

Aus der Universitätsklinik für Kardiologie und Angiologie
der Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Erleben und Lernen in der Famulatur

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

Dr. med.

(doctor medicinae)

an der Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

vorgelegt von
aus
Magdeburg

Marc Gottschalk
Hagen
2020

Bibliographische Beschreibung

Gottschalk, Marc:

Erleben und Lernen in der Famulatur. - 2020. - 03 Abb., 13 Tab., 08 Anl.

Kurzreferat

Die Famulatur stellt den ersten Ausbildungsabschnitt dar, in dem Medizinstudierende praxisnah und frei von Lernzielvorgaben an der Patientenversorgung teilnehmen. Das Magdeburger Curriculum zur Versorgungskompetenz (MCV) (Spura et al. 2016) wurde zur Vorbereitung der Praxisphasen im Medizinstudium geschaffen. Ziel dieser Studie ist, A) das subjektive Erleben und Lernen der Studierenden in der Famulatur und B) die Bedeutung der drei Leitideen des MCV im Famulaturalltag zu untersuchen. 2014 und 2015 wurden mit 12 Medizinstudierenden des 3. Studienjahres qualitative Leitfadeninterviews nach ihrer ersten Famulatur geführt. Zur Analyse erfolgte die Codierung der in den Leitideen des MCV enthaltenen Lernziele kombiniert mit einer qualitativen strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2003). Die Auswertung ergab für A) das subjektive Erleben und Lernen 4 Hauptkategorien: 1) „Bewältigung von Unsicherheiten“ 2) „Famulatur als soziales Arrangement“ 3) „Famulatur als Lernchance“ und 4) „Famulatur als Lehrchance“. Für B) die Relevanz des MCV ergab sich eine starke Präsenz aller drei Leitideen im Famulaturalltag. Es zeigte sich aber eine Unterrepräsentation komplexer bzw. aufwendiger Lernziele. Die Ergebnisse belegen, dass die Perspektive der Studierenden zwar noch wenig patientenorientiert, dafür aber auf die Bewältigung von Unsicherheiten, eines relativ unkoordinierten Theorie-Praxis-Transfers sowie die Orientierung in einem neuen sozialen Umfeld fokussiert ist. Gleichzeitig bietet die Famulatur unmittelbare Einblicke in die ärztliche Tätigkeit, deren Abläufe, Interaktionen und Regeln. Die Ergebnisse zeigen weiterhin, dass das MCV für den Famulaturalltag relevant ist und Studierende von Lehrveranstaltungen zu diesem profitieren könnten.

Schlüsselwörter

Famulatur, Erleben, Lernen, Magdeburger Curriculum zur Versorgungskompetenz

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis	5
1. Einleitung.....	6
1.1 Rechtlicher Rahmen: Die ärztliche Approbationsordnung	6
1.2 Famulaturinhalte und -kompetenzen.....	7
1.3 Medizinische Ausbildungsforschung zur Famulatur.....	9
1.3.1 Famulatur als Übergang in die medizinische Praxis.....	11
1.3.2 Erwartungen von Studierenden an die Famulatur	11
1.3.3 Erwartungen an Famulaturstudierende.....	12
1.3.4 Individuelle soziale Einflussfaktoren auf das Famulaturerleben	12
1.3.5 Strukturelle Einflussfaktoren auf die Famulaturqualität	13
1.3.6 Der Einflussfaktor der Interprofessionalität auf die Famulatur.....	14
1.3.7 Problemfelder für Famulaturerleben und -qualität.....	14
1.4 Famulatur als Lehraufgabe - Didaktische Ansätze	15
1.5 Der Forschungskontext.....	17
1.5.1 Die Seminarreihe „Fit für Famulatur“.....	17
1.5.2 Curriculare Leitidee: Das Magdeburger Curriculum zur Versorgungskompetenz (MCV).....	19
1.5.3 Seminarbegleitende Evaluations- und Ausbildungsforschung.....	19
1.6 Zusammenfassung und Forschungsfrage	20
2. Material und Methoden.....	21
2.1 Gütekriterien qualitativer Forschung.....	21
2.2 Feldzugang und Datenerhebung.....	21
2.2.1 Datenerhebung: Qualitative Leitfadeninterviews	21
2.2.2 Feldzugang und Interviewsituation	23
2.3 Sample	23
2.3.1 Grundgesamtheit und Samplingstrategie.....	23

2.3.2 Vorstellung des Samples	24
2.4 Interviewdokumentation	25
2.5 Analyse und Auswertung: Qualitative Inhaltsanalyse mit induktiver und deduktiver Kategorieinbildung	25
2.5.1 Sichtung und Reflektion des Materials	26
2.5.2 Analysepfad A: Famulaturerleben - induktiv-deduktive Kategorienbildung	27
2.5.3 Analysepfad B: Relevanz der MCV-Leitidee für das Famulaturerleben - deduktive Kategorienbildung	28
3. Ergebnisse	30
3.1. Teil A: Das Erleben der Famulatur - Ergebnisse der induktiven Inhaltsanalyse .30	30
3.1.1 Fallporträts der ausgewählten Eckfälle	30
3.1.2 Unsicherheiten der Famulatur.....	39
3.1.3 Famulatur als soziales Arrangement.....	44
3.1.4 Famulatur als Lernchance	46
3.1.5 Famulatur als Lehrchance	51
3.2 Teil B: Relevanz der Lernziele des Magdeburger Curriculums zur Versorgungskompetenz - Ergebnisse der deduktiven Inhaltsanalyse.....	55
3.2.1 Ergebnisse zur Leitidee „interdisziplinäre klinische Abläufe verstehen“	56
3.2.2 Ergebnisse zur Leitidee „interprofessionell zusammenarbeiten“	60
3.2.3 Ergebnisse zur Leitidee „Einzelfall- und systembezogenes Handeln“	62
4. Diskussion	66
4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	66
4.2 Teil A: Famulaturerleben - Zusammenfassung und Literaturvergleich.....	66
4.2.1 Unsicherheiten in der Famulatur	68
4.2.2 Famulatur als soziales Arrangement von Rollen und Beziehungen	71
4.2.3 Die Famulatur als Lernchance	73
4.2.4 Famulatur als Lehrchance	74
4.3. Teil B: Lernziele des Magdeburger Curriculums zur Versorgungskompetenz - Zusammenfassung und Literaturvergleich	76
4.3.1 Interdisziplinäre klinische Abläufe verstehen	77
4.3.2 Interprofessionell zusammenarbeiten	78

4.3.3 Einzelfall- und systembezogenes Handeln	78
4.4 Limitationen und methodische Einschränkungen.....	79
4.4.1 Diskussion des Samples.....	79
4.4.2 Einflussfaktoren in der Interviewsituation	79
4.4.3 Verfahrensdokumentation.....	80
4.4.4 Nutzung von Feedback.....	80
4.4.5 Limitationen des Studiendesigns	80
4.5 Ausblick.....	81
4.5.1 Weiterführende Forschungen	81
4.5.2 Implikationen für die Praxis.....	81
4.6 Schlussfolgerungen.....	82
5. Zusammenfassung.....	83
Literaturverzeichnis	84
Danksagung.....	96
Ehrenerklärung.....	97
Darstellung des Bildungsweges.....	98
Anhang.....	99
A) Beispiel-Fallvignette: Fit für Famulatur 2014	99
B) Interviewleitfäden.....	101
Fragebogen 1 – 1. Erhebungswelle 2014	101
Fragebogen 2 – 2. Erhebungswelle 2015	104
C) Transkriptionsregeln.....	108
D) Zusammenfassung der Paraphrasen.....	109
E) Zusammenfassung der Relevanz der Lernziele	120

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Dimensionen des NKLM	9
Abbildung 2: Ablaufmodell Analysepfade.....	26
Abbildung 3: Dimensionen des Famulaturerlebens.....	67

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Unterschiede zwischen Clerkship (USA) und Famulatur (Deutschland)	10
Tabelle 2: Ablauf Fit für Famulatur im Vergleich	18
Tabelle 3: Skillsparcours Fit für Famulatur (1. Tag)	18
Tabelle 4: Demografie der Befragten („Sample“)	24
Tabelle 5: Konkretisierte Lernziele des MCV	29
Tabelle 6: Samplestruktur der Eckfälle	31
Tabelle 7: Transkriptionsregeln	108
Tabelle 8: Anonymisierungsregeln.....	108
Tabelle 9: Farbkodierung der induktiv gebildeten Kategorien	109
Tabelle 10: Zuordnung der prozessierten Paraphrasen	109
Tabelle 11: Auswertung Leitidee 1.....	120
Tabelle 12: Auswertung Leitidee 2.....	121
Tabelle 13: Auswertung Leitidee 3.....	121

Abkürzungsverzeichnis

ABIM = American Board of Internal Medicine

ACP-ASIM = American College of Physicians - American Society of Internal Medicine

AMCC = Association of American Medical Colleges

ÄApprO = Ärztliche Approbationsordnung

BMJV = Bundesministerium der Justiz und des Verbraucherschutzes

BMG = Bundesministerium für Gesundheit

DEGAM = Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

FSJ = Freiwilliges Soziales Jahr

FSMB = Federation of State Medical Boards of the United States

GMA = Gesellschaft für medizinische Ausbildung

IMPP = Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen

MFT = Medizinischer Fakultätentag

MCV = Magdeburger Curriculum zur Versorgungskompetenz

NBME = National Board of Medical Examiners

NKLM = Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin

PJ = Praktisches Jahr

SCLO = Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training

USMLE = United States Medical Licensing Examination

VHZMK = Vereinigung der Hochschullehrer Für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

1. Einleitung

Die ärztliche Approbationsordnung (ÄApprO) regelt das in einen ersten und zweiten Studienabschnitt gegliederte deutsche Medizinstudium, welches durch insgesamt drei Staatsexamensprüfungen testiert wird. Die Famulatur¹ ist zwischen Pflegepraktikum und Praktischem Jahr (PJ) die erste Praxisphase, in der Studierende die Patientenversorgung aus der Perspektive ärztlicher Novizinnen bzw. Novizen erleben, indem sie die noch neue ärztliche Rolle (probenweise und begrenzt) annehmen können. Die Famulatur ist somit auch Teil des medizinischen Sozialisationsprozesses (Becker 2008, S. 1–17). Die berufsbiographische Relevanz zeigt sich ebenfalls für die Herausbildung fachlicher Präferenzen und die spätere Orientierung bei der ärztlichen Weiterbildung (Werwick et al. 2017). Die Studierenden gewinnen durch das Erleben arbeitsspezifischer Abläufe und Tätigkeiten ein praxisnahes Bild der jeweiligen Fachrichtung (Werwick et al. 2017; Al-Heeti et al. 2012; Maiorova et al. 2008). Dennoch ist die Famulatur als Bildungsprozess - insbesondere im Rahmen des deutschen humanmedizinischen Regelstudienganges - noch wenig beforscht. Ziel dieser Arbeit ist, ein empirisch gestütztes Bild dieser Praxisphase zu erhalten. Dafür wird im ersten Schritt das Erleben der Famulatur aus der Perspektive der Studierenden erhoben. Im zweiten Schritt wird überprüft, ob sich die Inhalte der fakultativen Seminarreihe „Fit für Famulatur“ (Spura et al. 2016), die den Forschungskontext für diese Studie darstellt, im studentischen Famulaturerleben widerspiegelt. Es wird damit auch das übergeordnete didaktische Konzept des Magdeburger Curriculums zur Versorgungskompetenz (Spura et al. 2016) als ein für die Famulatur relevantes Ausbildungskonzept evaluiert.

1.1 Rechtlicher Rahmen: Die ärztliche Approbationsordnung

Zweck der Famulatur soll es sein, „die Studierenden mit der ärztlichen Patientenversorgung in Einrichtungen der ambulanten und stationären Krankenversorgung vertraut zu machen“ (§7 Abs. 1 ÄApprO). Für sogenannte Modellstudiengänge sieht die Approbationsordnung - auch für das Zusammenspiel theoretischen und praktischen Lernens - Sonderregelungen vor (§47 ÄApprO). Die Famulatur soll jeweils in der vorlesungsfreien Zeit nach bestandem ersten (M1) und vor dem zweiten Staatsexamen (M2) geleistet werden (§ 7 Abs. 4 ÄApprO). Sie stellt mit vier Monaten Gesamtdauer den größten Anteil der praktischen Ausbildung im zweiten Studienabschnitt dar. Die Famulatur ist gegliedert in ein zwei monatiges Praktikum in der stationären Krankenversorgung, sowie jeweils ein Praktikum von einem Monat in einer ambulanten und einer hausärztlichen Versorgung (§7 Abs. 2 ÄApprO). Dies entspricht etwa 640 Famulaturstunden, die bis zum zweiten Staatsexamen nachgewiesen werden müssen. Im Gegensatz hierzu beträgt die vorgegebene Stundenzahl für Blockpraktika und Unterricht am Krankenbett im selben Zeitraum zusammen 476 Stunden (§2 Abs. 3 ÄApprO). Die Abschnitte in den

¹ lat. famulus, „Diener“

einzelnen Sektoren können in verschiedenen Fächern und Einrichtungen aufgeteilt werden, wengleich sich die jeweiligen Landesprüfungsämter Einschränkungen vorbehalten (Landesverwaltungsamt Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe Sachsen-Anhalt 2016). Eine Anrechnung von Famulaturen im Ausland ist prinzipiell möglich.

1.2 Famulaturinhalte und -kompetenzen

Wengleich die Approbationsordnung außer dem zitierten Absatz 1 in §7 keine weiteren Aussagen zu Inhalten oder Zielen trifft, erfordert die Famulatur den Erwerb von Wissen, Fertigkeiten und professionellen Haltungen (Rotthoff et al. 2015; GMA, MFT, VHZMK 2015; Spura et al. 2016).

Das Erlernen professioneller Haltungen ist eines der wesentlichen Lernziele des Medizinstudiums. Obwohl bereits in der Antike durch den Kodex von Hammurabi (2000 v. Chr.) beschrieben, begann die aktuelle wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Begriff der medizinischen Professionalität erst um das Jahr 2000 (Levinson et al. 2014, S. 41). Das American Board of Internal Medicine hat eine *Physician Charter* (ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation and European Federation of Internal Medicine 2002) für Professionalität veröffentlicht, welche mittlerweile international anerkannt ist und Einzug in die Curricula der amerikanischen Universitäten gefunden hat (AAMC 1998). Die Grundwerte besagter Charta sind: Patientenzentrierte Versorgung, Integrität und Verlässlichkeit, Streben nach Exzellenz sowie eine faire und ethische Verteilung von Ressourcen. Die Praxisphasen im Studium sind zum Erlernen dieser Werte prädisponiert. Typische Situationen, in denen Studierende professionelles Verhalten erleben, sind sowohl der Kontakt mit Patienten und deren Angehörigen als auch explizite Lernsituationen, in denen Studierende und Ärzte miteinander interagieren (Karnieli-Miller et al. 2010). Resultat der curricularen Einbindung des Themas „Professionalität“ in vielen amerikanischen Universitäten war die Erkenntnis, dass die im Studium theoretisch unterrichtete Professionalität nicht dem Klinik- bzw. Praxisalltag entsprach. Dadurch entstand eine Diskrepanz zwischen idealtypischer Lehre und dem gelebten (*role-modeled*) Professionalismus. Diese Abweichungen werden heute als *hidden curriculum* bezeichnet (Hafferty und Franks 1994). So können professionelle studentische Orientierungen Studierenden in der Klinik mitunter zum Nachteil ausgelegt werden: Sie können schlechtere Bewertungen erhalten, es können Nachteile hinsichtlich zukünftiger Karrierechancen entstehen oder sie können „Missbrauch“ durch ihre Vorgesetzten ausgesetzt sein (Brainard und Brislen 2007; Browning et al. 2007). Je größer die Abweichung zwischen formellem und *hidden curriculum* ist, desto mehr Studierende werden zusätzlichem Stress und Behinderungen in ihrem Lernprozess ausgesetzt (Levinson et al. 2014, S. 175–182). Es muss allerdings hervorgehoben werden, dass die Zahl der Erfahrungen, in denen eine positive Ausübung von professionellem Verhalten erfolgt, überwiegt. Studierende erleben diesbezüglich Assistenzärzte und Fach/Oberärzte als zentrale Figuren (Karnieli-Miller et al. 2010).

In der Medizindidaktik wurde der Kompetenzbegriff maßgeblich durch die Definition nach Weinert (Weinert 2014, S. 27) geprägt. Er versteht unter Kompetenzen „die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können“. Aus einer erweiterten wissenspsychologischen Perspektive, stehen Kompetenzen für eine Verschmelzung von Wissen und Können (Lersch und Schreder 2013, S. 37). Für das Medizinstudium bedeutet dies, dass Studierende in einer Kombination von erlernbaren Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen sowie dazugehöriger Wissensbestände ausgebildet werden sollen (Wissenschaftsrat 2018).

Während aber beispielsweise in den USA ein enger curricularer Rahmen für medizinische Praktika durch die Inhalte der USMLE Prüfungen gesetzt wird (FSMB, NBME 2017a, 2017b), existieren in Deutschland für die Famulatur lediglich einige Initiativen auf Ebene der Fakultäten oder Fachgesellschaften hinsichtlich der zu erfüllenden Lern- bzw. Kompetenzziele (BDI 2018; DEGAM 2018). Es findet aktuell weder eine hinreichende inhaltliche Strukturierung der Famulatur noch eine ausreichende Reflexion der studentischen Erlebnisse, wie sie z.B. im Rahmen des MCV demonstriert wurde (Spura et al. 2016), statt.

Der internationale und auch deutsche hochschul- und medizindidaktische Diskurs bewirkte in den letzten Jahren eine Neuausrichtung von einer wissensbasierten zu einer kompetenzorientierten medizinischen Ausbildung, aktuell auch für die Weiterbildung in Deutschland (Spura et al. 2016; Spura und Robra 2018). Anhand der Relevanz verschiedener praktischer Tätigkeiten wurde der Begriff der „Famulaturreife“ formuliert (Stosch et al. 2011). Hierbei stellten sich besonders die Anamnese, eine sachgerechte Händedesinfektion, aber auch das Blutabnehmen und Legen von Venenverweilkanülen als wichtig heraus. Einen wichtigen Orientierungsrahmen für Kompetenzorientierung im Medizinstudium stellt der aktuell in Überarbeitung befindliche „Nationale Kompetenzorientierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM)“ dar (GMA, MFT, VHZMK 2015). Im 2017 von der Bundesregierung formulierten „Masterplan Medizinstudium 2020“ sind die Eckpunkte zur Neuausrichtung des Medizinstudiums beschrieben. Unter anderem ist die curriculare Umsetzung und Verankerung des NKLM in der äApprO eine von 37 Kernforderungen (BMG 2017). Der NKLM führt zurück auf das vom Royal College of Physicians and Surgeons of Canada beschriebene mehrgliedrige ärztliche Rollenmodell, untersetzt mit spezifischen Kompetenzanforderungen der ärztlichen Tätigkeit (Frank et al. 2015; GMA, MFT, VHZMK 2015).

