen. Es besteht daher vor allem der Wunsch nach einem stärkeren Austausch der PjLÄ untereinander. Die Bedeutung von praxisbezogenen Gemeinschaften (communities of practice) in der Weiterbil-

dung von LÄ wird bereits mehrfach in der Literatur beschrieben [3, 17, 20]. Durch den strukturierten Austausch der PjLÄ untereinander und einer Förderung von LÄ-Biografien kann die Integration der Lehrtätigkeit in den Praxisalltag als Herausforderung reflektiert und explizit trainiert werden. Dies führt zu einer zur Professionalisierung der lehrärztlichen Identität und somit zu einem erhöhten Verantwortungsbewusstsein als Lehrende. In der Forschungsarbeit zeigt sich, dass es zum anderen ein wichtiger Schlüssel zu einer hohen Zufriedenheit der PjLÄ ist.

Limitationen

In der vorliegenden Forschungsarbeit wurde ausschließlich die subjektive Erfahrung mit MDS von hausärztlich tätigen PjLÄ der FAU erfasst. Durch



Louisa Hecht ...

... ist Ärztin im 2. Jahr der Weiterbildung Allgemeinmedizin. War 2014 Gründungsmitglied der „AG interprofessionelle Lehre“ zur Förderung interprofessioneller Lehrprojekte. 2015–2019 setzte sie sich als Tutorin des Skillslab „Perle“ durch die Planung, Gestaltung und Weiterentwicklung von Tutorien für eine praxisorientierte medizinische Ausbildung ein. 2015–2018 absolvierte sie weiterhin die Ausbildung zur studentischen Kommunikationstrainerin. Unter der Schirmherrschaft des Allgemeinmedizinischen Institutes der FAU Erlangen-Nürnberg gründete und leitete sie von 2015–2019 das studentische Projekt „Interprofessionelle Anamnesegruppen Erlangen“. Für diesen Einsatz wurde ihr 2016 der Deutsche Balintpreis verliehen. Seit der Approbation setzt sie ihre Arbeit bei den Anamnesegruppen Erlangen als Supervisionsärztin fort. Als aktives Mitglied der JADE (Junge Allgemeinmedizin Deutschland) weitet sie ihr Engagement inzwischen auch auf den Bereich der Allgemeinmedizinischen Weiterbildung aus.

Foto: Bolos Jiryis

die spezifische Auswahl der Adressatengruppe blieb die Zahl der durchgeführten Interviews recht klein, die Erfahrung mit MDS war aufgrund der vorher kaum vorgegebenen Weiterbildungsstruktur sehr heterogen und insgesamt eher gering. Vor allem durch die erfolgte und anstehende Rekrutierung vieler neuer PJ-Lehrpraxen im ambulanten Bereich besitzt diese Zielgruppe jedoch eine hohe Aktualität. Als wichtiger Selektionsbias ist vor allem der Einschluss vorwiegend motivierter PjLÄ zu sehen, da die Teilnahme an der Studie freiwillig und ohne Vergütung erfolgte. Die Angst vor einer wachsenden Mehrbelastung lässt sich als ein zusätzlicher Anreiz für die Teilnahme aus den Interviews ableiten.

Schlussfolgerung

Um den Transfer der Schulungsinhalte von MDS in einen anspruchsvollen Praxisalltag zu erleichtern, ist eine stärkere Vernetzung der PjLÄ in praxisbezogenen Gemeinschaften notwendig. Eine kontinuierliche und kollegiale Reflexion der eigenen Lehrereferenzen innerhalb dieser Netzwerke erlaubt die Weiterentwicklung der eigenen lehrärztlichen Identität und ermöglicht Sicherheit im Umgang mit den multiplen Rollenansforderungen. Zukünftige Studien sollten untersuchen, ob die vorgeschlagenen Weiterentwicklungen für MDS tatsächlich zu einer Stärkung der lehrärztlichen Identität und folglich zu einer erleichterten Vereinbarkeit der unterschiedlichen Rollenansprüche führen.

Anmerkung: Die vorliegende Forschungsarbeit wurde im Rahmen einer Dissertation zum „Dr. med.“ am Allgemeinmedizinischen Lehrstuhl der FAU erstellt.

Ethikvotum: Die Ethikkommission der FAU erklärte die Studie am 27.06.2017 für unbedenklich. (Antrag Nr.: 168_17 B)

Danksagung: Ein besonderer Dank geht an die teilnehmenden PjLÄ für ihre Zeit und offenen Worte, welche diese Forschungsarbeit erst ermöglicht haben. Für die fachliche Unterstützung sei Herrn Prof. Dr. med. Thomas Kühlein aufrichtig gedankt. Ein herzlicher Dank gilt auch Dr. med. Anja Deinzer für die intensi-

ve Zusammenarbeit während des Forschungsprozesses. Ebenso möchte ich mich bei Dr. phil. Susann Hueber und Larissa Burggraf für die Leitung der Doktorandenkolloquien und Workshops ganz herzlich bedanken, sowie bei allen Teilnehmenden für die anregenden Diskussionen.

Zusatzmaterial im Internet (www.online-zfa.de)

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research)-Checkliste

Tabelle 1 Kategoriensystem

Interessenskonflikt

Die Autor:innen erklären, dass sie keine Interessenskonflikte im Zusammenhang mit dem Artikel haben.

Literatur

1. Masterplan Medizinstudium 2020 Beschlusstext. 2017. www.demografieportal.de/DE/Politik/Meldungen/2017/Downloads/170901-Masterplan-Medizinstudium-2020-1.html (Zugriff am 27.06.2022)
2. Böhme K, Streitlein-Böhme I, Baum E, et al. Didactic qualification of teaching staff in primary care medicine – a position paper of the Primary Care Committee of the Society for Medical Education. *GMS J Med Educ* 2020; 37: doc53
3. Steinert Y, Mann K, Anderson B, et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to enhance teaching effectiveness: A 10-year update: BEME Guide No. 40. *Med Teach* 2016; 38: 769–86
4. Day LB, Miles A, GGinsburg S, Melvin L. Resident perceptions of assessment and feedback in competency-based medical education: a focus group study of one internal medicine residency program. *Acad Med* 2020; 95: 1712–7
5. Hall AK, Rich J, Dagnone JD, et al. It's a marathon, not a sprint: rapid evaluation of competency-based medical education program implementation. *Acad Med* 2020; 95: 786–93
6. Leslie K, Baker L, Egan-Lee E, Esdaile M, Reeves S. Advancing faculty development in medical education: a systematic review. *Acad Med* 2013; 88: 1038–45
7. Schaper N. Why is it necessary to validate models of pedagogical competency? *GMS J Med Educ* 2017; 34: doc47
8. Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (Grundlagentexte Methoden, 3., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz Juventa, 2016
9. Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz, 2016
10. Schreier M. Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum Qualitative Social Research* 2014; 15
11. Riesmeyer C. Das Leitfadenterview. Königsweg der qualitativen Journalismusforschung? In: *Methoden der Journalismusforschung*. Berlin: Springer, 2011: 223–236
12. Dresing T, Pehl T. Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. Marburg: dr dresing & pehl GmbH, 2012
13. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz, 2015
14. Niederberger M, Dreier S. Qualitative content analysis in health science. Results of a systematic review. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum Qualitative Social Research* 2020; 21
15. Guest G, MacQueen KM, Namey EE. Applied thematic analysis. California: sage publications, 2011
16. Ritchie J, Spencer L, O'Connor W. Carrying out qualitative analysis. *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. London: sage publications, 2003: 219–62
17. Cantillon P, Dornan T, De Grave W. Becoming a clinical teacher: Identity formation in context. *Acad Med* 201; 94: 1610–1618
18. Peyton JWR (ed.). Teaching & learning in medical practice. Rickmansworth: Manticore Europe Limited, 1998: 13–19
19. Meyer J, Land R. Overcoming barriers to student understanding. London: Taylor & Francis Limited, 2005
20. Wenger E. Communities of practice: Learning, meaning, and identity. Cambridge: Cambridge University Press, 1999