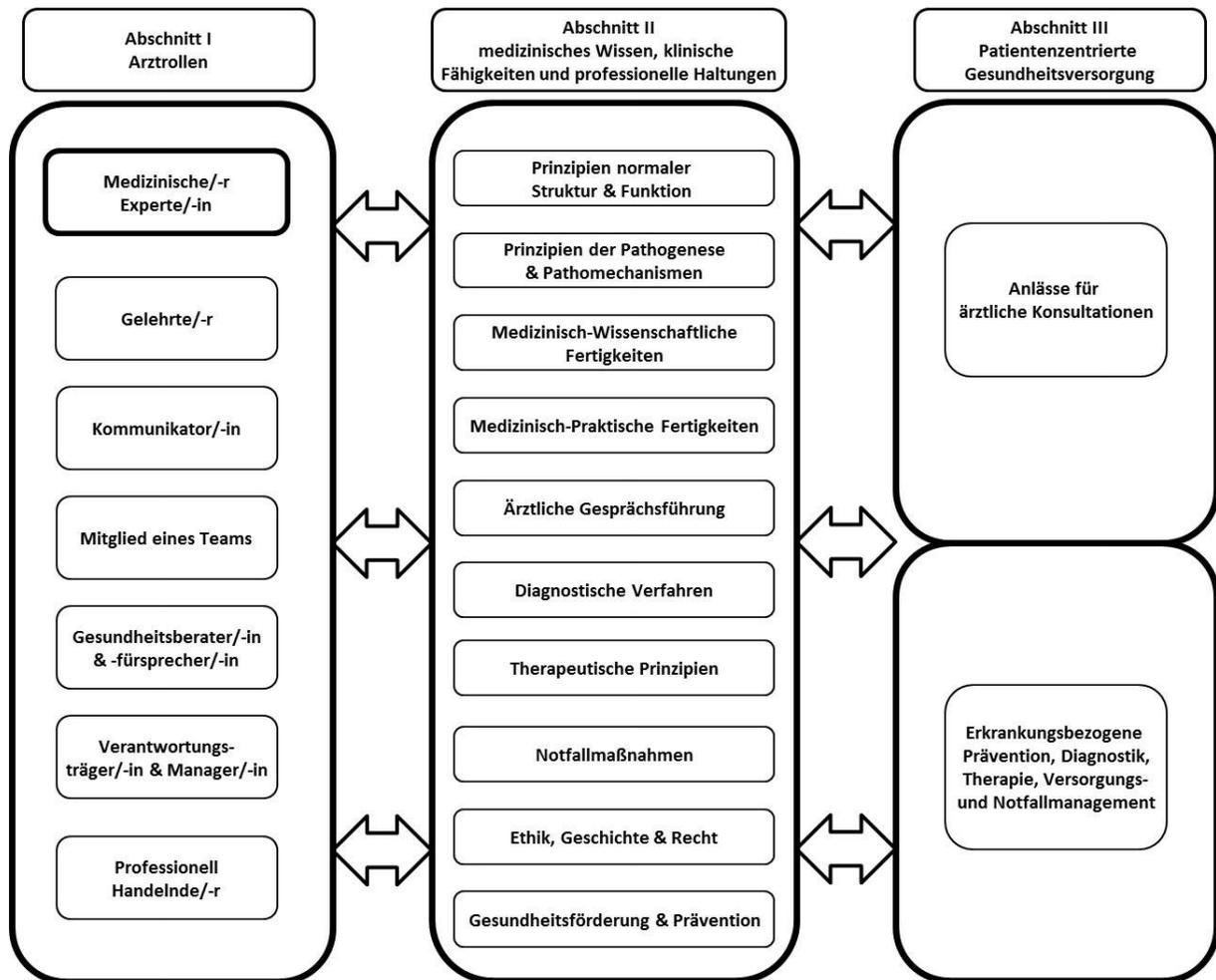


Abbildung 1: Dimensionen des NKLM aus GMA, MFT, VHZMK 2015

Der Lernprozess wird mithilfe von Meilensteinen, die den Fortschritt über den Verlauf des Studiums abbilden, strukturiert. Der NKLM sieht zwar keine famulaturspezifischen Vorgaben vor, aber er definiert neben den ärztlichen Rollen auch „Basiskompetenzen für die Ausbildung mit unmittelbarem Patientenbezug“ welche nach Erwerben des ersten Staatsexamens vorhanden sein sollen (GMA, MFT, VHZMK 2015). Hierbei ist zu bemerken, dass zu Beginn der ersten Famulaturen administrative bzw. komplexe Rollen wie z.B. die des Managers und Verantwortungsträgers, des Gelehrten oder des Gesundheitsfürsprechers auf vergleichsweise niedrigen Kompetenzniveaus beherrscht werden sollen. Die Rollen des Medizinischen Experten, des Kommunikators und des Teammitgliedes stehen in dieser Ausbildungsphase eher im Vordergrund (GMA, MFT, VHZMK 2015).

1.3 Medizinische Ausbildungsforschung zur Famulatur

Für die weltweite - so auch für die deutsche - Praxisphasen- und Famulaturforschung stellen US-amerikanische und kanadische Erkenntnisse (wie die hochschuldidaktischen und politischen Diskurse) einen wesentlichen Referenzpunkt dar. Jedoch nehmen die Praxisphasen

quantitativ und qualitativ in den verschiedenen nationalen Ausbildungssystemen unterschiedliche Rollen ein. Das US-amerikanische Medizinstudium dauert in der Regel 4 Jahre und teilt sich in einen zweijährigen vorklinischen und einen darauffolgenden klinischen Studienabschnitt (Stanford School of Medicine 2017; FSMB, NBME 2018). Letzterer besteht im dritten und vierten Studienjahr vornehmlich aus der Rotation durch verschiedene Praktika, sog. *clerkships*, in verpflichtenden und frei wählbaren Fächern. Die Studierenden befinden sich zu diesem Zeitpunkt durchgehend im Krankenhaus und die Arbeitsdauer entspricht der von Ärzten. Das Studium wird am Ende des 4. Jahres durch Absolvieren der *United States Medical Licensing Examination (USMLE) Step 2*-Prüfungen (FSMB, NBME 2017a, 2017b) abgeschlossen. Nachdem die Studierenden ein einjähriges *internship* (entspricht deutschem PJ) absolviert sowie die USMLE Step 3 -Prüfung abgelegt haben, können sie eine weiterbildungsähnliche Phase (*residency*) beginnen. Obwohl einige Unterschiede zwischen amerikanischem *clerkship* und deutscher Famulatur existieren, gibt es wesentliche Überschneidungen hinsichtlich Zeitpunkt, Vorwissen, Studienkontext und Lernzielen (vgl. Tabelle 1) (Timm et al. 2015). Im US-amerikanischen Curriculum kommt dem *clerkship* eine wesentlich höhere Bedeutung als der deutschen Famulatur im Medizinstudium zu. Trotzdem gibt es besonders zu Beginn eine Vielzahl von Gemeinsamkeiten, die eine teilweise Übertragbarkeit von Forschungsergebnissen zwischen den beiden Lehrformen plausibel erscheinen lässt:

Tabelle 1: Unterschiede zwischen Clerkship (USA) und Famulatur (Deutschland)

	Clerkship	Famulatur
Zeitpunkt	Beginn des 5. Fachsemesters(FSMB, NBME 2018; Stanford School of Medicine 2017).	Vorlesungsfreie Zeit des 5. Fachsemesters (§7 Abs. 4 ÄApprO).
Vorwissen	Naturwissenschaftliche Grundlagen sowie Kenntnisse in klinisch theoretischen Fächern (FSME, NBME 2017).	Naturwissenschaftliche Grundlagen sowie Lernstoff des 5. Fachsemesters (IMPP 2013a; ÄApprO).
Dauer gesamt	Etwa 16 Monate (Stanford School of Medicine 2017)	4 Monate (§7 Abs. 2 ÄApprO)
Dauer pro Praktikum	2 bis 12 Wochen. Für innere Medizin im Schnitt 9,8 Wochen (AAMC 1998).	2 bis 4 Wochen (Landesverwaltungsamt Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe Sachsen-Anhalt 2016).
Zielsetzung	Vermittlung von Wissen, das Beibringen von praktischen Fertigkeiten sowie das Erlernen professioneller Haltungen (AAMC 1998).	„[...] die Studierenden mit der ärztlichen Patientenversorgung in Einrichtungen der ambulanten und stationären Krankenversorgung vertraut zu machen.“ (§7 Abs. 1 ÄApprO)
Curriculare Vorgaben	<i>USMLE Step 2 Clinical Knowledge</i> (FSMB, NBME 2017a), <i>USMLE Step 2 Clinical Skills</i> (FSMB, NBME 2017b), <i>Physician Charter</i> für Professionalität des American Board of Internal Medicine (ABIM) (ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation and European Federation of Internal Medicine 2002).	§7 ÄApprO Gegenstandskataloge des IMPP (IMPP 2013a, 2013b).

1.3.1 Famulatur als Übergang in die medizinische Praxis

Medizinstudierende befinden sich in einer besonderen Situation. Sie wechseln kontinuierlich zwischen dem System der Gesundheitsversorgung und dem der Ausbildung hin und her, welches ein hohes Maß an Flexibilität und Selbstreflexion erfordert (Reimann 2013, S. 203). Aus lerntheoretischer Sicht werden Menschen in Übergangsphasen mit verschiedenen Lernanforderungen konfrontiert. Hierzu zählen der Umgang mit neuen und unbekanntem Situationen, die zu Irritationen bestehender Wertesysteme führen können (Felden 2014). Neue Verhaltensmuster müssen übernommen und die jeweiligen Herausforderungen aufeinander abgestimmt werden (Felden 2014). Dadurch sind Praxisphasen wie die Famulatur auch berufsbiographisch relevant für die Entwicklung einer beruflichen Identität (Werwick et al. 2017). Der Beginn von Praxisphasen wird in der medizinischen Ausbildungsforschung als eine oftmals schwierige Übergangsphase beschrieben (Teunissen und Westerman 2011). Sie wird als generell stressauslösend angesehen, z.B. durch eine erhöhte Arbeitsbelastung, die professionelle Sozialisation, ein geringeres Maß an Führung sowie das unmittelbare Durchleben der Übergangsperiode (Radcliffe und Lester 2003; Dahlin et al. 2005). Der Übergang gilt als schwierig, da Famulierende die neuen Rollen und Verantwortlichkeiten im Krankenhaus bzw. in der Arztpraxis verstehen und sich an die klinische Kultur gewöhnen müssen (Prince et al. 2005; Prince et al. 2000). Gleichzeitig können Schwierigkeiten mit der Umsetzung klinischer Fertigkeiten, der Anwendung von Wissen in einem klinischen Kontext sowie dem selbstständigen Lernen auftreten (O'Brien et al. 2007). Darüber hinaus sind Studierende einem häufigen Wechsel von Lerninhalten, Umfeld und Personal ausgesetzt (O'Brien et al. 2007). Auch müssen bisher in der präklinischen Ausbildung erfolgreiche Verhaltensweisen angepasst und neue Kommunikationsmuster erlernt werden, beispielsweise müssen Studierende ihre Präsentationsstrategien bei der klinischen Patientenvorstellung anpassen, da sie oftmals durch Fragen ihrer, um ein gemeinsames Verständnis des Falls bemühten, Kollegen unterbrochen werden (Lingard et al. 2003).

1.3.2 Erwartungen von Studierenden an die Famulatur

Die Erwartungshaltung von Studierenden an die Famulatur ist in Deutschland bisher nur wenig beforscht. Die ausführlichste Arbeit legten Werwick et al. (Werwick et al. 2017) vor. Sie unterschieden zwischen akademischen und individuellen Lernzielen. Bezüglich der akademischen Argumente waren Famulierenden eine inhaltlich hohe Relevanz des Gelernten im Studium, Möglichkeiten zur Vertiefung vorhandenen Wissens und eine fortbestehende intellektuelle Herausforderung wichtig. Hinsichtlich der individuellen Lernziele legten Studierende Wert auf ausreichende Möglichkeiten zum Training klinischer Fertigkeiten und Abläufe, viel Patientenkontakt sowie das Erlernen einfacher Behandlungsalgorithmen. Eine der Kernaussagen dieser Studie war, dass Studierende Famulaturen gezielt wählen, um ihre spätere berufliche Wunschrichtung für die Facharztweiterbildung zu finden. Diese Ergebnisse spiegeln sich auch in

US-amerikanischer Ausbildungsforschung wider. So berichteten Han et al. (Han et al. 2015), dass Studierende ein wesentliches Interesse am Training klinischer Fertigkeiten, dem Erlernen der Arztrolle, dem Theorie-Praxis-Transfer sowie dem Finden einer späteren Wunschfachrichtung haben. Hierbei stellten Han et al. (Han et al. 2015) heraus, dass die komplexeren Lernziele wie beispielsweise das Erarbeiten von Behandlungskonzepten von den Studierenden praktisch nicht gelernt bzw. angewendet wurden. Diese Erkenntnis wird sowohl von Quillin aus den USA (Quillin et al. 2013) als auch Fuchs aus Deutschland (Fuchs et al. 2014) gestützt. Wobei letzterer eine speziell auf den hausärztlichen Sektor ausgerichtete Arbeit vorlegte, bei der für die Studierenden Erwartungen bezüglich ärztlicher Gesprächsführung, Untersuchungstechniken, Anamneseerhebung sowie der Langzeitbetreuung chronisch Kranker in der hausärztlichen Versorgung im Vordergrund standen.

1.3.3 Erwartungen an Famulaturstudierende

Die Famulatur ist ebenfalls durch Erwartungen von Seiten der Ausbildungsinstitutionen geprägt. Pflegekräfte und Assistenzärzte stellen Ansprüche hinsichtlich der praktischen Fertigkeiten (*skills*), die die Studierenden in eine ständige Überforderungssituation versetzen können (Ringsted et al. 2001). Patienten stehen der Behandlung durch Studierende unabhängig von deren Erfahrung oder klinischen Leistung grundsätzlich aufgeschlossen gegenüber und bescheinigten über 90% der Studierenden, dass sie akzeptable Ärzte werden würden (Carney und Mitchell 1986). Patienten wägen bei der Entscheidung, ob Studierende an ihrer Behandlung teilnehmen dürfen, persönliche Bedürfnisse gegenüber altruistischen Überlegungen ab: Bisherige Erfahrungen mit Studierenden spielen ebenfalls eine Rolle (Magrane et al. 1994). Patienten legen weiterhin besonders großen Wert auf die Interaktion mit den Studierenden und das Beantworten von Fragen (York et al. 1995; Reimann 2013, S. 44).

1.3.4 Individuelle soziale Einflussfaktoren auf das Famulaturerleben

Zu den individuellen sozialen Einflussfaktoren auf das Erleben der Famulatur zählen soziodemographisch vorrangig Alter, Geschlecht, ethnische Gruppe sowie Berufserfahrungen und Charaktereigenschaften der Famulaturstudierenden. Ältere Studierende bewältigen den Übergang vom vorklinischen Studienabschnitt in die Praxisphasen deutlich besser als jüngere Studierende: Sie sind seltener verwirrt oder geängstigt und profitieren von ihrer bisherigen Lebenserfahrung (Shacklady et al. 2009). Zuvor erlangte Berufserfahrung ist unabhängig vom Alter eine positive Bewältigungsressource (Shacklady et al. 2009). Das Geschlecht beeinflusst sowohl die Beziehung zu Patienten als auch zum Team (Chang et al. 2010). Um ihre Rollen im Klinikalltag zu definieren, greifen Famulantinnen auf geschlechtsspezifische Rollenmuster zurück (Babaria et al. 2009): Sie neigten dazu sich stärker auf pflegerische Tätigkeiten sowie die Unterstützung nichtärztlicher Aktivitäten zu fokussieren und entwickelten einen Hang zu überproportional häufig entschuldigendem Verhalten. Gleichzeitig lässt sich der Einfluss

geschlechtsspezifischer Erwartungen in den Arbeitsbeziehungen nachweisen. Babaria (Babaria et al. 2009) beschreibt, dass Studentinnen eher dazu neigen, Beziehungen zu Ärztinnen und Schwestern aufzubauen, während Studenten einen besseren Zugang zu den meist männlichen Ober- und Chefärzten haben. Hinsichtlich der Bewertung amerikanischer *clerkship*-Studierender konnte weiterhin ein Einfluss der Ethnie nachgewiesen werden. Studierende, die vermeintlich unterrepräsentierten ethnischen Bevölkerungsgruppen angehören, sind mit Stigmatisierungen und schlechteren Bewertungen konfrontiert (Lee et al. 2007). Asiatische Studierende erhielten schlechtere Bewertungen in ausgewählten Fächern, während Angehörige unterrepräsentierter Minderheiten in praktisch allen *clerkships* schlechtere Noten erhielten (Lee et al. 2007). Dieselbe Studie untersuchte ebenfalls den Einfluss unterschiedlicher Charaktereigenschaften und wies auf einen positiven Effekt bezüglich durchsetzungsstarkem Verhalten und einen negativen Effekt hinsichtlich zurückhaltendem Verhalten bei der Benotung der Studierenden hin. Forschungsergebnisse für den deutschen Raum sind hierzu nicht verfügbar.

1.3.5 Strukturelle Einflussfaktoren auf die Famulaturqualität

Zu den strukturellen Einflussfaktoren am Famulaturort zählen die Arbeitsbelastung in der jeweiligen Abteilung sowie das vorherrschende Arbeitsklima. Ein supportiv-rezeptives Arbeitsumfeld wirkt sich positiv aus, während eine große Menge zu bewältigender Aufgaben negative Effekte auf das Erleben und Lernverhalten der Studierenden hat (Delva et al. 2004). Auch ist die Arbeitsverdichtung des ärztlichen Personals für die Ausbildungsqualität problematisch, da Ärzte zwischen Patientenversorgung und Lehre abwägen müssen (Nixon et al. 2011). Ebenfalls von Bedeutung ist die Dauer der Famulatur: Je länger Studierende auf einer Station sind, desto stärker sind sie in die Patientenversorgung involviert (Hauer et al. 2012b; O'Brien et al. 2012; Hauer et al. 2012a). Hinsichtlich der Verbesserung ihrer praktischen Fertigkeiten profitieren Studierende besonders von einem Zusammenspiel aus hinreichender Möglichkeit zur Übung praktischer Prozeduren und Fertigkeiten (z.B. Blutentnahme) am Patienten, didaktisch guter Präsentation von Lehrinhalten und einer adäquaten Supervision bzw. Evaluation (Torre et al. 2003; Wimmers et al. 2006; Garner et al. 2014). Es verändert sich aber auch das Lehrverhalten: Während bei kurzen Praxisphasen Faktenfragen im Vordergrund stehen, kommt es bei längeren Aufenthalten eher zum kollaborativen Teilen von Wissen, sowie einer Anpassung der Erwartungshaltung seitens des Stationsteams vor dem Hintergrund der wachsenden Fertigkeiten des jeweiligen Studierenden (Hauer et al. 2012b). Auch die soziale Interaktion mit dem Personal verändert sich: Bei kurzen Aufenthalten stehen hierarchische Strukturen im Vordergrund und die Studierenden fühlen sich bei Problemen oftmals machtlos (Hauer et al. 2012b). Nur Studierende, die länger anwesend waren, gelang es bei unvorteilhaften Lehrverhältnissen erfolgreich zu intervenieren (Hauer et al. 2012b).