Korrespondenzadresse

Louisa Hecht
Universitätsstraße 29
91054 Erlangen
louisa.hecht@posteo.de

	Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Codierregel
OK1	Lehre und Didaktik in der Medizin	Alle Äußerungen, die sich auf die Vorstellung und Wahrnehmung von Lehre in der Medizin und Medizindidaktik beziehen		Äußerungen welche sich auf den persönlichen Lehrein satz im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit beziehen werden hier nicht codiert
UK1.1	Vorstellung von „Didaktik“/ „Didaktikschulung“	Äußerungen welche eine Begriffsvorstellung von Didaktik und Didaktikschulung erkennen lassen	<i>Also Didaktik wie gesagt achzig Stunden Kurs Psychosomatische Grundversorgung, dann die Grundtechniken der Gesprächsführung. (Interview_03_Transkript, Pos. 87)</i>	
UK1.2	Lehre in der medizinischen Ausbildung	Aussagen welche sich auf die praktizierte Lehre der Universität und der klinisch-praktischen Ausbildung in der Medizin beziehen (z.B. Lehrarztvorbilder, Wandel der Lehre, Lehrschwerpunkte der Universität, etc.)	<i>Dass die grade im Zuge der Ärzteschwemme das Verständnis dessen, das Medizin eben von Erfahrung lebt und dass man eigentlich auch die Verpflichtung hat, die Erfahrung weiterzugeben. Dass die so ein bisschen hinten runter gefallen ist. (Interview_08_Transkript, Pos. 42)</i>	
UK1.3	Lehre am allgemeinmedizinischen Institut	Alle Äußerungen welche sich auf die Wahrnehmung des allgemeinmedizinischen Institutes beziehen. Z.B. in Bezug auf Ihre Rolle, Außenwirkung, Aufgaben und Funktion, sowie Aussagen zur Beziehung zwischen Lehrärzt:innen und den weiterbildenden Institutionen oder die Identifikation der Lehrärzt:innen mit diesen.	<i>Weil es ist nicht so, dass die Uni uns aktiv unterstützen kann. Sie können uns nicht von der Bürokratie entlasten. Sie können uns natürlich nur unterstützen politisch, berufspolitisch in dem die den Hausärzterverband unterstützen als Sprachrohr, indem sie die DEGAM als Argumentationshilfe letztendlich nehmen, um daraus politische Forderungen zu stellen. Dass dann auch Sachen umgesetzt werden können, ne? (Interview_03_Transkript, Pos. 83)</i>	
OK2	Lehre in der Hausarztpraxis	Alle Aussagen zur Vorstellung, Wahrnehmung und zu Erfahrungen des persönlichen Einsatzes in der Lehre in der Hausarztpraxis		Äußerungen zur Strukturierung der eigenen Lehre im hausärztlichen Alltag werden hier codiert, nicht jedoch Aussagen welche sich auf die Methodik der einzelnen Lehreinheiten beziehen
UK2.1	Persönlicher Einsatz in der Lehre	Aussagen zur Intensität, Form und Grenzen des eigenen Einsatzes der Hausärzt:innen in der medizinischen Ausbildung	<i>Wenn ich eine Veranstaltung lese, dann muss mich das Thema ansprechen. Und wenn da nur drüber steht „Didaktikschulung für Allgemeinärzte“ dann liegt das ganz sicher in Ablage P. (Interview_05_Transkript, Pos. 75)</i>	Aussagen welche eine Limitierung des eigenen Einsatzes durch Rollenkonflikte darstellen werden doppelt codiert (UK 2.1 + UK 2.2)
UK2.2	Rollen in der Hausarztpraxis	Aussagen zu wahrgenommenen Rollenbildern und zu deren bestehenden Spannungsfeldern	<i>Also schwierig wird's dann, wenn wenn Termindruck ist von draußen und man müsste jetzt aber unbedingt was besprechen. Ich sag mal man muss das Eisen schmieden wenn's heiß ist. Und wenn jetzt die Situation grad ist jetzt müssen wir was besprechen und meine Helferinnen sitzen mir im Nacken und sagen, die Wartezeiten sind schon so lang. Ist halt schwierig das, das abzuchecken und dann zu gucken, wer muss dann jetzt in den sauren Apfel beißen und kommt zu kurz. (Interview_04_Transkript, Pos. 58)</i>	Es werden alle Aussagen, in denen die verschiedenen Rollen der PjLÄ benannt werden codiert. Dabei auftretende Überschneidungen mit UK 2.1, sowie UK 2.3 werden akzeptiert und doppelt codiert

UK2.3	Motivierende Faktoren für die Lehrtätigkeit	Aussagen zu Anerkennung, Benefit und Bereicherung durch die eigene Lehrtätigkeit	<i>Sie als Studierende bringen mir ja in der Praxis ja auch was. Patienten fühlen sich freundlich aufgenommen. Ich habe Spaß dran, wenn sie Fragen stellen, ich lerne durch sie sehr viel, weil ich ja Dinge reflektieren muss. Ich kann ihnen Aufträge erteilen: „Schauen Sie mal in UpToDate, was die aktuelle Therapie von XY ist, bitte recherchieren Sie mal, ob dieses Medikament mit jenem verträglich ist.“ (Interview_10_Transkript, Pos. 43)</i>	Lösungsansätze von Rollenkonflikten welche für einen weiteren Einsatz in der Lehre motivieren werden doppelt codiert (UK 2.2 + UK 2.3)
OK3	Gelernte und praktizierte Lehrmethoden	erwähnte Inhalte von MDS und deren Passung auf die Anforderungen von PjLÄ sowie Aussagen zu deren Vergleich zwischen gelernter und praktizierter Realität	<i>manche entwickeln irgendwelche Methodiken nach was weiß ich aus dem Elfenbeinturm heraus und haben die vielleicht in der Praxis nie angewendet und sind nicht umsetzbar, und ich hab jetzt eigentlich auch keine Lust mich mit ganz viel Methodik-Theorien auseinander zu setzen, die vielleicht am Objekt ausprobieren vielleicht eher sogar Schaden anrichten als nutzen bloß weil es, man es irgendwie unbedingt durchzieht weil es einer im Elfenbein sich erfunden hat ... ähm ... nö. Da verlass ich mich mehr auf mein Bauch als Arzt auf irgendwelche Theorien. (Interview_02_Transkript, Pos. 68)</i>	Es werden alle Aussagen zu Fortbildungsangeboten codiert, welche subjektiv als Didaktikweiterbildung wahrgenommen werden. Es erfolgt somit keine Trennung der durch die Lehrärzt:innen vorgenommenen Vermischung von expliziten Didaktikschulungen und Angeboten, welche nicht als Didaktikschulung ausgeschrieben und dennoch als die eigene Lehrtätigkeit betreffend empfunden werden.
UK3.1	Lehrziele in der Hausarztpraxis	Äußerungen zur Auswahl von Lehrinhalten in der PJ-Betreuung sowie zum Bedarf und Annehmen von Unterstützungsangeboten zu diesem Thema	<i>dann können die sich selber aussuchen, ob sie jetzt grad mal lieber ein Check-up machen will, oder eine Erkältung, oder Kreuzweh, oder Knie tut weh, oder was halt sonst so gibt. ... Das ... bestimmt der Student, weil der muss ja lernen. (Interview_07_Transkript, Pos. 55)</i>	
UK3.2	Einschätzung studentischer Leistungen	Aussagen zur Einschätzung und Kontrolle studentischer Leistungen sowie zum Bedarf und Annehmen von Unterstützungsangeboten zu diesem Thema	<i>die Studierenden überprüfen sich selber jede Woche, und alle vier Wochen gibt es ein Gespräch mit mir und es wird geschaut, ob diese Inhalte auch umgesetzt worden sind oder nicht. Beziehungsweise was sie tun müssen, um etwas nachzuholen, oder was sie tun müssen, damit es im nächsten Monat besser gelingt. (Interview_10_Transkript, Pos. 31)</i>	
UK3.3	Feedback an Studierende	Aussagen zur Rückmeldung und Kommunikation zwischen PjLÄ und PJS sowie zum Bedarf und Annehmen von Unterstützungsangeboten zu diesem Thema	<i>das waren ja nie offizielle Didaktikschulungen. Das waren ja, sei das bei der psychosomatischen Grundversorgung, dass man Gesprächskompetenz lernt und bei der Suchtmedizin und überall und das sind ja Fähigkeiten und Kompetenzen, die man dann beim Patienten anwenden kann aber auch beim Studierenden anwenden kann. (Interview_02_Transkript, Pos. 40)</i>	Es werden alle Aussagen zu Fortbildungen codiert auch wenn sie sich nicht explizit auf die Kommunikation zwischen Ärzt:in und Studierenden beziehen (z.B. Psychosomatische Grundversorgung, Suchtmedizin etc.)

UK3.4	Lehrärztliche Beziehungsgestaltung	Aussagen zur Gestaltung der Beziehung zwischen PjLÄ und PJS sowie zum Bedarf und Annehmen von Unterstützungsangeboten zu diesem Thema	<i>Ich bin jetzt nicht der Typ der so auf Hierarchie ist also ich bin jetzt hier nicht die Chefin, die so: „wumpf und du hast aber“ und so weiter, sondern ich versuch das eigentlich schon im Team zu machen. Natürlich hab ich die Verantwortung, aber ich bin jetzt niemand der jetzt jemand anderen unterdrückt oder sagt: „Du hast das zu machen was ich dir sage.“ Sondern eher schon im Teamgedanken. Also so im, soll man sagen kollegialen Bereich. (Interview_01_Transkript, Pos. 132)</i>	
UK3.5	Rückmeldung zur eigenen Lehre	Aussagen zu Rückmeldungen zur eigenen Lehrtätigkeit sowie des Bedarfs und des Annehmens von Unterstützungsangeboten zu diesem Thema	<i>oder irgendwie so so zu Dinge die sich die Studierenden vielleicht dem Lehrarzt nicht direkt sagen trauen. Also ich glaube meine haben immer alles auch sagen trauen, was nicht gepasst hat. Aber, dass man da ein bisschen so so ein, ein, ein Feedback dann kriegen würde. Das würde mir gefallen. Also auch wieder im Sinne von Coaching. Und dann vielleicht von jemand der eben didaktische Ahnung hat, dass er dann sagt: „Also das ist jetzt offensichtlich nicht so gut gelaufen, das könnte man vielleicht so und so besser machen.“ Am konkreten Beispiel. (Interview_02_Transkript, Pos. 36)</i>	
OK4	Vermittlung der Inhalte auf MDS	Aussagen welche sich auf die Art & Weise der Vermittlung medizindidaktischer Inhalte beziehen	<i>aber das zweite halt auch mein Wissen vermehren, auf welche Art und Weise transportieren sie das. Also als Anschauungsunterricht weil die müssen ja auch eine Didaktik haben wie sie's mir bringen, als Anschauungsunterricht da zu sehen. Ich kann mich noch erinnern an Fortbildungen, es gab eine super Fortbildung wo einer einen sehr schönen Vortrag gehalten hat zu dem Thema das Vortragen nichts nutzt. (Interview_04_Transkript, Pos. 106)</i>	Es werden alle Aussagen zu Fortbildungsangeboten codiert, welche subjektiv als Didaktikweiterbildung wahrgenommen werden. Es erfolgt somit keine Trennung der durch die Lehrärzt:innen vorgenommenen Vermischung von expliziten Didaktikschulungen und Angeboten, welche nicht als Didaktikschulung ausgeschrieben und dennoch als die eigene Lehrtätigkeit betreffend empfunden werden.
UK4.1	schriftliches Informationsmaterial	Äußerungen zu schriftlichen Fort- & Weiterbildungsformaten (Veröffentlichungen, Bücher, Handouts der Univeristät wie z.B. PJ-Logbuch, etc.)	<i>wenn ich die Artikel, die Fortbildungsartikel lese, dann suche ich, versuche ich für mich positive Anregungen rauszuholen und wenn das aber schräg und nicht umsetzbar klingt, vergesse ich es halt wieder. (Interview_02_Transkript, Pos. 68)</i>	
UK4.2	interaktive Trainingseinheiten	Aussagen zu aktivierenden Trainingseinheiten bei MDS (z.B. Rollenspiele, Videoanalysen, Gruppendiskussionen, etc.)	<i>Aber diese Mitmachgeschichten, die gefallen mir nicht. Ich bin kein Bingo-Spieler. [beide lachen] Bin ich nicht. Stand-up-Comedy, die schaue ich mir lieber an, als dass ich da mitmache. (Interview_07_Transkript, Pos. 149)</i>	