1.3.6 Der Einflussfaktor der Interprofessionalität auf die Famulatur

Auch wenn die Famulatur zum Ziel hat, dass die Studierenden lernen, die ärztliche Perspektive zu übernehmen, ist die Patientenversorgung nicht nur arbeitsteilig hierarchisch und interdisziplinär, sondern auch interprofessionell organisiert. Die Rolle der interprofessionellen Ausbildung in Praxisphasen ist derzeit sowohl im amerikanischen (Alexandraki et al. 2017; Liston et al. 2011) als auch europäischen Raum (GMA, MFT, VHZMK 2015; BMG 2017) als wichtiges Element des Medizinstudiums erkannt. Die Studienlage zu diesem Forschungsfeld muss derzeit trotz seiner fortschreitenden Entwicklung als heterogen beschrieben werden. Vorwiegend ältere Studien befassen sich mit dem erfolgreichen Einsatz von Krankenschwestern als Anleitende bzw. Unterrichtende für Medizinstudierende, ohne allerdings die Komplexität der späteren Arbeitsplatzinteraktionen vertiefend aufzugreifen (Luginbill 1978; Darosa und Folse 1983; Smith et al. 2009). Neuere Arbeiten stellen die unterschiedlichen Kompetenzen und Zuständigkeiten, die klinische Professionalität sowie die Teamleistung mit Blick auf die Patientenversorgung in den Vordergrund (D'Amour und Oandasan 2005; Everard et al. 2014; Aase et al. 2016). Als Problemfelder in der interprofessionellen Zusammenarbeit wurden egozentrisches Verhalten, mangelhafte Organisation, und strukturelle Hierarchien der Akteure identifiziert, welche eine effektive Kommunikation sowie das Entstehen tragfähiger Arbeitsbeziehungen erschweren (Foronda et al. 2016).

1.3.7 Problemfelder für Famulaturerleben und -qualität

Es wurden in den vorausgehenden Abschnitten bereits famulaturimmanente Herausforderungen beschrieben, mit denen die Beteiligten konfrontiert sind und das Thema Unsicherheit (Famulatur als berufsbiographische und stressbehaftete kritische Übergangsphase) betonen. Darüber hinaus lassen sich weitere - vermeidbare - Problemfelder benennen. Dazu gehören Lücken zwischen im Curriculum festgesetzten Lernzielen und dem tatsächlichen Lernerfolg, unzureichendes Feedback, ein hohes Maß an passiven Lernformen wie Beobachtung statt aktiven Lernformen wie Partizipation sowie ein häufig wiederholtes Ausführen repetitiver Aufgaben (van der Hem-Stokroos et al. 2009; Wu et al. 2006). Auch die häufige Assistenz bei Operationen als Beispiel für eine praktisch orientierte Ausbildungssituation muss kritisch gesehen werden, da hier oft assistierende operationstechnische Aspekte statt ausbildungsrelevante Lernziele im Vordergrund stehen (Irani et al. 2010).

Ein weiteres Problem klinischer Praktika ist der oftmals fehlende Zusammenhang zwischen Praktikumsort und messbaren Wissens- bzw. Fertigkeitsszuwachs (Durning et al. 2003; Shultes von Schlageter et al. 2006; Wimmers et al. 2006). So stellte beispielsweise Durning (Durning et al. 2003) für den angloamerikanischen Raum dar, dass die individuellen Prüfungsergebnisse Studierender unabhängig vom jeweiligen Lehrkrankenhaus ausfallen.

Einen negativen Einfluss haben verschiedene Formen des *medical student abuse* (im Folgenden mit „Missbrauch von Medizinstudierenden“ übersetzt). Es stellte sich heraus, dass

Assistenzärzte und Schwestern die am häufigsten Missbrauchenden waren, während die schwersten Vorfälle jedoch von Oberärzten und Chefärzten ausgingen (Elnicki et al. 1999). Die häufigste Form stellt hierbei herabsetzendes oder beleidigendes Verhalten dar, gefolgt von der Zuweisung unangemessener Aufgaben, sexueller Belästigung und selten physischen Angriffen (Stoßen, Schubsen, Wurf von Instrumenten) (Elnicki et al. 1999). *Medical student abuse* wird in USA seit den 1960er Jahren beforscht (Eckenfels et al. 1997). Man geht davon aus, dass 50% der Studierenden in ihrem Studium mindestens eine Episode von Missbrauch erlebt haben (Kassebaum und Cutler 1998). Eine andere Studie wies nach, dass 11% der Studierenden *medical student abuse* während eines Praktikums erlebten, allerdings nur 31% den Missbrauch meldeten (Elnicki et al. 2002). Die häufigste Konsequenz des *medical student abuse* war eine schlechte Lernatmosphäre, eine Abnahme des Selbstvertrauens sowie das Gefühl von Depression, Ärger und Demütigung (Elnicki et al. 2002).

In engem Zusammenhang zum *medical student abuse* stehen Deprofessionalisierungsprozesse (engl. *professional lapses*) am Famulaturort. Ein Phänomen, welches im deutschsprachigen Raum primär in Pädagogik (Bonnet und Hericks 2014) und Berufsbildungsforschung (Schütze 1992) beschrieben wird. Sie äußert sich vielfältig: Bezüglich des Schweregrades reicht die Spanne von der Schädigung des Krankenhausklimas über Vertrauen zerstörendes Verhalten bis hin zu Verbrechen (Levinson et al. 2014, S. 244–247). Deprofessionalisierendes Verhalten wird in der anglo-amerikanischen Mediziner- und Weiterbildung als verbreitetes Phänomen beschrieben: 95% aller leitenden Ärzte berichten über das Vorkommen von Deprofessionalisierungsprozessen in ihren Institutionen (Weber 2004). Sie finden sich bei schätzungsweise bei 3-5% aller Ärzte auf einem ein Eingreifen erforderlich machenden Niveau (Leape und Fromson 2006). Hinsichtlich der betroffenen Personengruppe werden primäre Schädigungen von Patienten von Schäden bei medizinischem Personal abgegrenzt. Weiterhin wird zwischen bedrohendem und passiv aggressivem Verhalten unterschieden (Levinson et al. 2014, S. 244–247). Auch Medizinstudierende leiden unter Deprofessionalisierung. Es konnten eine Reihe von Situationen identifiziert werden, die bei Studierenden zu moralischen Schwierigkeiten und Stress (*moral distress*) führen (Levinson et al. 2014, S. 250). Levinson et al. unterscheiden hierbei Situationen, die die Patientenversorgung beeinflussen wie z.B. das Diskriminieren von alkoholkranken Patienten, von Situationen, die den Studierenden selbst betreffen, wie z.B. das Erleben von herabsetzendem Verhalten im Team.

1.4 Famulatur als Lehraufgabe - Didaktische Ansätze

Das Lernen und Lehren in Praxisphasen ist besonders mit Fokus auf die Arzt-Studierenden-Interaktion gut beforscht. Etablierte Modelle, welche effektives Lehrverhalten thematisieren, sind das One Minute Perceptor (OMP)-Modell (Neher et al. 1992), das Modell des Stanford University Development Program (SFDP) (Skeff 1988) sowie Irby's Wissens-Modell (Irby 1994). Diesen, aber auch neueren Modellen, ist gemein, dass gutes Lernen durch ein positives

und wertschätzendes Klima, einen charismatischen und strukturierten Lehrenden, sowie gegenseitiges qualitativ hochwertiges Feedback ermöglicht wird. Das Näherbringen von Entscheidungsprozessen sowie die Möglichkeit zur Verbesserung von praktischen Fertigkeiten und das Praktizieren von ethischer und evidenzbasierter Medizin wird ebenfalls von verschiedenen Autoren als positiv hervorgehoben. In den letzten Jahren wurde zusätzlich die Bedeutung des Modelllernens/Vorbildlernens herausgestellt (Elnicki et al. 2003; Sternszus et al. 2012; Karani et al. 2014). Da die der Famulatur ähnlichen *clerkships* (vgl. Kapitel 1.3.) stärker in den Ausbildungs- und Arbeitskontext eingebettet sind (Timm et al. 2015), führten mittlerweile 88% der Universitäten in USA und Kanada sogenannte Übergangskurse ein (O'Brien und Poncelet 2010), um die Belastung für Studierende möglichst gering zu halten. Auch wenn nicht in allen Fällen Evaluationen verfügbar sind, wurde ein positiver Nutzen mehrfach nachgewiesen (Chumley et al. 2005; Chittenden et al. 2009). Ein anderer Ansatz besteht in longitudinalen präklinischen Kursen, die unter anderem den Erwerb praktischer Fertigkeiten fördern (Whipple et al. 2006; Littlewood et al. 2005). Viele deutsche medizinische Fakultäten bieten mittlerweile auch vorbereitende fakultative Kurse zum Erwerb und Training praktischer Fertigkeiten meist in ihren *skillslabs* (Ausbildungseinrichtungen für praktische Kompetenzen in Gesundheitsberufen) an, welche auf das Lernen am Modell fokussiert sind (Hanszke et al. 2015; Uxa et al. 2015; Spura et al. 2016; Stosch et al. 2011). Bei den bisher publizierten Konzepten zeichnet sich allerdings ein Übergang von stark *skills*-basierten Ansätzen zu lern-basierten Ansätzen ab. Im deutschsprachigen Raum existierten bis 2016 besonders auf praktische Fertigkeiten fokussierte medizindidaktische Initiativen. So stellten z.B. Stosch (Stosch et al. 2011) und Störmann (Störmann et al. 2016) typische klinische Tätigkeiten wie z.B. Blutentnahmen in den Mittelpunkt ihrer Betrachtungen. Bei neueren Veröffentlichungen lässt sich ein Trend hin zu Ansätzen beobachten, welche eine lerntheoretische Orientierung in den Vordergrund rücken. Während sich beispielsweise Rausch (Rausch und Harendza 2016) besonders mit Lernprozessen im Famulaturalltag befasst, bereiten Klinke und Kadmon (Klinke und Kadmon 2016) eine vergleichsweise ausführliche Arbeit zu Inhalten und Strukturen in der Famulatur vor. Weiterhin ist das Magdeburger Curriculum zur Versorgungskompetenz (MCV) von Spura (Spura et al. 2016) zu erwähnen, welches mit Schwerpunkten zur Versorgung ärztliche Behandlungsziele erstmals interprofessionell, interdisziplinär und intersektoral auf den Stand der Ausbildung von Studierenden in Praxisphasen angepasst umfassend adressiert. Die Designs von interprofessionellen Interventionen in der praktischen medizinischen Ausbildung sind vielfältig, eine häufige Konstellation ist die Kombination von theoretisch-praktischen Unterrichtseinheiten mit einer Felderfahrung (Aase et al. 2016; Eich-Krohme et al. 2016; Gunaldo et al. 2015). Die Ergebnisse solcher Interventionen variieren angesichts der Heterogenität der Lehrveranstaltungen von positiven (Ateah et al. 2011), über nur leicht positive (Foster und Macleod Clark 2015) bis hin zu adversen Effekten (Tunstall-Pedoe et al. 2003). Die bisher beobachteten

Langzeiteffekte wurden als verhältnismäßig klein beschrieben (Curran et al. 2010). Positive Einflüsse auf die Patientenversorgung scheinen ebenfalls zu bestehen, die Studienlage ist jedoch noch inkonsistent (Reeves et al. 2008; Reeves et al. 2013).

1.5 Der Forschungskontext

Diese Studie befragt in einem qualitativen Design Studierende der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg zu ihren Erfahrungen in ihrer ersten Famulatur. Die Rekrutierung der Interviewpartner konzentrierte sich auf die studentischen Teilnehmer des famulaturvorbereitenden Seminars „Fit für Famulatur“, welches im Jahr 2014 erstmals durchgeführt wurde. Neben dem Erleben in der Famulatur wird in dieser Arbeit auch die Relevanz der über „Fit für Famulatur“ vermittelten curricularen Leitideen des Magdeburger Curriculums zur Versorgungskompetenz (MCV) untersucht. Kernstück dieses Konzeptes sind drei kategorisch gefasste Aspekte ärztlichen Handelns, die eine umfassende Versorgung von anvertrauten Patientinnen und Patienten fokussieren. In theoretischen und praktischen Lerneinheiten werden Studierende interprofessionell, interdisziplinär und intersektoral mit der Führung und Betreuung eines Patientenfalles beauftragt. Es werden fachliche Inhalte auf klinische Relevanz im stationären Alltag überprüft und deren Anwendung zur Versorgung des Patientenfalls geübt. Anwendungsort sind die eigens konzipierten, mehrtägigen Blockseminare „Fit für Famulatur“ und „Fit für PJ“. Ziel der Seminarreihen ist es, die Studierenden für ihre Rollen in den Praxisphasen entsprechend der curricularen Schwerpunkte zu stärken (Spura et al. 2016). Aus diesem Grund wird an dieser Stelle der Forschungskontext vorgestellt. Die Ausführungen beziehen sich auf die Publikation Spura et al. (Spura et al. 2016), an der der Autor dieser Studie ebenfalls als Autor beteiligt ist.

1.5.1 Die Seminarreihe „Fit für Famulatur“

Bei „Fit für Famulatur“, welches mit Blick auf die hier bearbeitete Forschungsfrage näher untersucht werden soll, handelt es sich um ein 2-tägiges fakultatives Blockseminar in dem sich Studierende auf für ihre erste Famulatur vorbereiteten. In der vorlesungsfreien Zeit des Wintersemesters 2013/14 (n= 50 Teilnehmende) wurde das Pilotprojekt durchgeführt und im Wintersemester 2014/15 (n= 55 Teilnehmende) sowie im Wintersemester 2016/17 (n=46 Teilnehmende) erfolgreich fortgesetzt. In die hier vorliegende Studie wurden die studentischen TeilnehmerInnen der Kohorten 2013/14 und 2014/15 als Sample einbezogen.

Die Umsetzung des didaktischen Rahmens des MCV basiert auf den Kompetenzdimensionen Wissen, Handeln/Tun und Identität/Sein. Es wurden vor allem Fallvignettenarbeit (Doktor et al. 2014) und *skills refresher workshops* in Kleingruppen genutzt. Ergänzend fanden Informationsveranstaltungen (Famulaturangebote) sowie Mentorengespräche „Meet the Expert“ statt (Tabelle 2):

Tabelle 2: Ablauf Fit für Famulatur im Vergleich, aus Spura et al. 2016

	2014	2015
1. Tag	<ul style="list-style-type: none"> Ermittlung der Erwartungen an die Veranstaltung und an die Famulatur Bearbeitung der Fallvignette kardiologischer Kasus – Strukturlegeübung 	<ul style="list-style-type: none"> Fachvortrag „Rechtlicher Rahmen Famulatur“ Bearbeitung Fallvignette „Elfride Gonschorek“ – Klinisch-internistische Versorgungskette Skills-Parcours Film „Dr. Aleman“
2. Tag	<ul style="list-style-type: none"> Parcours „from books to bedside“ Klinisch relevante Grundlagen und Tätigkeiten „Meet the Expert“ 	<ul style="list-style-type: none"> Bearbeitung Fallvignette „Elfride Gonschorek“ – Klinisch-internistische Versorgungskette Markt der Möglichkeiten Skills-Parcours OP-Besuch

Die Lehrformen integrierten problemorientierte Trainingseinheiten zum Stationsmanagement, zu Notfallsituationen, zu medizinischen Versorgungsketten, zur Teamfähigkeit, zu stationär-ambulant Schnittstellen sowie zum Umgang mit berufsspezifischen Belastungen. Der Fokus der jeweiligen Lehreinheiten wurde auf die Einordnung eines typischen medizinischen Falles, vorgestellt als Fallvignette, in die systematisierten klinischen Versorgungsabläufe gelegt. Alle Aufgaben wurden den Teilnehmern in einem Seminarmanual zur Verfügung gestellt. Hierbei sollten die Studierenden unter ärztlicher bzw. pflegerischer Anleitung mit Versorgungsstrukturen und -prozessen vertraut gemacht werden und diese problemorientiert mit ihrem theoretischen und praktischen Wissen verknüpfen (vgl. Anhang A Beispiel-Fallvignette). Zu Beginn jedes Moduls wurden durch einen klinischen Fall grundlegende Aspekte der chirurgischen bzw. internistischen Krankenversorgung aufgezeigt, während im abschließenden Teil des Moduls grundlegende Skills (Blutentnahme, Reanimation, Anamnese, Untersuchung, Nahttechniken) aus dem Bereich der stationären Patientenversorgung trainiert wurden (vgl. Tabelle. 3)

Tabelle 3: Skillsparcours Fit für Famulatur (1. Tag)

MAMBA	AG 1	AG 2	AG 3	AG 4	AG 5	AG 6
13:30-15:30	Aufnahme und Untersuchung *internistisch <i>Dr. Stieger Raum 307</i>	Aufnahme und Untersuchung *internistisch <i>Dr. Aschoff Raum 308</i>	BLS <i>Turotin Fr. Marquard Raum 328</i>	Pflege <i>Sr. Sandra, Pfl. Marco, Sr. Theresia Raum 319</i>	Naht <i>Dr. Bal-laschk Raum 321</i>	Blutentnahme <i>Hr. Katzer Raum 324</i>
15:30-16:30	BLS <i>Turotin Fr. Marquard Raum 328</i>	Pflege <i>Sr. Sandra, Pfl. Marco, Sr. Theresia Raum 319</i>	Aufnahme und Untersuchung *internistisch <i>Dr. Stieger Raum 307</i>	Aufnahme und Untersuchung *internistisch <i>Dr. Aschoff Raum 308</i>	Blutentnahme <i>Hr. Katzer Raum 324</i>	Naht <i>Dr. Bal-laschk Raum 321</i>
16:30-17:30	Pflege <i>Sr. Sandra, Pfl. Marco, Sr. Theresia Raum 319</i>	BLS <i>Turotin Fr. Marquard Raum 328</i>	Blutentnahme <i>Hr. Katzer Raum 324</i>	Naht <i>Dr. Bal-laschk Raum 321</i>	Aufnahme und Untersuchung *internistisch <i>Dr. Stieger Raum 307</i>	Aufnahme und Untersuchung *internistisch <i>Dr. Aschoff Raum 308</i>

1.5.2 Curriculare Leitidee: Das Magdeburger Curriculum zur Versorgungskompetenz (MCV)

Das MCV bildet den theoretisch-didaktischen Rahmen für diese Arbeit durch seine drei Leitideen: a) „interdisziplinäre klinische Abläufe verstehen“, b) „interprofessionelle Zusammenarbeit“ und c) „einzelfall- und systembezogenes Handeln“.

a) Interdisziplinäre klinische Abläufe verstehen

Der Leitidee „interdisziplinäre Abläufe verstehen“ sind verschiedene Kategorien zugeordnet: Die Studierenden sollen Kenntnisse über disziplinäre Zuständigkeiten erlangen und Einblicke in die Organisation von Diagnostik und Therapie erhalten. Weiterhin sollen sie die medizinische Dokumentation kennenlernen und Schnittstellenkommunikation, komplexe Erkrankungen als Konsultationsanlass sowie die Rahmenbedingungen im klinischen Alltag erleben.

b) Interprofessionell zusammenarbeiten

Studierende sollen durch diese Leitidee mit den Grundlagen der interprofessionellen Zusammenarbeit vertraut gemacht werden. Hierzu zählen die Wahrnehmung unterschiedlicher Kompetenzen in der Krankenversorgung und das Verständnis, die Reflektion sowie das Agieren in arbeitsteilig organisierten Prozessen.

c) Einzelfall- und systembezogenes Handeln

Diese Leitidee enthält Kategorien zur Übertragung von Behandlungsstandards in die medizinische Versorgung, zur Berücksichtigung des individuellen medizinischen und sozialen Kontextes sowie zur Entwicklung ärztlicher Versorgungsprozesse. Es mündet in einer situationsbezogenen Planung und Beschreibung zentraler Fragen eines Patientenfalles und seines Ablaufs im Rahmen der ärztlichen Betreuung.

1.5.3 Seminarbegleitende Evaluations- und Ausbildungsforschung

Die Seminarreihe wurde evaluiert und durch eine Reihe von Lehrforschungen begleitet. Die Evaluation wurde mit anonymisierten Fragebögen mittels Likert-Skala und Freitextkommentaren unmittelbar nach Ende des Seminars durchgeführt. Diese spiegelte für „Fit für Famulatur“ (Spura et al. 2016) bei den Befragten eine sehr gute Beurteilung der Organisation, eine gute Vorbereitung der Dozenten, sowie eine hohe Relevanz des Gelernten wider. Die Studierenden gaben an, nach dem Seminar eine bessere Vorstellung davon zu haben, wie sie sich ins klinische Team einbringen können. Ebenfalls konnte die Zufriedenheit mit der Zeit für Kleingruppenarbeit und praktische Übungen bei der zweiten Durchführung gesteigert werden. Weiterhin wurde der Einfluss der Famulatur auf die spätere Wahl der Fachrichtung untersucht (Werwick et al. 2017). Hierbei stellte sich heraus, dass besonders die Erfahrungen, welche die Studierenden in der Praxis sammeln, eine wesentliche Rolle spielen. Studierende absolvieren gezielt Famulaturen in für sie karriererelevanten Fächern und formulieren einen eigenen

Erwartungshorizont, anhand dessen sie ihr Praktikum beurteilen. Es konnte bisher die subjektive Relevanz der Leitideen des MCV nachgewiesen werden (Spura et al. 2016). Allerdings fanden die Evaluationen vor Beginn der jeweiligen Praktika statt. Eine eingehende Untersuchung der klinischen Relevanz im Anschluss an die Famulatur scheint daher angezeigt, um den Wert der Lernziele im Praxisalltag besser beurteilen zu können. Die Tatsache, dass die angehenden PJ-Studierenden, welche bereits ihre Famulaturen absolviert haben, die Leitideen als relevant beurteilen, kann hierbei als Hinweis angesehen werden.

1.6 Zusammenfassung und Forschungsfrage

Die Famulatur bietet Studierenden erstmals die Möglichkeit, an der Patientenversorgung auf ärztlicher Seite teilzunehmen. Hierbei werden sie mit der Anwendung von Wissen, Fertigkeiten und professionellen Haltungen in einer neuen sozialen Umgebung konfrontiert. Die Forschungsergebnisse - insbesondere zum amerikanischen *clerkship* - beschreiben diese Praxisphase als einen überaus komplexen Prozess mit einer Vielzahl von Herausforderungen für Studierende und Lehrende. Das Spektrum reicht von der Auswahl der richtigen Lehr- und Lernmethoden, über den Umgang mit curricularen und zeitlichen Limitationen bis hin zu berufsethischen Problemsituationen. Es muss allerdings festgehalten werden, dass die deutsche Famulatur vergleichsweise gering beforscht ist. Es überwiegen lehrinterventionsbegleitende Evaluationsprojekte. Grundlegende Ausbildungsforschung, die sich epistemisch an klassischen wissenssoziologischen und phänomenologischen Ansätzen in der Bildungsforschung im interpretativen Paradigma orientiert und die Perspektive der Beteiligten verstehend rekonstruiert, ist in der (deutschsprachigen) medizindidaktischen Ausbildungsforschung noch unterrepräsentiert. Daher ist bisher über das Erleben der Studierenden in der Famulatur nur wenig bekannt. Gleichzeitig stellt das MCV ein didaktisches Konzept zur Vorbereitung der Praxisphasen im Medizinstudium dar, welches erstmals 2014 durch die Projekte „Fit für Famulatur“ und „Fit für PJ“ implementiert wurde. Ziel dieser Arbeit ist die Beantwortung zweier Forschungsfragen: Forschungsfrage A) soll das Erleben der Studierenden in dieser komplexen Übergangsphase untersuchen. Es sollen Erkenntnisse über ihr Lernverhalten, mögliche Problemfelder, den Umgang mit der neuen klinischen Umgebung sowie über ihre Interaktion mit anderen in der Praxis relevanten Akteuren gewonnen werden. Forschungsfrage B) untersucht die Relevanz der drei Leitideen des Magdeburger Curriculums zur Versorgungskompetenz. Die Frage, welche Rolle interdisziplinäre klinische Abläufe, interprofessionelle Zusammenarbeit sowie einzelfall- und systembezogenes Handeln im klinischen Alltag der Studierenden spielen, soll auf der Grundlage der studentischen selbstberichteten Erfahrungen empirisch nachgegangen werden.

2. Material und Methoden

Die in dieser Arbeit durchgeführte Untersuchung befragte Studierende, die an den fakultativen „Fit für Famulatur“-Seminaren im Wintersemester 2013/14 sowie im Wintersemester 2014/15 teilnahmen (zum Forschungskontext s. Kap. 1.5) und daraufhin ihre erste Famulatur absolvierten. Die Interviews wurden jeweils im Laufe des folgenden Sommersemesters zu den Famulaturerlebnissen und -erfahrungen sowie der Nützlichkeit einer Teilnahme am Fit für Famulatur-Seminar geführt.

Zur Untersuchung der Forschungsfragen (Kap. 1.6) wurde ein qualitativer Zugang gewählt, da diese Methodik besonders geeignet ist, um das Erleben einer komplexen sozialen Situationen wie der Famulatur aus den Perspektiven der Betroffenen adäquat beschreiben und analysieren zu können (Flick 2015b).

2.1 Gütekriterien qualitativer Forschung

Die Frage nach der Anwendung herkömmlicher Gütekriterien in der qualitativen Forschung wird intensiv diskutiert. Während Autoren wie z.B. Mayring (Lamnek 2010, S. 130) neue, spezifisch qualitative Gütekriterien fordern, plädieren andere für eine Anpassung der herkömmlichen Gütekriterien (Objektivität, Validität, Reliabilität) mit Blick auf die besonderen Erfordernisse der qualitativen Forschung (Lamnek 2010, S. 135). Steinke (Steinke 2015) rekonstruierte den Diskurs und erarbeitete einen Kernkatalog qualitativer Gütekriterien. Dieser umfasst die Kriterien intersubjektive Nachvollziehbarkeit, Indikation des Forschungsprozesses, empirische Verankerung, Reflektion der Limitation der eigenen Arbeit sowie Kohärenz, Relevanz und Spiegelung der Subjektivität. Auf diese Kriterien bezieht sich diese Arbeit im Besonderen (vgl. Kap. 4.4).

2.2 Feldzugang und Datenerhebung

2.2.1 Datenerhebung: Qualitative Leitfadeninterviews

Bei den geführten Interviews, handelt es sich um semistrukturierte fokussierte Leitfadeninterviews (vgl. Anhang B). Der Vorteil dieser Untersuchungsmethode ist, dass sowohl die relativ enge Fragestellung der MCV-spezifischen Lernziele abgebildet werden kann, ohne jedoch die Offenheit für das individuelle Erleben der Famulanten zu verlieren (Przyborski und Wohlrabsahr 2010, S. 140). Fokussierte Interviews bieten nach Hopf (Hopf 2015) besonders die Möglichkeit, das Erkenntnisinteresse zum Famulaturerleben mit einer zurückhaltenden, non-direktiven Gesprächsführung zu verbinden. Fokussierte Interviews bieten viel Spielraum zur Darstellung verschiedener Erlebnisse und sind somit auch ausführlichen Schilderungen zuträglich, ohne jedoch den thematischen Fokus durch dirigierende Erzählstimuli zu verlieren. Die Leitfadeninterviews wurden als Einzelinterviews geführt, damit den subjektiven Perspektiven

genügend Erzählraum in einem geschützten Setting einzuräumen (Steinke 2015), um etwa schwierige Erfahrungen oder sehr persönliche Eindrücke äußern zu können.

Der Interviewleitfaden umfasst die beiden zentralen Forschungsfragen A) nach dem Erleben der Famulatur und B) nach der Relevanz der MCV-Leitideen. Er besteht aus sechs Themenfeldern (a-f). Die Feinstrukturierung wurde nach einem Prä-Test hinsichtlich Themenfolge und Explikation der Fragen 2014 überarbeitet. Infolgedessen konnte der Anteil elaborierter narrativer Darstellungen im Interviewverlauf erhöht werden. Im Folgenden wird näher auf die einzelnen Abschnitte eingegangen:

a) Famulaturerleben allgemein

Der Themenkomplex des Famulaturerlebens dient der Einleitung des Gesprächs. Die Teilnehmenden werden dazu aufgefordert, möglichst frei von der ersten Famulatur zu erzählen. Sie werden dazu ermutigt, über positive und negative Situationen zu berichten.

b) Interprofessionell zusammenarbeiten (MCV-Bezug)

In diesem Interviewteil wird die Beziehung zu anderen Berufsgruppen im Gesundheitssystem thematisiert. Neben der Beziehung zum Pflegepersonal werden auch Erfahrungen aus den zurückliegenden Krankenpflegepraktika angesprochen.

c) Interdisziplinäre klinische Abläufe verstehen, einzelfall- und systembezogenes Handeln (MCV-Bezug)

Mit diesem Themenkomplex werden die Erlebnisse in Bezug auf den Umgang bzw. die Nutzung von Versorgungsstrukturen erfragt. Von besonderem Interesse sind hierbei die Einordnung der eigenen Rolle als Famulierender sowie über den jeweiligen Aufgabenbereich hinausgehende Erwägungen bezüglich der Patientenversorgung wie z.B. die Einbindung von sozialen Ressourcen, Pflegediensten und Hausärzten.

d) Erwartungen und Lernziele

Mit diesem Fragenblock wird die studentische Erwartungshaltung gegenüber der Famulatur abgefragt. Ebenfalls sollen hier die individuellen Lernfelder bzw. Lernziele der Studierenden - auch mit Blick auf zukünftige Famulaturen - näher untersucht werden.

e) Seminarevaluation „Fit für Famulatur“

In diesem Interviewteil wird auf die Inhalte des Seminars „Fit für Famulatur“ und ihre Übertragbarkeit in den Famulaturalltag eingegangen. Weiterhin werden Fragen zu Struktur und Umsetzung des Vorbereitungsseminars gestellt.

f) Demographische Angaben, Angaben zur Famulatur

Am Ende des Interviews wird eine Reihe von Daten zur Person wie z.B. Alter und Berufserfahrung sowie zeitliche und räumliche Daten zur Famulatur erhoben.

2.2.2 Feldzugang und Interviewsituation

Um ein möglichst großes Verständnis für den Forschungsgegenstand zu erlangen, absolvierte der Autor dieser Arbeit vor Beginn der Erhebungsphase selbst eine einmonatige Famulatur in einer internistischen Fachdisziplin (Lüders 2015). Die eigene Famulatur konnte somit als Forschungspraktikum zur Exploration des Forschungsfeldes genutzt werden. Dadurch war es möglich, die Interviews vor dem Hintergrund ähnlicher Erfahrungen zu führen (Steinke 2015). Diese gemeinsamen Erfahrungen konnten genutzt werden, um in der Interviewsituation ein Vertrauensverhältnis zu entwickeln. Hierbei wurde besonderer Wert auf die Reflektion der eigenen Tätigkeit gelegt (Hermanns 2015) sowie ein erster Entwurf des Interviewleitfadens erstellt, welcher im Arbeitsprozess noch mehrfach überarbeitet wurde. Die Rekrutierung der Interviewteilnehmer erfolgte anhand der Teilnehmerlisten des Seminars „Fit für Famulatur“ durch eine Kombination aus Einladung per E-Mail sowie persönlicher Kontaktaufnahme durch den Verfasser dieser Arbeit. Nach der Einwilligung zum Gespräch wurde mit den zu interviewenden Studierenden ein individueller Termin vereinbart.

Die Reflektion der Entstehungssituation des Materials ist ein wesentliches Gütekriterium qualitativer Forschung (Steinke 2015). Analog (Hermanns 2015) wird zunächst die Interviewsituation näher betrachtet: Alle Interviews wurden durch den betreuenden Doktoranden zu oben genannten Zeitpunkt durchgeführt. Die Interviews wurden entweder in den Gruppenarbeitsräumen der Medizinischen Zentralbibliothek Magdeburg oder, sofern eine ungestörte Interviewatmosphäre gewährleistet werden konnte, in den Außenanlagen des Campus der Medizinischen Fakultät Magdeburg geführt. Die Gespräche hatten einen betont studentischen Charakter, um eine möglichst offene Interviewatmosphäre zu ermöglichen. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass der Interviewer sich stets seiner Doppelrolle bewusst sein muss. Er muss sich in eine Haltung „absichtlicher Naivität“ (Kvale 1996, S. 33) aneignen, um zwar zugleich Empathisch zu sein, aber gleichzeitig die Distanz zur Darstellung des Probanden zu wahren (Hermanns 2015).

2.3 Sample

2.3.1 Grundgesamtheit und Samplingstrategie

Die für diese Untersuchung zur Verfügung stehende Grundgesamtheit umfasst die Teilnehmerkohorten der beiden Durchgänge 2014 und 2015. Im Jahr 2014 waren am Pilot 41 Studierende beteiligt, 2015 waren es insgesamt 39. Grundvoraussetzung für die Teilnahme am Interview ist die Teilnahme an "Fit für Famulatur" im vorausgehenden Semester sowie das darauffolgende Absolvieren der ersten Famulatur in den Semesterferien. Das Stichprobensampling erfolgte durch die Kombination direkter Recherche (Kruse 2015, S. 256) mit einem Schneeballsystem (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2010, S. 173). So wurden Studierende

aufgrund ihrer bei der Teilnahme an Fit für Famulatur hinterlegten Daten anhand zuvor festgelegter Kriterien kontaktiert. Hierzu zählten Alter, Geschlecht, Berufserfahrung, die jeweilige Famulaturfachrichtung sowie die Bewertung der Famulatur. Gleichzeitig wurden diese um die Empfehlung von weiterer Studierender gebeten, um potentiell an der Teilnahme Interessierte leichter identifizieren zu können. Durch die Kombination dieser beiden Verfahren konnte eine möglichst große Diversität bei gleichzeitiger inhaltlicher Reichhaltigkeit gewährleistet werden.

2.3.2 Vorstellung des Samples

Das Sample besteht aus insgesamt 12 Interviews. Acht Teilnehmende waren weiblich, der Altersdurchschnitt liegt bei 23,25 Jahren. Fünf Teilnehmende hatten bereits Berufserfahrung in medizinischen Bereichen sammeln können. Vier Famulaturen erfolgten in der Inneren Medizin, drei in chirurgischen Fachrichtungen, drei bei Hausärzten sowie zwei in anderen Fachrichtungen. Mehr als die Hälfte der Famulaturen erfolgten an Universitätskliniken. Die Interviews L1-L6 wurden nach dem "Fit für Famulatur"-Pilot 2014 geführt, die Interviews L7-L12 nach der Durchführung 2015. Weitere Informationen können der Tabelle 4 entnommen werden.

Tabelle 4: Demografie der Befragten („Sample“)

Interview	Geschlecht	Alter	Berufserfahrung	Fachrichtung
L1	m	23	1 Jahr Zivildienst in Notaufnahme	2 Wochen Herz-Thorax-Chirurgie an einem Maximalversorger in S-A ²
L2	m	22	keine	3 Wochen Kardiologie an einem Maximalversorger in S-A
L3	w	22	keine	2 Wochen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie an einem Maximalversorger in S-A
L4	m	26	Rettungssanitäter + 6 Monate Praktikum	1 Monat Hausarzt in Bayern
L5	w	22	keine	2 Wochen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie an einem Maximalversorger in S-A
L6	m	21	keine	3 Wochen Kardiologie an einem Maximalversorger in S-A
L7	w	22	keine	2 Wochen Radiologie an einem Maximalversorger in Brandenburg
L8	w	23	FSJ in Pflegeeinrichtung	2 Wochen Psychiatrie Ambulanz an einem Maximalversorger in S-A
L9	w	22	keine	2 Wochen Hausarzt in S-A
L10	w	22	FSJ in Notaufnahme	2 Wochen Innere Medizin an einem Maximalversorger im arabischen Raum
L11	w	22	keine	2 Wochen Hausarzt in Brandenburg
L12	w	32	Physiotherapeutin	3 Wochen Endokrinologie an einem Maximalversorger in S-A

² S-A = Sachsen-Anhalt

2.4 Interviewdokumentation

Zu Beginn jedes Interviews wurden das Einverständnis der Probanden zur Aufzeichnung und Verwendung des Gespräches eingeholt und dokumentiert. Die Interviews wurden im Anschluss digital aufgenommen. Die Aufzeichnung wurde hierbei nicht unterbrochen. Die geführten Interviews sind in den darauffolgenden Arbeitsschritten transkribiert, paraphrasiert und codiert worden. Die Transkription orientierte sich hierbei an Kuckartz (Kuckartz 2012, S. 136). Es wurde aus Ressourcengründen sowie um eine möglichst gute Lesbarkeit zu gewährleisten ein einfaches Transkriptionssystem genutzt, welches Informationen zu Intonation, Sprachrhythmus und Dialekt nur rudimentär erfasst. Die ausführlichen Transkriptionsregeln befinden sich im Anhang C. Die eigentliche Transkription erfolgte PC-gestützt mithilfe der Programme Express Scribe Version 5.63 von NCH Software (NCH Software 2018) und Open Office Version 4.1.3 der Apache Software Foundation (The Apache Software Foundation 2018).