UK4.3	Lernatmosphäre	Aussagen zur Lernatmosphäre auf MDS	zum zweiten hat mir gut getan die Offenheit der Studenten untereinander. Wir Ärzte haben das dann, die Lehrkräfte die da da waren haben das auch gemacht dann. Dabei. Und da war's da schlechter mit der Offenheit untereinander. Da war sehr viel mehr so sich verschanzen und in Deckung gehen als wie bei den Studenten. (Interview_04_Transkript, Pos. 86)	
UK4.4	Austausch und Networking	Aussagen zum Austausch und der Vernetzung der PJLÄ untereinander	Wir tauschen natürlich Kollegen intern schon aus, also sowieso in der Praxis. Habe ich schon gesagt, das machen wir alle so ein bisschen unterschiedlich, das wissen wir auch und das besprechen wir auch so ein bisschen. Ich habe mich mit anderen natürlich, mit anderen Kollegen in anderen Praxen einfach unterhalten, die auch Studenten ausbilden, wie die das so machen, aber das ist eher so ein kollegialer Austausch, ohne jetzt irgendwas bewerten zu wollen oder zu können. Nein, so einen theoretischen Unterbau oder sowas habe ich mir nicht zugelegt. (Interview_06_Transkript, Pos. 56)	Es werden alle Aussagen zu angeleitetem und lockerem Austausch / Vernetzung der PJLÄ untereinander zum Zwecke der Studierendenausbildung codiert. Unabhängig davon, ob die Vernetzung tatsächlich auf einer ausgeschriebenen Didaktikfortbildung stattgefunden hat.
UK4.5	Betreuung	Äußerungen zur Betreuung der PJLÄ durch das allgemeinmedizinische Institut der Universität	Der nächste Schritt ist, ihnen das so aufzubürden, dass sie sie für vier Monate nehmen. Aber da muss man es ihnen leicht machen. Man muss ihnen Brücken bauen und das geht nur wenn man sie kennt und wenn man sie kontinuierlich begleitet und nachfragt: „Passt es, geht es, ist das so in Ordnung?“ Also die Begleitung ist es, man kann die nicht allein lassen und sagen: „Jetzt nimm mal und guck dass du zu-rechtkommst“, sondern da muss ein kontinuierlicher Kontakt sein. (Interview_10_Transkript, Pos. 110)	

Tabelle 1 Kategoriensystem

6 Anhang

6.1 Anschreiben der P JLÄ

Allgemeinmedizinisches Institut | Universitätsstr. 29 | 91054 Erlangen

«Anrede»
«Titel» «Vorname» «Nachname»
«Adresse_1»
«PLZ»«Ort»

Allgemeinmedizinisches Institut

Direktor: Prof. Dr. med. Thomas Kühlein

Ansprechpartner: Louisa Hecht
Telefon: 09131 85-31140
Fax: 09131 85-31141
louisa.hecht@fau.de
Universitätsstraße 29
91054 Erlangen

Öffentliche Verkehrsmittel:
Buslinie 293, Haltestelle Lorlebergplatz

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom:
Ihr Zeichen

Unser Zeichen:
(bitte bei Antwort immer angeben)
Unser Zeichen

10.07.2017

**„Welche Erfahrungen machen PJ-Lehrärzte mit Didaktikschulungen?“
– Interviewpartner /-innen gesucht**

Sehr geehrter «Anrede» «Titel» «Nachname» «Kollegen_in_der_PraxisGemeinschaftsprax»,

**wir möchten Sie gerne über eine Studie des Allgemeinmedizinischen Instituts am
Universitätsklinikum Erlangen informieren und zur Teilnahme einladen. Mein Name ist Louisa
Hecht. Ich bin Studentin der Humanmedizin und Doktorandin in der Allgemeinmedizin.**