2.5 Analyse und Auswertung: Qualitative Inhaltsanalyse mit induktiver und deduktiver Kategorieinbildung

Es wurde eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2003, S. 42–90) zur Beantwortung der Forschungsfragen A) und B) in einem mehrstufigen Auswertungsprozess durchgeführt. Hierbei werden für die entsprechenden Forschungsfragen die Analysepfade A) und B) unterschieden (Abb. 2).

Auf das Analyseverfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2003, S. 16–23) wurde zurückgegriffen, da es sich hierbei um ein etabliertes, nachvollziehbares und leicht auf neue Fragestellungen übertragbares Vorgehen handelt (Mayring 2015). Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring zeichnet sich besonders durch ein strukturiertes Ablaufmodell aus, welches aber durch Rückkopplungsschleifen während des Analyseprozesses flexibel bleibt. Weiterhin lassen sich auch qualitative Gütekriterien wie z.B. die Interkoderreliabilität besser auf ein stärker strukturiertes Verfahren wie etwa Mayrings qualitative Inhaltsanalyse anwenden (Mayring 2003, S. 109–115).



Abbildung 2: Ablaufmodell Analysepfade

2.5.1 Sichtung und Reflektion des Materials

Gemäß Mayring (Mayring 2003, S. 54) wurde zunächst das Interviewmaterial, wie Abbildung 2 entnommen werden kann, gesichtet, um einen orientierenden Überblick zu erhalten. Zur Reflektion wurde eine „Forschungswerkstatt“ genutzt, in der die Interpretationsgrundlage für grundlegende Kategorien im Sample geschaffen wurde. Qualitative Forschung nutzt das Prinzip der „kommunikativen Validierung“ und damit den Austausch und die gegenseitige kritische Prüfung von Interpretation und Argumenten. Sie funktioniert optimal in Form von Forschungsgruppen, die wegen ihres Arbeitscharakters als „Forschungswerkstatt“ bezeichnet werden (Riemann 2005). Das gemeinsame Interpretieren verbessert die Nachvollziehbarkeit von beispielsweise Interviews oder Texten und nötigt dazu, implizite Deutungsmuster zu explizieren.

Die in dieser Arbeit involvierte Forschungswerkstatt bestand aus zwei Soziologinnen, sowie sechs medizinischen Doktorandinnen und Doktoranden und war am Institut für Gesundheitsökonomie und Sozialmedizin verortet.

2.5.2 Analysepfad A: Famulaturerleben - induktiv-deduktive Kategorienbildung

Die Forschungsfrage A), wie erleben Studierende ihre Famulatur, wurde in einem zweistufigen Verfahren empirisch erschlossen. Zunächst sind aus der Gesamtheit aller Interviews fünf Eckfallinterviews ausgewählt worden. Die Selektion erfolgte unter der Maßgabe eine möglichst große Diversität bei maximaler inhaltlicher Ergiebigkeit herzustellen. Neben der Fachrichtung, spielte die subjektive Einschätzung der Famulatur als gut oder schlecht, sowie die thematische Ausgestaltung durch den Interviewten eine wichtige Rolle. Es wurde eine Verteilung von zweimal konservatives Fach, zweimal chirurgisches Fach, einmal niedergelassener Arzt sowie mindestens zweimal überwiegend positives Famulaturerleben und zweimal eher negatives Famulaturerleben angepeilt. Die Eckfälle wurden als Kurzporträts rekonstruiert (Kap. 3.1.1). Die Auswahlentscheidungen und Fallinterpretationen wurden im Rahmen einer Forschungswerkstatt (vgl. 2.5.1) diskutiert und kritisch überprüft.

Für die Analyse des Materials zur Forschungsfrage A) wurde die Unterform der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2003, S. 60) gewählt, welche bereits bei ähnlichen Fragestellungen wie z.B. dem Erleben von Lehrern in Praxisphasen (Mayring 2003, S. 62) zum Einsatz kam.

Die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse (Mayring 2003, S. 60) beginnt mit der Definition der jeweiligen Analyseeinheiten: Es wurden Zitate unterschiedlicher Länge verwendet. Die minimale Länge einer Analyseeinheit besteht aus 2 zusammenhängenden Worten. Die maximale Länge stellte das gesamte Interview dar, sofern eine sinnvolle Paraphrasierung möglich war. Die jeweiligen Textstellen wurden anhand ihrer inhaltlichen Relevanz für die Forschungsfrage ausgewählt. Die Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen (vgl. Anhang G) erfolgte unter Wahrung einer neutralen Perspektive. Es wurde Wert darauf gelegt, die Abschnitte in eigenen Worten sinngemäß und unverzerrt wiederzugeben (Mayring 2003, S. 61). Es schloss sich der Schritt der Generalisierung an. Hierzu wurde zunächst das angestrebte Abstraktionsniveau festgelegt, alle unter diesem Niveau liegenden Paraphrasen wurden verallgemeinert. Den nächsten Schritt stellt die erste Reduktion des Materials dar, in der bedeutungsgleiche bzw. redundante Paraphrasen nicht weitergeführt wurden. Im Gegensatz zu Mayrings Mustervorgehen (Mayring 2003, S. 60) wurde allerdings ein größerer Wert auf die weitere inhaltliche Reduktion der Paraphrasen gelegt. Es folgte im nächsten Arbeitsschritt (Mayring 2003, S. 60) eine weitere Reduktion der Paraphrasen durch Zusammenfassung und Integration. Im Anschluss wurden die prozessierten Paraphrasen zu einem Kategoriensystem zusammengefasst (vgl. Anhang D). Die neu gewonnenen Kategorien wurden anschließend am gesamten Interviewmaterial überprüft und inhaltlich deduktiv verdichtet.

2.5.3 Analysepfad B: Relevanz der MCV-Leitidee für das Famulaturerleben - deduktive Kategorienbildung

Zur Beantwortung der Forschungsfrage B) zur Relevanz des MCV (Spura et al. 2016) wurden die dem Seminar "Fit für Famulatur" zugrundeliegenden Leitideen „interdisziplinäre klinische Abläufe verstehen“, „interprofessionell Zusammenarbeiten“ und „Einzelfall und systembezogenes Handeln“ expliziert und deduktiv als Kategorien an das Interviewmaterial angelegt. Eine Übersicht der MCV-Leitideen mitsamt den ihnen zugeordneten Lernzielen findet sich in Tabelle 05. Die jeweiligen Lernziele wurden vor Beginn der Analyse mit Codes versehen (Code Subebene 1). Das gesamte Material wurde auf relevante Textstellen zu den jeweiligen Leitideen durchsucht. Für die Forschungsfrage B) wurde die in 2.5.2 beschriebene Methodik der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2003, S. 60) angepasst: Bis zur Generalisierung des Materials waren die Analyseschritte analog. Nach der Generalisierung folgte die Codierung der Paraphrasen anhand der zuvor deduktiv festgelegten Lernziele (vgl. Tabelle 5). Die codierten Paraphrasen wurden in einem weiteren Arbeitsschritt numerisch ausgewertet (vgl. Anhang E), um eine Orientierung hinsichtlich der Relevanz der verschiedenen Lernziele zu erlangen. Weiterhin zeigte sich im Laufe des Analyseprozesses bei einigen Leitideen die Notwendigkeit, induktiv untergeordnete Lernziele zu bilden, diese wurden mit Codes der Subebene 2 versehen (vgl. Tabelle 05) und am gesamten Material rücküberprüft.

Tabelle 5: Konkretisierte Lernziele des MCV

Code Subebene 1	Zugeordnetes Lernziel	Code Subebene 2	Zugeordnetes Lernziel
1. Interdisziplinäre klinische Abläufe verstehen			
1.1	Der Student erwirbt Kenntnis über (inter-)disziplinäre Zuständigkeiten und Handlungslogiken	1.1.1	in Bezug auf interdisziplinäre Zuständigkeiten.
		1.1.2	in Bezug auf disziplinäre Zuständigkeiten.
1.2	Der Student erwirbt Einblicke in Organisation von Diagnostik und Therapie	1.2.1	in Bezug auf organisatorische Algorithmen von Diagnostik und Therapie.
		1.2.2	in Bezug auf klinische Algorithmen von Diagnostik und Therapie (z.B. Indikationsstellungen als Prozess).
1.3	Der Student lernt typische Rahmenbedingungen ärztlichen Arbeitens z.B. im Stationsalltag oder Krankenhausalltag kennen.		
1.4	Der Student erlebt komplexe Erkrankungen und multimorbide Krankheitsprofile als Konsultationsanlass.		
1.5	Der Student erlebt Schnittstellenkommunikation im klinischen Setting.		
1.6	Der Student erhält Einblick in die medizinische Dokumentation von Patienten und Befunden.		
2. Interprofessionell zusammenarbeiten			
2.1	Der Student nimmt die spezifischen Kompetenzen der unterschiedlichen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen wahr.		
2.2	Der Student versteht bzw. reflektiert arbeitsteilig organisierte Prozesse	2.2.1	in Bezug auf praktische bzw. organisatorische Aspekte.
		2.2.2	in Bezug auf kommunikative und soziale Aspekte.
2.3	Der Student agiert in arbeitsteilig organisierten Prozessen.		
3. Einzelfall und systembezogenes Handeln			
3.1	Der Student überträgt Behandlungsstandards in die individualisierte medizinische Versorgung	3.1.1	unter Berücksichtigung des Stationsmanagements z.B. bei Knappheitsbedingungen.
		3.1.2	unter Berücksichtigung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen.
3.2	Der Student ordnet klinische Einzelfälle in die jeweiligen Behandlungspfade ein.		
3.3	Der Student berücksichtigt individuelle krankheitsbedingte, familiäre, berufliche, soziale und biografische Kontexte der Patienten.		
3.4	Der Student ist an der Entwicklung allgemeiner ärztlicher Versorgungsprozesse beteiligt.		

3. Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung orientiert sich an der zweigliedrigen Fragestellung (s. Kap. 1.6).

Zunächst werden zur Beantwortung der Forschungsfrage A), wie Studierende ihre Famulatur erleben, in Kapitel 3.1 Fallporträts studentischer Famulaturerfahrungen als Eckfälle vorgestellt (Kap. 3.1.1). Diese waren Ausgangspunkt für die induktive Inhaltsanalyse und Entwicklung eines Kategoriensystems. Die zentralen Kategorien zum Famulaturerleben werden in Kapitel 3.1.2 - 3.1.5 betrachtet.

In Kapitel 3.2 wird die zweite zentrale Forschungsfrage B) zur Relevanz der Leitideen des Magdeburger Curriculums zur Versorgungskompetenz im Famulaturalltag empirisch beantwortet. Die Ergebnisdarstellung der deduktiven Inhaltsanalyse orientiert sich dabei an den übergeordneten Lernzielen des Projektes „Fit für Famulatur“ (s. Forschungskontext 1.5).

3.1. Teil A: Das Erleben der Famulatur - Ergebnisse der induktiven Inhaltsanalyse

Die Forschungsfrage, wie Studierende ihre Famulaturen erleben, steht im Zentrum dieses Kapitels. Hierfür wurden nach einer ersten Sichtung des gesamten Interviewmaterials 5 Interviews als potenzielle Eckfälle (Interviews L1, L2, L3, L4, L6) identifiziert. Die Interviews wurden anschließend entsprechend dem methodischen Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse paraphrasiert, generalisiert und kodiert. Es konnten vier Hauptthemen inhaltsanalytisch induktiv herausgearbeitet werden: Bewältigung von Unsicherheit(en) (3.2.1), Einfluss der individuellen Lernzielplanung (3.2.2), die Famulatur als Lernchance (3.2.3) und die Famulatur als Lehrchance (3.2.4). Die induktiv gewonnenen Dimensionen zeigen sich im gesamten Sample, jedoch besonders empirisch dicht in den Eckfallinterviews.

3.1.1 Fallporträts der ausgewählten Eckfälle

Es wurden aus der Gesamtheit aller Interviews entsprechend der Auswahlkriterien (s. Kapitel 2.5.1) fünf Interviews als Eckfälle identifiziert. Die Studierenden der Eckfälle famulierten bis auf eine Ausnahme in Krankenhäusern der Maximalversorgung sowohl in internistischen als auch chirurgischen Abteilungen. Nähere Informationen zu den Eckfällen können Tabelle 6 entnommen werden.

Tabelle 6: Samplestruktur der Eckfälle

Fall	Titel	Fach	Zeitpunkt (SJ) ³	Dauer (Wochen)	Famulaturstätte	Vorerfahrungen	Bewertung des Famulaturerlebens
L1	Vorteile durch Erfahrung	chirurgisch	3.	2	Krankenhaus der Maximalversorgung	1 Jahr Zivildienst	überwiegend positiv
L2	Engagement vs. Unsicherheiten	internistisch	3.	3	Krankenhaus der Maximalversorgung	keine	überwiegend positiv
L3	Die Bedeutung der Erwartungshaltung	chirurgisch	3.	4	Krankenhaus der Maximalversorgung	keine	teils negativ
L4	Doppelte Demoralisierung	allgemeinärztlich	3.	2	Hausarztpraxis	Rettungssanitäter und 6 Monate Praktikum	positiv
L6	Hilfskraft Famulierender	internistisch	3.	6	Krankenhaus der Maximalversorgung	keine	teils negativ

a) "Vorteile durch Erfahrung": Das Interview L1 im Portrait

Beim Interview L1 handelt es sich um einen 23 Jahre alten Studierenden, der seine erste Famulatur auf der Herz-Thorax-Chirurgie eines Maximalversorgers absolvierte. Vor Beginn des Studiums führte der Befragte seinen Zivildienst als Hilfskraft in der Notaufnahme eines großen Krankenhauses durch. Der Studierende profitierte von seinen bisherigen praktischen Erfahrungen besonders hinsichtlich Selbstsicherheit und praktischen Fertigkeiten, wie in den folgenden Zitaten deutlich wird. Der Umgang mit ungewohnten Situationen bereitete ihm vergleichsweise wenige Probleme. Er erlebte die Arbeitsbelastung für das ärztliche Personal als hoch. Dennoch nahm er ein großes Engagement von Ärzten und Pflegepersonal für die Famulaturausbildung beispielsweise durch eine gute Teamintegration und explizite Lehrtätigkeiten wahr. So reflektierte der Studierende in verschiedenen Interviewabschnitten seinen Einbindungsprozess und versuchte auch für die Perspektive des Stationspersonals sensibel zu sein:

„[...] ähm, also am Anfang muss man natürlich sagen, ich glaube aber, das hat man auf den meisten Famulaturstationen, wenn man den ersten Tag da ist, ist man erstmal nen bisschen überfordert und die Leute wissen tatsächlich noch nicht so recht, wie sie mit einem umgehen sollen [...]“ (L1 Zeile 24 - 27)

Die Vorerfahrungen aus dem Zivildienst halfen ihm dabei, seine erste Famulatur sicher und zuversichtlich aufzunehmen, seine angestrebten Lerninhalte aktiv herbeizuführen und dies selbstbewusst kommunikativ umzusetzen:

³ SJ=Studienjahr

„Extrovertiertheit, also ich habe gelernt, dass es nichts bringt schüchtern zu sein, wenn man was bekommen möchte, wenn man was lernen möchte, muss man sichs hohlen und da muss man auf die Leute zugehen und auch klar machen, welchen Plan hat man [...]“ (L1 Zeile 493 - 495)

Weil er sich entschied, die erste Famulatur mit seiner Freundin gemeinsam zu absolvieren, konnte auch sie von seinem Erfahrungsschatz profitieren:

„Und haben dann direkt Blut abgenommen, weil wir auch natürlich gesagt haben, gut ich konnte das schon, deswegen bin ich mit Lena losgegangen, hab ihr das nochmal gezeigt am Patienten, das hat dann auch funktioniert und dann direkt nach ner halben Stunde Blutabnehmen [...]“ (L1 Zeile 65 - 69)

Dennoch erscheint die Thematik „Umgang mit Unsicherheiten“ auch bei erfahreneren Studierenden. Noch unbekannte oder ungewohnte Abläufe und Verhaltensweisen machten in seinem Erleben ein umsichtiges und bescheidenes Verhalten erforderlich, wie besonders im OP-Kontext deutlich wurde:

„[...] also wenn man zu ersten Mal im OP steht, man hat keine Ahnung, wie man mit den Leuten da spricht, wer wer ist, das muss alles, das wurde mir natürlich erstmal alles gesagt, aber es ist natürlich auch immer ne Sache, wie verhalte ich mich jetzt, man ist natürlich erstmal als Student sehr zurückhaltend und darf ich jetzt an den Tisch, ich frag überall erstmal nach und ich geh immer auf Nummer sicher [...]“ (L1 185 - 189)

Neben der Strategie des „bescheidenen Zurückhaltens“ bei latenten Überforderungssituationen (Kommunikationsabläufe, Zutritt zu spezifischen Bereichen, Patientensicherheit) war eine Sicherheitsstrategie das selbstständige Fragen nach Regeln bzw. um Erlaubnisse. Der Interviewte versucht so bestehende Unsicherheiten abzubauen und eigenes Fehlverhalten zu vermeiden. Weiterhin kann der Umgang mit Unsicherheiten in Beziehung zur „Famulatur zu zweit“ gesehen werden, wie besonders am oben genannten Zitat (L1 Z. 65 - 69) deutlich wird. Hier baut der Befragte durch seine Erfahrungen Unsicherheiten bei seiner Freundin ab. Die Freundschaft zwischen den Famulierenden ist hierbei eine Ressource, weil sie sich gemeinschaftlich unterstützen.

Ein dominantes Thema ist im Interview weiterhin das Erleben von Lehr-, Lernprozessen. So berichtet der Interviewte ausführlich von verschiedenen Situationen, in denen ihm Wissen vermittelt wurde:

„[...] er würde jetzt 2 machen, mit, zu denen wir beide mit reinkommen und uns das angucken, wo er uns auch noch was erklärt, das hat er auch dem Patienten vorher gesagt, dass 2 Famulanten mit dabei sind, die sich das gern ansehen möchten und das er nen bisschen erklären würde dabei. Das hat er dann auch getan, hat 2 Anamnesen mit uns gemacht, hat uns empfohlen, dass wir uns nen kleinen Ablauf vielleicht mitschreiben sollten, so er hat gesagt, dass ist sein Ablauf, wir könnens natürlich auch anders machen, aber es ist gut, wenn man ein Schema schonmal da hat. [...] Das haben wir gemacht und dann hat er uns die nächsten 2 Anamnesen selber machen lassen und Aufnahmen.“ (L1 Zeile 115 - 123)

Es zeigt sich, dass die auszubildenden Ärzte Situationen des Klinikalltags nutzten, um die Studierenden beobachtend teilnehmen zu lassen. Derartige Situationen waren Anlass für Erklärungen, es wurden Instruktionen für einen strukturierten Lernprozess über klinische Abläufe gegeben (Notizen machen). Nach den Hospitationen wurde der Famulierende angehalten, den klinischen Ablauf selbst durchzuführen (Anamneseerhebung), was neben einer aufmerksamen Beobachtung Abstraktionsleistungen („Schema“) und die angepasste Übertragung auf einen anderen strukturähnlichen klinischen Ablauf erforderte.

Ein weiterer Themenschwerpunkt ist die Lernzielplanung. So ordnet der Interviewte unterschiedlichen Famulaturen jeweils bestimmte Lernziele zu. Die durchgeführte Famulatur sollte beispielsweise besonders dem Erwerb von klinischen Grundfertigkeiten dienen.

„[...] ähm, also ich hab mir, hatte mir vorgenommen, meine Famulaturen einzugliedern in Innere Medizin, Chirurgie und Notfallmedizin beziehungsweise auch noch Anästhesie und das habe ich vorrangig aus strategischen Gründen so gewählt, weil ich äh möglichst großen Erfahrungszugewinn in klinischen Grundfähigkeiten erwerben wollte [...]“ (L1 Zeile 305 - 308)

b) "Engagement vs. Unsicherheiten": Das Interview L2 im Portrait

Der Studierende im Interview L2 war zum Zeitpunkt der Famulatur 22 Jahre alt und absolvierte seine erste Famulatur 3 Wochen lang auf einer internistischen Station eines Universitätsklinikums. Zum Zeitpunkt der Famulatur verfügte er außer den verpflichtenden Pflegepraktika über keinerlei Berufserfahrung im medizinischen Bereich. Die Wahl der internistischen Klinik resultierte aus seinem großen fachlichen Interesse und dem Wunsch, in diesem Bereich eine fachärztliche Weiterbildung anzustreben. Die Famulatur wurde im typischen stationären Setting absolviert. Weiterhin bestand die Möglichkeit, außerhalb der Station in verschiedenen Funktionsbereichen zu hospitieren.

Inhaltliche Schwerpunkte sind die Einbindung ins Stationsteam, das Erleben der Arbeit am Patienten sowie die Kompensation von Unsicherheit, das Lernen durch bestimmte Personen, der eigene Fertigungsstand und die damit verbundene individuelle Lernzielplanung. Die Famulatur erlebte der Informant als sehr positiv, besonders die gute Zusammenarbeit sowie die interprofessionelle Kollegialität wurden begrüßt. Der Studierende wurde schnell in das Team eingebunden und mit der eigenständigen Durchführung von Blutentnahmen und Aufnahmen von Patienten auf die Station beauftragt:

"[...] äh, mir wurden Sachen gezeigt, äh, mir wurden auch Sachen erklärt, ich wurde gefragt, durfte meine Meinung dazu abgeben und wurde halt sehr schnell wirklich voll in den Stationsalltag miteingebunden [...]" (L2 Zeile 27 - 30)

Wie bereits im Porträt des Interviews L1 zeigt sich eine Strategie der Auszubildenden im Klinikbetrieb durch Zeigen, Erklären und Übertragen von alltäglichen Aufgaben. Zusätzlich sind Lehraktivitäten erkennbar, die den Studierenden über seine Rolle des passiven Beobachters hinaus aktivieren. Der Studierende wurde nicht nur abgefragt, sondern er wurde aufgefordert

klinische Situationen zu beurteilen. Gleichzeitig besteht darin auch eine Form der intersubjektiven Anerkennung in der fachlichen Kompetenz als medizinischen Novizen.

Ein weiteres Erzählmotiv ist der Umgang mit der eigenen Unsicherheit. Dies wird besonders im Zusammenhang mit der Durchführung von bisher ungewohnten praktischen Tätigkeiten wie zum Beispiel der Blutentnahme in folgendem Zitat präsent:

„Ja ich war am, äh, Anfang war ich überrascht, äh, dass ich dann ankam und gesagt, hallo Famulus, Schwestern vorgestellt, Ärzte waren noch nicht da und dann kam halt direkt, ja die Famulanten machen Blutentnahme, war ich erst nen bisschen überrascht, hab ich gesagt, hab ich bisher nur am Plastikarm gemacht, könnte sein, dass das daneben geht [...]“ (L2 Zeile 54 - 57)

Das Motiv der Interaktion mit Ärzten, Professoren und Pflegekräfte als Lehrende ist verknüpft mit dem Motiv der Unsicherheit. Auszubildende sind in dieser Darstellung eine Bewältigungsresource:

„[...] das mit dem Blutabnehmen, da war ich am Anfang echt unsicher, hatte überhaupt erstmal Angst, was heißt Angst, aber die Patienten zucken dann halt zurück wenn se an der Nadel sind, da denkst man als Anfänger, oh Gott, jetzt hab ich dem weh getan, hab Scheiße gebaut und dann, äh, hab ich halt öfter mal ne Schwester geholt oder nen Pfleger, Pfleger Roland, war da zum Beispiel, der, der hat mir halt immer mal nen paar Handgriffe gezeigt [...]“ (L2 Zeile 138 -142)

Ein weiteres Leitthema war die individuelle praktische Kompetenz. Neben den bereits oben geschilderten Ausführungen zur Blutentnahme, geht es dem Interviewten aber auch um weniger invasive Tätigkeiten wie z.B. die Interpretation und Beurteilung von diagnostischen Befunden, die darüber hinaus zu Kerntätigkeiten des Fachgebietes der Famulaturstätte gehören EKGs. Der Studierende kommt in diesem Zusammenhang mehrfach zu dem Schluss, dass es normal sei, gewisse Fertigkeiten als Famulant im 3. Studienjahr noch nicht zu besitzen, also eine „Ungleichzeitigkeit“ von Lerninhalten und den Anforderungen im Klinikalltag besteht:

„[...] aber jetzt vor allem Medikamentenfragen und Therapiefragen oder spezifische Krankheitsbilder, auch EKG war schwierig, weil mans ja noch nicht so gehabt hat, EKG die Physiologiekenntnisse, die waren eher begrenzt, da konnte man nicht so viel mit anfangen, ham die aber auch Rücksicht drauf genommen, also die ham mich jetzt nicht fertig gemacht, wenn ich jetzt nen EKG nicht deuten konnte, weil das is ja völlig normal, dass man das im 3. Jahr noch nicht kann.“ (L2 Zeile 101 -106)

Es zeigt sich, dass auch das Ausbildungspersonal sich dieser Ungleichzeitigkeit bewusst ist und die Rücksichtnahme darauf als immanente „normale“ Famulaturaufgabe versteht, ohne das noch fehlende Wissen als problematisiertes Defizit eines bereits erwartbaren Kenntnisstandes zu skandalisieren. Der Famulierende wird damit trotz Integration in alltägliche Stationsroutinen in seiner Rolle des (noch) Lernenden anerkannt.

Ein anderer eng mit dem Thema Fertigungsstand verknüpfter Schwerpunkt ist die individuelle Lernzielplanung. Der Interviewte führt mehrfach aus, warum er internistisch famuliert und welchen Lernerfolg er sich davon erhofft. Dies wird unter anderem in folgender Textstelle deutlich:

„Ich wollte unbedingt die internistische Station machen, weil ich erstmal den Stationsalltag allgemein kennenlernen wollte, weil unser Klopfkurs mehr als unzureichend war, weißt du ja selber und ich auf jeden Fall die Skills haben wollte, zu sagen, ich möchte ne ordentliche Eingangsuntersuchung machen, weil ich finde es wichtig, dass man diese, diese Basisuntersuchung, die sollte eigentlich jeder beherrschen, ob der jetzt Internist ist oder Chirurg ist, ist egal.“ (L2 Zeile 296 - 301)

c) „Die Bedeutung der Erwartungshaltung“: Das Interview L4 im Portrait

Der Interviewte ist 26 Jahre alt und absolvierte seine erste Famulatur 2 Wochen lang in einer Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin in seiner Heimatstadt. Wie im Interview L1 verfügt auch dieser Studierende über berufsfeldbezogene Vorerfahrungen. Vor dem Studium hat der Befragte bereits eine Ausbildung zum Rettungssanitäter absolviert und 6 Monate lang als Praktikant im Krankenhaus gearbeitet. Im Interview zeigte sich der Informant sehr strukturiert und zielstrebig. Die Famulatur verlief anders als zuvor antizipiert sehr positiv. Zentrale Themen sind die Annahme der Arztrolle, die Besonderheiten des niedergelassenen ambulanten Settings sowie die individuelle Lernzielplanung. Das dominanteste Erzählmotiv dieses Interviews ist jedoch die Entwicklung der Erwartungshaltung gegenüber der Famulatur. Der Interviewte führt dies mehrfach in verschiedener Tiefe aus:

„Bei mir ist es so, ich hab nach dem Kurs mit dem Herrn Professor Müller noch mich unterhalten und der hatte nur gesagt, dass das also für ihn damals in seiner eigenen Famulatur wichtig war, dass man weiß, was man selber will. Und so war das bei mir auch. Deswegen ich, äh, hab halt mir davor überlegt, ok ich geh jetzt zum Hausarzt, was möchte ich denn eigentlich machen? Und das war zum Beispiel so, ich wollte nie ähm oder hatte nie den Anspruch daran, jetzt irgendwie Blut abzunehmen, das was hab ich ja auch nur einmal gemacht, aber ich hab nur gesagt ok, ich bin jetzt beim Hausarzt, äh, für mich war der Patientenkontakt und die Gesprächsführung zum Beispiel wichtig [...]“ (L4 Zeile 44 - 51)

Es wird deutlich, dass der Interviewte seine (klinisch-praktischen) Lernziele im Voraus plant und diese ähnlich wie der Informant im Interview L1 den jeweiligen Famulaturen zuordnet. Besonders prägnant ist in diesem Interview allerdings die u.a. durch das Seminar katalysierte Entwicklung bzw. Differenzierung der entsprechenden Erwartungen.

Auch leitet der Befragte aus seinen bisherigen praktischen Erfahrungen Erwartungen ab. Er beschreibt einen Lernprozess, in dem er sich in seiner Rolle als Praktikant kritisch hinterfragt. So führt er beispielsweise an, dass er sich heute im Vergleich zu früher gegen bestimmte Regelungen, wie z.B. das Verweigern von Ausbildungsinhalten, wehren würde:

„Des, des würde jetzt auch nicht mehr so ablaufen, aber natürlich aus einem gewissem Pflichtbewusstsein heraus hab ich natürlich alles gemacht, was mir aufgetragen wurde, ich hab mich da auch nicht ausgenommen, als Gipfel der Abbelei in meiner Ausbildungszeit dann zum, zum Rettungsassistenten darin, dass sie gesagt haben, ich dürfte nicht in den Schockraum gehen, um des mir da anzugucken, was ja später meine Aufgabe ist, weil ich natürlich in der Arbeitszeit dann die Leute da hingefahren habe, weil sie keinen, sonst niemanden mehr hätten, der die Patienten von der Notaufnahme auf die Station hoch schiebt.“ (L4 Zeile 203 - 209)

Damit einher gehen die unterschiedlichen Umgangsformen im hierarchisch-kollegialen Beziehungsgefüge des Teams, die vom Famulierenden kennengelernt werden müssen:

„[...] diese Hierarchie, also, ähm, dadurch mit den Ärzten wurde ich sofort geduzt, das war sofort klar, dass du is und die ganzen anderen Damen aus der Verwaltung oder so, die haben mich gleich gesiezt, obwohl ich jetzt auch mich auch nicht so als alt fühle, aber das war so diese, diese Struktur, dass man selbst als.. wahrgenommen wird, als schon angehender Arzt, also der, der die Wertschätzung für einen selbst, das hat mich doch auch irgendwie verwundert.“ (L4 Zeile 92 - 97)

Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die „Verwunderung“ über den mit der neuen Rolle als ärztlicher Famulierender einhergehenden Respekt, hat der Studierenden doch bisher gegenteilige Erfahrungen in seinen Pflegepraktika gesammelt (L4 Zeile 97 - 98, 203 -209).

Ein anderer im Interview L4 thematisierter Bereich ist die Wahrnehmung der Famulaturfachrichtung. Durch die Pflicht zu 4 Wochen Famulatur bei Allgemeinmediziner*innen müssen sich alle Studierenden mit diesem Fachbereich auseinandersetzen. Besonders deutlich wird hier, welcher Eindruck durch die bisherige Ausbildung vermittelt wurde und wie sich dies auf die Erwartungshaltung gegenüber der Famulatur auswirken kann. In unserem Beispiel hat der Studierende ein sehr negatives Bild der Allgemeinmedizin, wurde durch seine Erlebnisse allerdings positiv überrascht:

„Also ich hatte am Anfang überhaupt keine Ansprüche, gerade weil ich gedacht hab Hausarzt, das is ja immer noch so vorbelastet mit, man winkt die Patienten durch und ähm, is [...] Mittel zum Zweck, um zum Facharzt zu kommen und war total überrascht und hat total viel Spaß gemacht.“ (L4 Zeile 31 - 34)

Letztlich spielen besonders in L4 die persönlichen Erfahrungen eine große Rolle. Zum Beispiel reflektiert der Studierende im Interview L4 die Präferenzen für eine spätere Weiterbildungsfachrichtung unter Integration seiner bisherigen Erlebnisse und Eindrücke:

„Ach das ist ne Faszination, die entstanden ist durch den Rettungsdienst, durch die ganzen EKG-Geschichten, die wir da hatten und ich find es halt faszinierend, ich, nebst dem das ich einfach durch meine Ausbildung und meine Arbeit beziehungsweise Berufstätigkeit gemerkt habe, dass ich was möchte, was sowohl nen Patientenkontakt hat, aber auch was Handwerkliches [...]“ (L4 Zeile 527 - 531)

d) "Doppelte Demoralisierung": Das Interview L3 im Portrait

Bei Interview L3 handelt es sich um eine 22-jährige Studierende, die ihre erste Famulatur 4 Wochen lang in einer chirurgischen Abteilung eines Krankenhauses der Maximalversorgung ableistete. Die Studierende verfügte zu Beginn des Praktikums über keinerlei Berufserfahrung und absolvierte die Famulatur zusammen mit einer Freundin (L5) in derselben Fachabteilung. Die Famulatur verlief phasenweise sehr belastend für die Studierende, weil sie Demoralisierungsprozesse innerhalb des Teams beobachtete, die sie in Loyalitätskonflikte brachten. Es wurden Interaktionen des Personals (auch in Führungspositionen) beobachtet, in denen Witze

über das therapiebedingte Erscheinungsbild von Patienten und verspottende Bezeichnungen geäußert wurden. Die Studierende gewann den Eindruck, dass diese Äußerungen Manifestationen der Haltung der gesamten Klinik gegenüber den Patienten waren. Weil diese Äußerungen ungehindert auch im Beisein der Familiierenden geäußert wurden, wurde die Studierende zur Mitwisserin dieses als inadäquat empfundenen Verhaltens. Gleichzeitig erlebte die Studierende dasselbe Personal ihr gegenüber als sehr freundlich und unterstützend. Ein Loyalitätskonflikt entspann sich:

„Also vom, von der Betreuung her wars sehr nett auf jeden Fall, die waren freundlich und.. waren auch bemüht uns viel zu zeigen, haben nicht viel erwartet. Also die haben jetzt nich uns runtergemacht, weil wir nichts wussten und alles son... Das war ganz nett, na die waren scherzhaft. [...] Also sie haben sehr viel Scherze gemacht, war ich auch leicht schockiert. Also der Umgang überhaupt hat mich sehr schockiert, ähm mit den Patienten.“ (L3 Zeile 75 - 81)

Die Studierende beobachtete weiterhin, dass die Patientenversorgung nicht mit der von ihr erwarteten Sorgfalt erfolgte:

„Es lief einfach nich und gerade, was ich glaube ich schonmal erzählt hab, mit dem, mit dem Patienten gerade Tumorkranken, die dann auch internistisch Probleme entwickeln, weil sie halt die ganze Zeit liegen und auch andere Sachen haben, was halt vom chirurgischen weggeht und das war absolut schockierend, dass dann hinter, das ein internistisches Konsil geschrieben wurde, dass dann auch alles so abgegeben wurde vom Internisten, aber dann hat sich z.B. die eine Assistenzärztin nicht getraut das umzusetzen. [...] Weil sich alle drüber lustig gemacht hatten über die Internisten und die wusste nich auch, is das jetzt richtig oder nicht, ja machen wir einfach nich [...]“ (L3 Zeile 94 - 103)

Das gesamte Interview ist maßgeblich durch diese Erfahrung geprägt. Letztlich entschied sich die Studierende zugunsten des Teams und akzeptierte die negativen Verhaltensweisen, woraufhin der Demoralisierungsprozess sich auf eine weitere Person übertrug. Diese Konstellation der Beteiligung an unmoralischem Verhalten und der gleichzeitigen Akzeptanz dieses Umstandes kann als doppelte Demoralisierung beschrieben werden.

Ebenfalls sehr präsent ist in diesem Interview das Thema Angst. Wie unter anderem aus obigem Zitat zum Thema Loyalität hervorgeht, äußert die Interviewte mehrfach die Befürchtung, sie könnte "angemacht" werden (L3 Zeile 269), weil sie in ihrer ersten Famulatur nur über relativ wenige Fertigkeiten und Kenntnisse verfügt. Dabei stellt sie hohe Ansprüche an sich selbst bzw. den erforderlichen Ausbildungsstand. Dies verschärft die Problematik bezüglich inadäquater Verhaltensweisen des übrigen Klinikpersonals weiter, da die Befragte angesichts des vermeintlich geforderten Ausbildungsstandes zusätzlich eingeschüchtert ist.

e) "Hilfskraft Familiärer": Das Interview L6 im Portrait

Im Interview L6 geht es um einen 21 Jahre alten Studierenden, der in den Sommerferien seine Famulatur in zwei mal drei Wochen auf internistischen Stationen eines Krankenhauses der

Maximalversorgung absolviert hatte. Die Famulatur gliederte sich in zwei Abschnitte. Zunächst war die Arbeitsbelastung der Ärzte auf der Famulaturstation durch Personalmangel sehr hoch, sodass der Studierende im Wesentlichen als Hilfskraft für Blutentnahmen im Stationsbetrieb eingesetzt wurde. Dies nahm einen großen Teil der Famulaturzeit in Anspruch mit der Folge, dass deutlich weniger Zeit für Visiten oder Patientengespräche blieb. In der zweiten Hälfte wurde zunehmend mehr Personal verfügbar, sodass sich die Menge der Hilfstätigkeiten merklich reduzierte. Wesentliche Themen in diesem Interview sind neben dem Umgang mit hoher Arbeitsverdichtung und der Delegation von Hilfstätigkeiten, das Lernen durch Einzelpersonen sowie die Rolle personeller Veränderungen im ärztlichen Team. Eines der Kernthemen des Interviews ist der Umgang des Studierenden mit der durch Personalknappheit ausgelösten Delegation von Hilfstätigkeiten:

„Was ich auf jeden Fall nicht so gut fand im Nachhinein, ist, dass ich, ähm, zu viel Blutabnehmen und Flexülen musste, weil naja gut, es musste halt gemacht werden, auf soner Station hat man viele Patienten denen Blut abgenommen werden muss und die Ärzte hatten keine Zeit, beziehungsweise haben sich keine Zeit dafür genommen, auch mal selbst das Blut abzunehmen, so dass ich häufig die ganze Station diesbezüglich versorgen durfte, das dauert dann natürlich ewig.“ (L6 Zeile 32 - 37)

Der Interviewte entschied sich während seiner Famulatur dazu die Delegation zu tolerieren. Die Situation änderte sich erst, als mehr Personal verfügbar wurde. Dies wirkte sich wesentlich auf das Famulaturerleben des Informanten aus, wie anhand seiner abschließenden Bewertung deutlich wird:

„Würde ich echt differenzieren müssen. Also die erste Zeit würde ich mit 4 bewerten und die letzte Zeit mit 2. Also das muss ich einfach trennen.“ (L6 Zeile 92 - 93)

Ein weiteres wichtiges Motiv war das Lernen durch Einzelpersonen, die sich als besonders engagiert für die Ausbildung zeigten, darunter auch Führungspersonen.