**Worum geht es? In den letzten Jahren ist Ihre Tätigkeit als Lehrarzt /-ärztin der Allgemeinmedizin
im praktischen Jahr immer wichtiger geworden. In letzter Zeit gab es deshalb immer mehr
Bestrebungen Sie mit Hilfe von Schulungen und Seminaren auf Ihren Aufgabenbereich
vorzubereiten. Uns interessiert, ob und welche Erfahrungen Sie bereits mit Didaktikschulungen und
deren Transfer in den Praxisalltag gemacht haben. Wir möchten diese Erkenntnisse nutzen, um
damit die Schulungen für Sie in Zukunft noch attraktiver und praxisbezogener zu gestalten.**

**Ich bitte daher um Ihre freiwillige Mithilfe und
möchte Sie zu einem persönlichen Interview einladen.**

**Für das Interview werde ich Sie an einem Termin Ihrer Wahl in Ihrer Praxis besuchen. Dieses wird
etwa 60 Minuten dauern. Wenn Sie Zeit und Interesse haben teilzunehmen, bitte ich um
Rückantwort per Fax, E-Mail oder Telefon. Gerne werde ich mich zur Absprache des Interview-
termins mit Ihnen in Verbindung setzen. Zur Beantwortung möglicher Fragen Ihrerseits erreichen
Sie uns unter der Telefonnummer 09131 / 85 - 31140 oder über die angegebene E-Mail-Adresse.**

Mit freundlichen Grüßen
Louisa Hecht

Prof. Dr. Thomas Kühlein

Hinweise zur Befragung

Sie leisten durch Ihre Teilnahme an der Studie einen wesentlichen Beitrag zur allgemeinmedizinischen Lehr- & Didaktikforschung und damit auch zur Förderung des Nachwuchses in der Allgemeinmedizin. Nachteile bei dieser Befragung sind keine zu erwarten. Falls Sie das Gefühl haben, dass etwas nicht wunschgemäß verläuft, wenden Sie sich bitte an die Studienleitung.

Informationen zum Datenschutz und Rücktrittsrecht

Datenschutz

Es ist mir nicht möglich das Gesagte im Interview vollständig mitzuschreiben. Daher wird das Gespräch mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht. Für die Auswertung werden Ihre Daten, also Ihr Name und andere personenbezogene Angaben, anonymisiert. Eine Zuordnung Ihrer Daten zu Ihrer Person ist somit nicht mehr möglich. Dritte Personen außerhalb des Projektteams erhalten keinen Einblick in die Originalunterlagen. Nach Ausfertigung und Abgabe meiner Doktorarbeit, werden die Tonaufzeichnungen unwiderruflich gelöscht. Die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes werden eingehalten.

Rücktrittsrecht

Ihre Teilnahme an der Befragung ist freiwillig und Sie haben das Recht, Ihr Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückzuziehen. Bei Rücktritt von der Befragung kann auf Wunsch bereits gewonnenes Datenmaterial bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung vernichtet werden. Nach erfolgter Anonymisierung können Ihre Daten / Materialien bei einem Rücktritt nicht mehr zurückverfolgt und somit auch nicht vernichtet werden.

Rückantwort zur Studie
„Welche Erfahrungen machen PJ-Lehrärzte mit Didaktikschulungen?“
Eine qualitative Befragung von Hausärzten

Bitte übersenden Sie uns Ihre Antwort bis zum Freitag, 28.07.2017.

Bitte per Fax an: 09131 – 85 31141 oder
Per Mail an: allgemeinmedizin@uk-erlangen.de

Prof. Dr. Thomas Kühlein und Louisa Hecht
Allgemeinmedizinisches Institut am Universitätsklinikum Erlangen
Universitätsstraße 29
91054 Erlangen
Tel.: 09131-85-31140

Ich interessiere mich für die Teilnahme an der Studie und möchte kontaktiert werden per

Per Telefon: _____

Zu folgenden Zeiten: _____

Per Mail: _____

Ihr Name: _____

Ihre Anschrift: _____

Ihre Faxnummer: _____

Datum und Unterschrift

6.2 Demographischer Kurzfragebogen

Allgemeinmedizinisches Institut | Universitätsstr. 29 | 91054 Erlangen

Herr /Frau

Allgemeinmedizinisches Institut

Direktor: Prof. Dr. med. Thomas Kühlein

Ansprechpartner: Louisa Hecht
Telefon: 09131 85-31140
Fax: 09131 85-31141
louisa.hecht@fau.de
Universitätsstraße 29
91054 Erlangen

27.10.2017

**Kurzfragebogen zur Erfassung der demographischen Angaben zur Studie:
„Welche Erfahrungen machen PJ-Lehrärzte mit Didaktikschulungen?“**

Sehr geehrter Herr / Frau,

Den ausgefüllten Fragebogen können Sie entweder an 09131 85-31141 (Allgemeinmedizinisches Institut) faxen, oder per Mail an mich zurücksenden.

Vielen Dank und bis bald!