„[...] immer wenn ich in der Funktionsdiagnostik war, hat sich der Oberarzt sehr viel Mühe gegeben mir Sachen zu erklären, zum Beispiel im Herzecho, wenn man da nichts erklärt bekommt, dann sieht man da gar nichts.“ (L6 Zeile 73 - 75)

Neben der Knappheit von Arbeitskräften in der Patientenversorgung waren auf der Beziehungsebene auch personelle Veränderungen innerhalb des Teams für das Erleben der Famulatur relevant. So berichtet der Befragte beispielsweise, dass er sehr von der Einarbeitung durch eine junge Ärztin profitiert habe:

„[...] in der 2. Woche meiner ersten Famulatur ne ganz frische Assistenzärztin, die hatte gerade ihr PJ beendet und das war eigentlich auch sehr, sehr interessant, weil ich mit der quasi zusammen, ähm, auch noch nen bisschen eingearbeitet werden konnte, natürlich ist sie auf nem anderen Niveau als ich, aber nichts desto trotz hab ich davon eigentlich auch nochmal ganz speziell profitiert, also ich fand das war optimal gelaufen.“ (L6 Zeile 126 - 131)

Auch beschreibt er in weiteren Interviewpassagen andere Veränderungen des Personalschlüssels und deren Auswirkungen auf das Lernklima (L6 Zeile 41 - 45).

3.1.2 Unsicherheiten der Famulatur

Die Famulatur, besonders die erste Famulatur, leitet die ärztliche praktische Ausbildung ein. Es zeigt sich im gesamten Interviewmaterial ein zentrales Motiv als studentische Anforderung, die mit dieser Phase einhergeht: Die Bewältigung von Unsicherheit(en). Dieses Motiv erscheint in verschiedenen Ausprägungen als: a) Ungleichzeitigkeiten zwischen Theorie und Praxis, b) Fehlerkultur, c) Rollenunsicherheit „Famulierender“, d) Famulatur als ständige Herausforderung für das Personal „auf Station“, e) Unethisches Verhalten.

a) Ungleichzeitigkeiten zwischen Theorie und Praxis

Wenn die Studierenden mit neuen Famulaturtätigkeiten konfrontiert werden, stellen sie oftmals einen für sich als niedrig erlebten Kenntnis- bzw. Fertigungsstand fest. Diese Selbstwahrnehmung ist weniger eine Befürchtung vor dem Beginn, sondern ist Ergebnis der Interaktionen auf Station. Ein typisches Beispiel hierfür ist die Blutabnahme bei Patientinnen und Patienten, obwohl dies bisher im Studium nur am Modell geübt wurde:

„[...] ja die Famulanten machen Blutentnahme, war ich erst nen bisschen überrascht, hab ich gesagt, hab ich bisher nur am Plastikarm gemacht, könnte sein, dass das daneben geht [...]“ (L2 Zeile 56 - 57)

Von Interesse ist hier besonders die Begründung, dass der Informant in L2 in seinem bisherigen Studium noch nicht die Möglichkeit hatte, weder an einem Kommilitonen noch bei einem Patienten, eine Blutentnahme durchzuführen. Mit der nicht erwarteten Erwiderung, dass dies zu den routinemäßigen Famulaturaufgaben gehöre, entsteht beim Famulierenden der Eindruck, dass seine praktischen Kompetenzen (*skills*) nicht den üblichen Standards entsprachen. Die Unsicherheit kann wie in diesem Fall aus einer externen Verunsicherung entstehen, indem Normen und Routinen im Praktikum im Erleben der Famulierenden unabhängig vom Ausbildungsstand gesetzt werden.

Neben Unsicherheiten, die durch Verunsicherungen von Anderen - z.B. durch das Stationspersonal - hervorgerufen werden und als eine Dysbalance erlebt werden, zeigen sich Unsicherheiten zwischen Theorie und Praxis auch als immanente Stufe zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung. Diese gilt es zu überwinden. Während Lerninhalte im theoretischen Studienablauf mitunter aus didaktischen Gründen fragmentiert werden, erleben Studierende Krankheitsbilder und klinische Situationen als komplexe Phänomene:

„[...] aber jetzt vor allem Medikamentenfragen und Therapiefragen oder spezifische Krankheitsbilder, auch EKG war schwierig, weil mans ja noch nicht so gehabt hat, EKG die Physiologiekenntnisse, die waren eher begrenzt, da konnte man nicht so viel mit anfangen [...]“ (L2 Zeile 100 - 104)

Fehlende Kompetenzen werden jedoch normalisiert und dem bisherigen Studienfortschritt geschuldet angesehen. Das Stationspersonal als praktische Ausbilder signalisiert hierbei Verständnis ob jener Ungleichzeitigkeiten zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung:

„[...] also die ham mich jetzt nicht fertig gemacht, wenn ich jetzt nen EKG nicht deuten konnte, weil das is ja völlig normal, dass man das im 3. Jahr noch nicht kann [...]“. (L2 Zeile 104 - 105)

Es wird in diesem Aspekt deutlich, dass Unsicherheiten nicht notwendigerweise als prekär erlebt werden, sondern bewältigbar und in der Sichtweise der Famulierenden Bestandteil der Praxisphase „Famulatur“ sind. Eine hilfreiche Bedingung scheint in der Fähigkeit des Ausbildungspersonals zu liegen, diese Ungleichzeitigkeiten nicht zu skandalisieren und sie im Prozess des Theorie-Praxis-Transfers als eine „normale“ Bewältigungsaufgabe kommunikativ zu rahmen.

b) Fehlerkultur

Studierende antizipieren mitunter vor dem Antritt ihrer ersten Famulatur eine Kritik- und Kommunikationskultur im Praxisfeld, die herabwürdigend und stigmatisierend sein könnte (vgl. 3.1.3 Famulatur als soziales Arrangement von Rollen und Beziehungen). Unsicherheiten werden sprachlich formuliert in Angstmotiven z.B. wie *"fertig gemacht"* (L2 Z. 104) oder *"runtergemacht werden"* (L3 Z. 76).

Besonders dominant ist dieses Motiv im Interview L3. Hier wurde die Famulatur zusammen mit einer Freundin (L5) absolviert, da beide Studentinnen negative Reaktionen des Personals befürchteten:

„Also wir wollten zusammen machen, und wir wollten auf ne Station gehen, die, wo wir wissen, dass die relativ nett sind, weil wir hatten son bisschen Angst. [...] dass die uns anmachen [lacht]“ (L3, Z 265 - 269)

Ähnliche Verhaltensweisen konnten auch in Interview L1 (Famulatur mit der Lebenspartnerin) oder L11 (Famulatur bei der eigenen Mutter) beobachtet werden.

c) Rollenunsicherheit „Famulierender“

Ein anderer wichtiger Faktor, ist die kommunikative Übertragung der für die Studierenden bisher ungewohnten Arztrolle in verschiedenen Settings. Sie unterliegen beispielsweise im OP als „noch“ Studierende klaren Bewegungs- und Zuständigkeitsgrenzen, welche ihnen vom dortigen Personal vorgegeben werden, wie unter anderem im Interview L1 deutlich wird.

„[...] aber es ist natürlich auch immer ne Sache, wie verhalte ich mich jetzt, man ist natürlich erstmal als Student sehr zurückhaltend und darf ich jetzt an den Tisch, ich frag überall erstmal nach und ich geh immer auf Nummer sicher und ich will ja auch nichts verkehrt machen [...]“ (L1 Zeile 187 - 189)

Unsicherheit besteht, weil diese Grenzen nicht immer klar ausgesprochen sind. So verlässt beispielsweise L1 während seiner Famulatur den OP nach gut der Hälfte des Eingriffes, ohne zu wissen, dass dies vom Operateur als sehr unhöflich aufgefasst werden kann.

„[...] also wo ich das erste Mal in den OP ging, die OP ging 11 Stunden und ich bin halt nach 6 Stunden rausgegangen und durfte mir dann von dem Anästhesisten anhören, dass das wohl sehr unhöflich ist und ich denk mir so: Ja gut, wusste ich aber nicht.“ (L1 Zeile 179 - 181)

Die „Sicherungsstrategie“ als „Fehlervermeidungsstrategie“ gegenüber solchen Fehlern besteht in einem sehr aufmerksamen Beobachten, Bescheidenheit gegenüber dem Personal und angepasster Kommunikation. So sind z.B. die Studierenden in L3 und L5 darum bemüht, gegenüber dem Pflegepersonal nicht als arrogant oder unkooperativ zu erscheinen. Daher übernehmen sie auch nicht ärztliche Aufgaben:

„Wir haben uns aber auch bemüht, muss man sagen, aber auch nen bisschen, also dass wir jetzt nicht nur sagen, ach wir machen jetzt nur ärztliche Arbeit oder so, wir haben dann auch mal was anderes gemacht, Patienten dann so durch die Gegend gefahren oder auch mal was kurz saubergemacht,“ (L3 Zeile 300 - 304)

Von L2 hingegen wird zur Fehlervermeidung bei Unsicherheiten auf die Erfahrungen von Pflegekräften zurückgegriffen:

„[...] da denkst man als Anfänger, oh Gott, jetzt hab ich dem weh getan, hab Scheiße gebaut und dann äh hab ich halt öfter mal ne Schwester geholt oder nen Pfleger [...]“ (L2 Zeile 139 - 14)

Aber auch in der zwischenmenschlichen Kommunikation bestehen Unsicherheiten, wie sich in L4 zeigt, da dem Studierenden sein neuer professioneller Status unangenehm ist. Dies wird besonders deutlich, als das nicht ärztliche Praxispersonal beginnt ihn zu siezen:

„Ja des war irgendwie etwas ungewohnt, weil ich noch gedacht hab so für mich... seh mich noch nicht so wirklich als fertiger Arzt. Ich bin jetzt im klinischen Teil, es macht total Spaß und is super, aber es ist noch nicht so, dass sie mich deswegen alle siezen müssen und des sowas außergewöhnliches ist, dass ich Medizinstudent bin und deswegen hats mich am Anfang son bisschen gestört.“ (L4 Zeile 148 - 152)

Der Studierende begründet sein Unbehagen, weil sich die Kommunikation veränderte. Während er für sich seine Rolle klar als „Medizinstudent“ „im klinischen Teil“ definiert, erlebt er die formelle Sprachänderung (Siezen) als befremdend und für seine studentische Rolle nicht angemessen. Hier erlebt er eine Rollendiskrepanz zwischen Status „Student“ und möglicherweise überfordernde Rollen- und Kompetenzerwartungen des erwachsenen und verantwortlichen ärztlichen Rollenträgers, die er (noch) nicht erfüllen kann. Anders verhält es sich mit der Kommunikation mit seinen ärztlichen Kollegen, hier wird die Rolle des Studenten unmittelbar anerkannt und dementsprechend das „Du“ verwendet:

„[...] was mir auf jeden Fall aufgefallen ist, doch jetzt wo ich nochmal nachdenke, ist diese Hierarchie, also ähm, dadurch mit den Ärzten wurde ich sofort geduzt, das war sofort klar dass du ist und die ganzen

anderen Damen aus der Verwaltung oder so, die haben mich gleich gesiezt, obwohl ich jetzt auch mich auch nicht so als alt fühle, aber das war so diese, diese Struktur, dass man selbst als.. wahrgenommen wird, als schon angehender Arzt, also der, der die Wertschätzung für einen selbst, das hat mich doch auch irgendwie verwundert.“ (L4 Zeile 91 - 97)

Ebenfalls zu diskutieren ist die Rolle des Altersunterschiedes in der Kommunikation, während Studierende gegenüber Personal ähnlichen Alters eher das „Du“ verwenden, ist dies bei deutlich älteren Ärzten und Schwestern seltener der Fall.

d) Famulatur als ständige Herausforderung für das Personal „auf Station“

Unabhängig davon, wie routiniert Famulaturstudierende in den Stations- oder Praxisablauf integriert werden, ist die „Aufnahme auf Station bzw. in die Praxis“ auch eine organisatorische und kommunikative Aufgabe für das gesamte Team. Diese immanenten potenziellen Unsicherheiten beruhen darauf, dass die Studierenden dem Team als Person in aller Regel zunächst unbekannt sind. Informationen zum Wissens- und Erfahrungsstand liegen meist nur begrenzt vor. Die Aufgabe besteht demzufolge darin, jeweils eine neue Arbeitsbeziehung und –integration zu realisieren. Im Interview L1 beschreibt der Studierende dies beispielsweise an seinem ersten Tag aus studentischer Sicht mit einem Gefühl der eigenen Überforderung, welches er auch für das Personal antizipiert:

„[...] ähm also am Anfang muss man natürlich sagen, ich glaube aber das hat man auf den meisten Famulaturstationen, wenn man den ersten Tag da ist, ist man erstmal nen bisschen überfordert und die Leute wissen tatsächlich noch nicht so recht, wie sie mit einem umgehen sollen [...]“ (L1 Zeile 24 - 26)

Gleichzeitig erkennt er aber auch an, dass sich auch das Stationspersonal zunächst auf den Famulierenden einstellen muss. Die Frage nach dem richtigen „Umgang“ umfasst sowohl den Umgang mit der Person selbst, als auch mit deren Ausbildungssituation. Wie lange ein solcher Prozess verläuft bzw. wie er beeinflusst werden kann, wird näher unter 3.1.4 die Famulatur als Lernchance und 3.1.5 die Famulatur als Lehrchance betrachtet.

e) Unethisches Verhalten

Ein weiterer Punkt der zu erheblicher Verunsicherung bei Studierenden führen kann, ist der Umgang mit nicht mit ihrem Wertesystem vereinbaren Situationen. Wenn auch als einzelne Schilderung, so zeigt doch die Darstellung des Eckfallinterviews L3 eine Verunsicherung infolge der Beobachtung von als unethisch identifizierten Verhalten aufseiten des Klinikpersonals. Der Einblick in die medizinische Praxis und die Hinterbühnen, welche für Außenstehende nicht zugänglich sind, birgt die Gefahr der Verunsicherung durch die Akteure, die nicht nur die Famulaturstudierenden beim Erwerb des medizinisch-praktischen Wissens anleiten, sondern auch in ihrer Haltung gegenüber Patienten Vorbildfunktion haben:

„Weiß ich nicht, so unbeteiligt, das fand ich irgendwie erschreckend und dann Witze gemacht ja aber so ernsthaftes Arbeiten und gewissenhaftes Arbeiten, was auch zielführend ist, hab ich einfach nicht

erkannt. Ich fand das so larifari alles und nich, absolut nich ernsthaft. Die haben unheimlich die ganze Zeit Witze gerissen, es war wirklich sehr lustig, aber die Ernsthaftigkeit hat dort wirklich gefehlt [...]“ (L3 Zeile 90 - 94)

Die hier beschriebenen Probleme werden allerdings in nicht vom Klinikteam systematisch bearbeitet, sondern sind dort fester Bestandteil des Alltags und der hierarchieübergreifenden Kommunikationskultur, wodurch die beobachteten deprofessionalisierten (vgl. 1.3.7 Problemfelder für Famulaturerleben und -qualität) Verhaltensweisen legitimiert werden. Dieser Umstand frustriert die Studierende zunehmend:

*„[...] und ja die [Patientin] hat das überhaupt nicht ausgehalten, war total fertig und nach dem ersten Tag, die konnte einfach nich mehr, [...]und dann hat der Chefarzt, wollte sich das dann angucken, weil [...] er hat ja dann quasi das letzte Wort, die anderen hatten schon versucht [...] und dann, ähm, bevor wir sie reingerufen haben, meinte dann so der Chefarzt (verändert Stimme) naja dann hohlen wir mal *Spotname* rein, *Spotname*.(lachen)“ (L3 Zeile 121 - 130)*

In der Konsequenz sahen sich die Studierenden, die diese Episoden erlebten, in mehrfacher Hinsicht in einer schwierigen inneren Konfliktsituation. Sie erlebten einerseits ein sie sehr freundlich aufnehmendes Team, welches sich jedoch gegenüber Patientinnen und Patienten unprofessionell verhielt. Dem Mitgefühl für die schwierige Situation der Patientin standen Gefühle der Teamloyalität gegenüber. Zudem lassen sich Ohnmachtsgefühle, an dieser Situation nichts ändern zu können, in den Interviews rekonstruieren. Ihre Lösungsstrategien bestanden darin, sich den unmittelbaren fast täglichen Situationen zu entziehen:

„Gabs eigentlich jeden Tag oder so (lachen). [...] Ne, es gab immer, es war immer sich über alles lustig machen und anzüglich [...]“ (L3 Zeile 175 - 177)

Bei der Frage nach der Bewertung der Famulatur lässt sich allerdings ein bemerkenswertes Phänomen erkennen. Statt die Famulatur angesichts von Schilderungen wie „es is wirklich einfach nur erschreckend“ (L3 Zeile 173) oder „also in dem einen OP, wirklich, ich hätte, als ich da stand, ernsthaft, ich hätte fast angefangen zu weinen“ (L3 Zeile 136 - 137) als schlimmes oder beängstigendes Erlebnis einzustufen, wird sie insgesamt als „gut“ (L3 Zeile 231) bewertet. Die Studierende sieht das problematische Verhalten als mittlerweile normal für den Klinikalltag an und entkoppelt ihr Famulaturerleben weitestgehend von problematischen Situationen und Verhaltensweisen. Dies kann als Resultat eines die ganze Famulatur überdauernden doppelten Demoralisierungsprozesses auf der kollektiven und individuellen Ebene gesehen werden, an dessen Ende sowohl ein fehlendes Vertreten von elementaren ärztlichen Werten als auch eine Demotivation zu wie auch immer geartetem Widerstand gegen das Gebaren des Klinikpersonals steht.