Mit besten Grüßen,

Louisa Hecht

Hinweis: Der Kurzfragebogen dient der Erfassung demografischer Angaben, die als Auswahlkriterium der Probanden vor der Durchführung des Interviews relevant sind. Durch die vorab durchgeführte Ermittlung dieser Angaben wird das eigentliche Interview von Ja/Nein-Abfragen entlastet. Darüber hinaus können die hierbei erfassten Hintergrundinformationen auch dem Gesprächseinstieg dienen.

1. *Wie ist Ihre genaue Position in der Praxis?*

Praxisinhaber

Angestellt in Praxis

2. *Sind Sie in einer Einzelpraxis oder einer Gemeinschaftspraxis tätig?*

Einzelpraxis

Gemeinschaftspraxis

3. *Bitte geben Sie an, ob Sie im ländlichen Bereich oder einer Stadt tätig sind?*

Ländliche Region

Stadt

vorstädtischer Bereich

4. *Wie lautet Ihre genaue Facharztbezeichnung?*

Facharzt für Allgemeinmedizin

Facharzt für Innere Medizin

Praktischer Arzt

Keine der angegebenen Bezeichnungen

➡ RÜCKSEITE

5. *Wie lange sind Sie schon ärztlich tätig?*

___ Jahre davon _____ Jahre im hausärztlichen Bereich

6. *Wie lange sind Sie schon als PJ-Lehrarzt/-in tätig?*

___ Jahre

7. *Wie viele PJ-Studierende haben Sie bisher in Ihrer Praxis betreut?*

___ Studenten

8. *Wie viele Fortbildungsstunden im Bereich Didaktik haben Sie insgesamt schon besucht?*

___ Stunden insgesamt

9. *Wie viele Stunden davon behandelten dabei ausschließlich das Thema Didaktik als PJ-Lehrarzt?*

___ Stunden insgesamt

10. *Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.*

Weiblich

Männlich

6.3 Interviewleitfaden

Interviewleitfaden zur Studie

„Welche Erfahrungen machen PJ-Lehrärzte mit Didaktikschulungen?“
Eine qualitative Befragung von Hausärzten

Einleitung

- Begrüßung, eigene Vorstellung, für Teilnahme danken
- Dauer: ca. 30 - 60 Minuten
- Aufzeichnung des Interviews, da kein Mitschreiben möglich
- Auswertung anonymisiert
- Hinweis auf Anfertigung eigener Notizen
- Rückfragen?

Hauptfragen

Hinweis an Interviewer: *Schlüsselfragen* - kursiv gedruckt; Eventualfragen – senkrecht gedruckt

1. *Gebliebene Eindrücke aus den Schulungen*

Filterfrage: Je nach Antwort zu Frage 7 und 8 im demografischen Fragebogen

Beide Antworten waren ≥ 1 Stunde:

Herr / Frau ..., Sie haben sich bisher auf Ihren Fortbildungen xx Stunden mit dem Thema „Didaktik in der PJ-Lehrarztpraxis“ beschäftigt. Welcher Eindruck ist Ihnen von diesen Schulungen geblieben?

- Welche Erwartungen hatten Sie an die Schulungen und wie wurden diese erfüllt?
- Was hat Ihnen besonders gut gefallen? Was haben Sie in schlechter Erinnerung?
- Inwiefern hat Ihnen die Schulung in ihrer Arbeit mit PJ-Studierenden geholfen?

Im Folgenden würde ich gerne noch Genaueres über die Schulung an sich erfahren. Wie beurteilen Sie die Rahmenbedingungen, in denen die Schulung stattfand?

- Wie schätzen sie den zeitlichen und finanziellen Aufwand, den Sie für die Schulungen hatten ein?
- Wie haben Sie die Räumlichkeiten in Erinnerung? (Waren sie leicht zu erreichen? Waren Sie den Schulungszwecken dienlich?)
- Wie haben Sie die Kompetenz der Dozenten erlebt? Erinnern Sie sich an Beispiele in denen diese flexibel auf Ihre Bedürfnisse eingegangen sind?
- Gab es Situationen in denen Sie sich und Ihre eigene Erfahrung in die Schulung einbringen konnten?

Was war für Sie während den Schulungen besonders bereichernd?

- Inwieweit wurden diese für Sie bereichernden Aspekte bereits in anderen Schulungen zum Thema Didaktik und Weiterbildung behandelt?
- Was haben Sie auf der Schulung für PJ-Lehrärzte vermisst? Welche Dinge empfanden Sie am ehesten als überflüssig?
- Welche (anderen) Themenbereiche wurden während der Schulung behandelt?
- Ich nenne Ihnen nun noch ein paar weitere Themenbereiche. Remembern Sie sich daran, dass auch eines der folgenden Themen behandelt wurde?
 - Feedback-Kultur
 - Konsultationskompetenz
 - Vermittlung der Kompetenzen an die Studierenden
 - Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle als PJ-LehrärztIn
 - Aufbau einer Arzt-Student-Beziehung
 - Student in Schwierigkeiten
 - Medieneinsatz
 - Rechtliches & Finanzielles
- Wie wurden die Inhalte vermittelt? An welchen Stellen während der Schulung war für Sie der Praxisbezug zur Arbeit mit den Studierenden besonders gut herzustellen?
- Wie erlebten Sie den Austausch unter Schulungskollegen? (während & nach der Schulung)

Antwort war Frage 7 ≥ 1 Stunde / Frage 8 = 0 Stunden:

Sie haben angegeben, Sie haben xx Fortbildungsstunden zum Thema Weiterbildung und Didaktik im Allgemeinen absolviert. Aber Sie haben noch keine Schulung zum Thema Didaktik in der PJ-Lehrpraxis im Speziellen besucht. Warum nicht?

- Inwiefern hat Ihnen die Schulung auch in ihrer Arbeit mit PJ-Studierenden geholfen?
- Welche Themen aus den bereits besuchten Schulungen können Sie auch für Ihre Arbeit mit PJ-Studierenden übernehmen?
- Welche Themen haben Sie als PJ-LehrärztIn vermisst?
- Welche (anderen) Themenbereiche wurden während der Schulung behandelt?
- Ich nenne Ihnen nun noch ein paar weitere Themenbereiche. Remembern Sie sich daran, dass auch eines der folgenden Themen behandelt wurde?
 - Feedback-Kultur
 - Konsultationskompetenz
 - Vermittlung von Kompetenzen an die Studierenden
 - Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle als PJ-LehrärztIn
 - Aufbau einer Arzt-Student-Beziehung

- Student in Schwierigkeiten
- Medieneinsatz
- Rechtliches & Finanzielles
- Was würden Sie sich für eine Schulung ausschließlich zum Thema Didaktik in der PJ-Lehrarztpraxis wünschen?

Antwort war Frage 7 = 0 Stunden / Frage 8 = 0 Stunden:

Sie haben angegeben, noch keine Schulung zum Thema Weiterbildung und Didaktik besucht zu haben. Warum nicht?

- Inwiefern haben Sie sich schon mit dem Thema Didaktik in der PJ-Lehrarztpraxis beschäftigt?
- Was würden Sie sich für eine Schulung ausschließlich zum Thema Didaktik in der PJ-Lehrarztpraxis wünschen?

2. Kenntnisstand über alternative Fortbildungsangebote

Welche anderen Fortbildungsformate kennen Sie zu dem Thema Didaktik in der PJ-Lehrarztpraxis?

- Mögliche Angebote: andere nationale / internationale Schulungen (Intensiviertes PJ in der Allgemeinmedizin, Tag der Allgemeinmedizin, EURACT), Fachlektüre, Veröffentlichungen
- Wie sehr haben diese Angebote Sie in Ihrer bisherigen Arbeit mit PJ-Studierenden unterstützt?

3. Transfer in den Praxisalltag

Bitte denken Sie nun an Ihren Alltag in der Lehrarztpraxis. Konnten Sie das, was Sie aus den Schulungen mitgenommen haben auch in der Arbeit mit den PJ-Studierenden umsetzen? Wie ist es Ihnen dabei ergangen?

- ⇒ Anmerkung an den Interviewer: bei Antwort zu Frage 7 = 0 Stunden – Frage anpassen. Zum Beispiel:
Bitte denken Sie nun an Ihren Alltag in der Lehrarztpraxis. Können Sie sich vorstellen, warum die Teilnahme an einer Didaktikschulung für Sie ein Gewinn wäre?
- In welchen Bereichen konnten Sie durch die Schulungen mehr Sicherheit gewinnen?
(Feedback, Struktur, Lehre)
 - ⇒ In welchen Bereichen denken Sie, dass Ihnen eine Teilnahme an einer Didaktikschulung mehr Sicherheit einbringt?
- An welche schwierigen Situationen können Sie sich erinnern, die Sie nach der Schulungsteilnahme leichter meistern konnten? (Student in Schwierigkeiten, Arzt-Student-Beziehung, Rollenfindung, etc.)
 - ⇒ Können Sie sich an schwierige Situationen in Ihrer Lehrarzt-Praxis erinnern, in der Sie sich gewünscht haben Unterstützung von außen zu bekommen?

- Was genau hat Ihnen in diesen Situationen geholfen? (Unterlagen aus Schulung, Netzwerk zu anderen Kollegen, bisherige Erfahrung, Ausprobieren)
- Gibt es etwas, das Ihnen bisher in Ihrer Arbeit mit PJ-Studierenden gänzlich fehlt?

Schluss und Verabschiedung

- Wir haben nun viel über Ihre Erfahrungen mit Didaktikschulungen für PJ-Lehrärzte gesprochen. Zusammenfassend kann man sagen dass Sie ...
- Gibt es für Sie noch ein offenes Thema, das wir nicht behandelt haben?
- Ich möchte mich für Ihre Antworten und für die offenen Worte bei Ihnen bedanken und wünsche Ihnen einen schönen Tag.