3.1.3 Famulatur als soziales Arrangement

Wie sich in den vorangegangenen Kapiteln bereits andeutete, ist die Einbindung in das Klinik- bzw. Praxisteam ein wesentlicher Faktor für das Famulaturerleben. Besonders hinsichtlich des Umgangs mit Unsicherheiten (3.1.2.a), da erst im Verlauf tragfähige Lehr-/Lern- und Arbeitsbeziehungen entstehen können. Daher bemühen sich viele Famulierende um ein gutes Verhältnis zum Klinik- bzw. Praxisteam. Der Wunsch nach gutem Umgang im Team nimmt in den meisten Interviews einen prominenten Platz ein:

„[...] die Studentin Peggy und die hat damals diesen Vortrag gemacht und sie meinte, ah, in der Chirurgie wären alle so nett und das ist das einzige, was ich mir damals von dem Chirurgie-Kurs gemerkt hatte und da meinte ich zu Mira, da müssen wir hin, wenn die so nett sind.“ (L5 Zeile 188 - 190)

So wählt z.B. die Probandin im Interview L5 ihre Famulaturstelle wegen Berichten über ein gutes Arbeitsklima aus. Ein anderes Beispiel für dessen besonderen Stellenwert sind die Bemühungen die Informantin im Interview L3, welche auch nichtärztliche Tätigkeiten übernimmt, um eine von gegenseitigem Respekt geprägte Arbeitsbeziehungen zu etablieren.

„Wir haben uns aber auch bemüht, muss man sagen, aber auch nen bisschen, also dass wir jetzt nicht nur sagen, ach wir machen jetzt nur ärztliche Arbeit oder so, wir haben dann auch mal was anderes gemacht, Patienten dann so durch die Gegend gefahren [...]“ (L3 Zeile 301 - 304)

Famulierende beobachten weiterhin aufmerksam die Beziehungen der verschiedenen Berufsgruppen bzw. Akteure innerhalb des Teams:

„[...] mir hat aber sehr gut gefallen, dass die Ärzte sehr nett waren, einfach mal menschlichen Umgang, die Schwestern sehr nett waren und auch alles untereinander hat halt harmoniert, das war halt mein Gefühl und das ich von Anfang an [...]“ (L2 Zeile 23 - 26)

Ein gutes bzw. harmonisches Arbeitsklima wird hierbei nach Abschluss der Famulatur positiv bewertet, während Dissonanzen oder Fehlverhalten unerwünscht sind. Im Folgenden soll besonders auf a) die Beziehung zum ärztlichen „Team“, b) das interprofessionelle Setting und c) Störungen von Beziehungs- und Rollenerwartungen eingegangen werden.

a) Die Beziehung im und zum ärztlichen „Team“

Die Integration ins ärztliche Team beginnt bereits mit der Vorstellung des Studierenden am Famulaturbeginn. Diese kann zum einen individuell zwischen dem Famulanten und den jeweiligen Teammitgliedern geschehen, begrüßt wird aber auch eine Vorstellung durch Mitglieder des Ärzteteams:

„[...] oben is, is gerade chirurgische Besprechung, Fallbesprechung und wir sollen mitkommen und dann hat er uns tatsächlich am ersten Tag direkt nach Blutabnehmen mit hoch genommen und hat auch uns da auf ne Patientenliege gesetzt oben bei der Besprechung und uns auch vorgestellt den Ärzten oben, also dem Chef, den Oberärzten, also es war sehr nett [...]“ (L1 Zeile 70 - 74)

Neben einer solchen Vorgehensweise wurde in vielen Interviews die Wertschätzung gegenüber den Famulierenden auch über Umgangsformen wie ein schnelles Anbieten des „Du“ ausgedrückt. Dies wurde von den Studierenden sehr positiv aufgenommen, da die distanziertere Form des „Sie“ oftmals als unangenehm oder unangemessen empfunden wurde.

„Ähm, dass ich direkt geduzt worden bin von allen, fand ich gut, war ich auch überrascht, hatt' ich erst nicht mit gerechnet, im Pflegepraktikum bin ich immer gesiezt worden, was ich auch unangenehm fand.“ (L2 Zeile 91 - 93)

Anerkennung durch die Ermutigung der Formulierung einer quasi-ärztlichen Meinung hat neben den unterrichtenden und unterweisenden Interaktionen auch eine kollegialisierende bzw. integrierende Funktion. Die Einbindung in die routinemäßigen alltäglichen Abläufe vermitteln ein Gefühl der Zugehörigkeit und Erwartungssicherheit:

„[...] äh, mir wurden Sachen gezeigt, äh, mir wurden auch Sachen erklärt, ich wurde gefragt, durfte meine Meinung dazu abgeben und wurde halt sehr schnell wirklich voll in den Stationsalltag miteingebunden, [...]“ (L2 Zeile 28 - 30)

b) Famulatur in einem interprofessionellen Setting

Empirisch ebenfalls sehr präsent war ein interprofessionelles Erzählmotiv. Studierende konnten schon im vorausgehenden Krankenpflegepraktikum Erfahrungen sammeln. Diese waren allerdings nicht immer positiv. So hatte zum Beispiel der Informant im Interview L4 das Gefühl während seiner vorherigen Praktika besonders im stationären Bereich von Pflegekräften ausgenutzt worden zu sein:

„[...] die Erinnerungen an so manche, an manches Praktikum nicht so gut, [...], aber gerade auf den Stationen war das schon noch so, dass ich da ausgenutzt wurde als billige Arbeitskraft.“ (L4 Zeile 214 - 216)

Während seiner Famulatur wiederum war L4 von der positiven Wertschätzung, die ihm als angehenden Arzt entgegengebracht wurde, überrascht. Auch in L2 ließ sich ein solches Phänomen beobachten. Der Studierende hatte nicht erwartet, dass das Verhältnis zwischen Ärzten und Pflegefachkräften so gut ist. Die erwarteten Diskrepanzen wurden hierbei mit dem Wort "Fachunterschied" umschrieben, gleichzeitig wird deutlich, dass diese Erwartungshaltung nicht nur auf eigenen Erfahrungen beruht.

„Ich hatte nich erwartet, dass das Verhältnis zwischen den Schwestern und den, äh, Ärzten oder den Assistenzärzten die waren, dass es so gut ist, da gibts ja das Klischee, dass da immer sone bisschen sone Fachunterschied ist, das hab ich so überhaupt nicht wahrgenommen.“ (L2 Zeile 87 - 89)

Letztlich ist an dieser Stelle noch auf die durch Lernprozesse- und Konzepte (3.1.5b) dargestellte Bedeutung der Pflegekräfte in der Wissensvermittlung zu verweisen. Pflegekräfte und andere Gesundheitsfachberufe spielen eine entscheidende Rolle im Lernprozess des Famulanten.

c) Störungen von Beziehungs- und Rollenerwartungen

Beziehungs- und Rollenerwartungen haben eine wichtige Funktion bei Lehr- und Lernprozessen in der Praxis, wie unter anderem 3.1.4d anhand des Lernens durch zentrale Charaktere zeigt. Die Beziehung zu Akteuren in der Famulatur kann auf verschiedene Arten gestört werden. Eine hohe Arbeitsbelastung in der Patientenversorgung kann dazu führen, dass das ärztliche Personal wenig Zeit für die Studierenden hat und diese exzessiv für Hilfstätigkeiten nutzt, statt sie auszubilden. Obwohl Lernen und Lehren in einer solchen Situation stark vernachlässigt wird, protestieren die Studierenden nicht immer dagegen. Störungen werden eher toleriert, wenn sich die Studierenden mit den Akteuren identifizieren und Verständnis für ihre Situation aufbringen:

„Ja letztendlich, ähm, hätte ich wahrscheinlich auch sagen können, ne ich mach das nicht, aber ich hab eben schon auch gesehen, wie die im Stress sind und dass die die meisten Tage Überstunden sowieso schon machen [...]“ (L6 Zeile 52 - 55)

Weitere Störungen können eintreten, wenn das Stationspersonal in der Wahrnehmung der Studierenden gegen ethische Normen verstößt (vgl. 3.1.2e). Jedoch entscheiden sich die Studierenden auch in diesem Fall nicht immer für einen Protest gegenüber dem Verhalten, sind sie doch, durch ein ihnen gegenüber freundliches Auftreten, nicht vom Fehlverhalten betroffen. Ein offener Konflikt (mit potenziellen zukünftigen Prüfern) wird umgangen:

„[...] von der Betreuung her wars sehr nett auf jeden Fall, die waren freundlich und.. waren auch bemüht uns viel zu zeigen, haben nicht viel erwartet. Also die haben jetzt nich uns runtergemacht, weil wir nichts wussten und alles son... Das war ganz nett, na die waren scherzhaft. [...] Also sie haben sehr viel Scherze gemacht, war ich auch leicht schockiert. Also der Umgang überhaupt hat mich sehr schockiert, ähm, mit den Patienten.“ (L3 Zeile 75 - 81)

3.1.4 Famulatur als Lernchance

Studierende sehen die Famulatur primär als Lernchance. Fast alle befragten Studierende legten im Voraus eigene Lernziele fest, die nach Abschluss der Famulatur zu deren Bewertung genutzt werden. Als Kriterien für die Auswahl einer spezifischen Famulatur zeigten sich weiterhin das individuelle Interesse, das Kennenlernen einer Wunschfachrichtung sowie das bisher vermittelte Bild vom möglichen Fach. Bezüglich der Lernprozesse ließen sich folgende Kategorien induktiv bilden, auf die in den nächsten Abschnitten eingegangen werden soll: Kennenlernen zentraler Prozeduren und Akteure, Training von praktischen Fertigkeiten, Interaktion mit Patienten, Erhalten eines breiten Einblicks und Erlernen allgemeiner ärztlicher Routinen.

a) Selbst-Assessment und individuelle Lernzielplanung

Die befragten Studierenden analysierten bei der Wahl ihrer Famulatur zunächst ihren individuellen Ausbildungsstand (vgl. L2 Zeile 296 -306, L4 Zeile 65-69) und planten anhand der

selbst identifizierten Lernziele ihre Famulaturen. Dies geschieht besonders anschaulich in L1. Hier beschreibt der Studierende, wie er seine Famulaturen „strategisch“ eingeteilt hat. Er möchte zunächst „klinische Grundfertigkeiten“ erwerben und wählte deshalb eine chirurgische Fachrichtung:

„Weil ich tatsächlich, ähm, also ich hab mir, hatte mir vorgenommen, meine Famulaturen einzugliedern in Innere Medizin, Chirurgie und Notfallmedizin beziehungsweise auch noch Anästhesie und das habe ich vorrangig aus strategischen Gründen so gewählt, weil ich, äh, möglichst großen Erfahrungszugewinn in klinischen Grundfähigkeiten erwerben wollte und ich hab mich dann dazu entschieden die Chirurgie zuerst zu machen, [...]“ (L1 Zeile 305 - 309)

Auch in L4 wird deutlich, dass Studierende ihren Famulaturen konkrete Lernziele zuordnen. So beschreibt der Studierende, der seine erste Famulatur beim Hausarzt ableistete, dass er unter anderem Blutentnahmen trainieren wollte, dies aber in der Niederlassung schwer zu realisieren sei. Aus diesem Grund plante er das Lernziel für spätere Famulaturen und formuliert für diese Famulatur andere Lernziele wie z.B. intensiven Patientenkontakt.

„Ähm und des hats für mich einfach unglaublich viel leichter gemacht, weil dann einfach dann für mich klar war, du musst nicht enttäuscht sein, also wenn ich später ins Krankenhaus gehe und da ne Famulatur mache, dann werde ich Blut abnehmen, dass ich nach 3 Tagen oder 4 Tagen sowieso keine Lust mehr habe, 3 Mal am Tag einfach mit den Röhrchen rumzulaufen und dann lern ich des auch, aber sich bewusst zu werden, ok ich bin jetzt in dem und dem Bereich und deswegen möchte ich des und des für mich nur selber irgendwie da ausprobieren oder lernen.“ (L4 Zeile 64 - 69)

b) Bewertung der Famulatur anhand der individuellen Lernzielauswahl

Bei der abschließenden Bewertung der Famulatur wird deutlich, dass Studierende die Erfüllung der selbst festgelegten Lernziele als Kriterium anwenden. So führt zum Beispiel die Informantin im Interview L3 aus, dass sie es gut fand, viel Zeit im OP zu verbringen, es aber gleichzeitig bedauert, nicht mehr Patientenkontakt gehabt zu haben:

„Also im Prinzip her wars ... gut, dass wir viel in den OP durften, was sicherlich im Vergleich zu anderen Famulaturen durchaus vorteilhaft ist, aber weil ich halt vorher noch gar keine andere Famulatur hatte, ist es, also für die erste Famulatur war es vielleicht nicht sehr passend.“ (L3 Zeile 22 - 24)

Auch der Studierende im Interview L1 berichtet am Beispiel der klinischen Untersuchung über seine Lernziele, deren Kommunikation und Erfüllung sowie die daraus resultierende Erwartungshaltung für die nächste Famulatur:

„[...] ich hab gesagt, ich möchte klinische Untersuchung lernen und dann hat sie mich auch jedes Mal an die Hand genommen, wens nen Patienten gab und mich die klinische Untersuchung machen lassen und das fand ich auch gut, also das werd ich wie dieses Mal wieder genau unter diesen Aspekten machen und dann schauen, wie meine Erwartungen und meine Ziele, die ich dann setze soweit umgesetzt werden.“ (L1 Zeile 745 - 75)

c) Einflussfaktoren auf die Famulaturauswahl

Bei der Auswahl einer Famulaturstelle spielen verschiedene Faktoren eine Rolle: Im Interviewmaterial zeigten sich die persönliche Interessenlage, der Wunsch bestimmte Fachrichtungen auszutesten, aber auch die subjektive Wahrnehmung des Faches als Einflussfaktoren. So berichtet die Studierende im Interview L12 beispielsweise, dass sie zunächst einer Fachrichtung nachgehen möchte, für die sie ein Interesse hegt:

„Ich fands ganz gut, weil mich der Bereich interessiert, das jetzt als Belohnung so nach dem Physikum so, ja ich mach jetzt mal, was mich interessiert.“ (L12 Zeile 939 - 940)

Studierende wählten ihre Famulaturen aber auch gezielt, um spätere Wunschfachrichtungen auszutesten. Der Interviewte in L6 berichtet, dass er in der Inneren Medizin famuliert, da er dort seinen momentanen Interessenschwerpunkt sieht:

„Hm, also ich wollte auf jeden Fall in Richtung Innere gehen, weil ich Chirurgie persönlich momentan zumindest nicht so interessant finde [...]“ (L6 Zeile 103 - 104)

Letztlich muss erwähnt werden, dass auch das Bild, welches Studierende von einem Fach haben, maßgeblich zur Formulierung der Erwartungshaltung sowie der Lernziele beiträgt. So beschreibt beispielsweise L4 anhand des bei ihm bisher vermittelten Eindrucks seine Erwartungen an die Fachrichtung Allgemeinmedizin:

„Also ich hatte am Anfang überhaupt keine Ansprüche, gerade weil ich gedacht hab Hausarzt, das is ja immer noch so vorbelastet, mit man winkt die Patienten durch und ähm, is, [...] Mittel zum Zweck, um zum Facharzt zu kommen und war total überrascht und hat total viel Spaß gemacht.“ (L4 Zeile 31 - 34)

d) Kennenlernen zentraler Prozeduren und Akteure

Das Erleben diagnostischer oder therapeutischer Interventionen ist ebenfalls ein prominentes Lernziel. So berichtet etwa die Informantin im Interview L7 ausführlich über ihre Erfahrungen mit der begleiteten Durchführung bildgebender Diagnostik:

„[...] also die ham mir dann, ich durfte nen paar selber, selber CT machen, weil die dann eben gesagt haben, jetzt stellst du am Computer ein und so, dass fand ich schon irgendwie toll, hat mich dann auch gefreut, dachte ich, ach jetzt hab ich hier ein CT gemacht, weils halt ganz schön kompliziert ist und das ist eben in der Radiologie eben auch sehr viel Physik und wie mach ich dann die Ebenen und so und also, [...]“ (L7 Zeile 338 - 342)

Der Studierende im Interview L2 verknüpft dies weiterhin mit dem Kennenlernen zentraler Akteure wie z.B. Lehrenden, die er bereits im Studium kennenlernen durfte und im Klinikalltag erleben möchte:

„Das Herzkatheterlabor ist hier, fand ich auch interessant, ich mag den den Herrn Müller, ich hab gehofft, dass ich den mal live in Action erlebe, [...]“ (L2 Zeile 125 - 127)

e) Training von praktischen Fertigkeiten

Besonders oft genannt wurde von Studierenden der Wunsch praktische Fertigkeiten wie z.B. das Legen von Zugängen oder die klinische Untersuchung zu trainieren. Dies wird häufig damit begründet, dass es sich hierbei um Grund- oder Basisfertigkeiten handelt, die ein Famulierende routiniert beherrschen sollte:

„Handwerklich fand ich wichtig, Zugänge legen, Felix, also Flexülenlegen, Blutentnahmen, dass man da auf jeden Fall Routine bekommt, weil das halt Basishandwerk ist.“ (L2 Zeile 70 - 72)

Die häufigsten Nennungen erreichte unter den praktischen Fertigkeiten wie auch im folgenden Zitat das sichere Beherrschen der Blutentnahme, welche in den meisten Famulaturen eine wichtige Rolle einnahm:

„Aber deswegen klar, was jetzt auf jeden Fall in der klinischen Sache für mich persönlich wichtig ist, das ist natürlich auch das Blutabnehmen, die Fertigkeiten da auch auf verschiedene Arten und Weisen, da mal gehts besser Rollvenen und sonst irgendwas [...]“ (L4 Zeile 482 - 484)

Aber auch andere Tätigkeiten wie z.B. die körperliche Untersuchung waren den Studierenden wichtig. So bedauert beispielsweise die Informantin im Interview L10, dass sie lediglich bei Patienten abgehört habe, aber keine weiterführenden hinausgehenden Untersuchungen vorgenommen wurden:

„Ja, also wie gesagt ich hätte gerne auch mal nen bisschen mehr Praktisches gemacht, ich hab zwar sonen bisschen abgehört, aber das wars jetzt im Prinzip an praktischen Sachen so [...]“ (L10 Zeile 50 - 51)

f) Interaktion mit Patienten

Ebenfalls häufig wurde das Erlernen des Umgangs mit Patienten als Lernziel thematisiert. Dies wird von vielen Famulierenden zu den ärztlichen Grundlagen gezählt:

„[...] aber ich hätte mir gerade nach dem Fit für Famulatur, hatte ich halt auch so erstmal Lust, so die Grundlagen zu lernen, so ein bisschen die Interaktion mit dem Patienten [...]“ (L3 Zeile 28 - 30)

Studierenden war bezüglich der Interaktion mit Patienten besonders das Erlernen der ärztlichen Gesprächsführung sowie das Durchführen einer adäquaten Anamnese wichtig:

„[...] äh für mich war der Patientenkontakt und die Gesprächsführung zum Beispiel wichtig, darum hab ich da halt viel Gesprächsführung gemacht, ich bin von den Ärzten allein vorgeschickt worden, hab die ganzen Anamnese gemacht, die klinischen Untersuchungen [...]“ (L4 Zeile 50 - 52)

Besonders im ambulanten Umfeld wurde von Studierenden das zwischenmenschliche Verhältnis zwischen Arzt und Patienten thematisiert. So berichtete die Studierende in Interview L9 ausführlich über das Vertrauensverhältnis zwischen Hausarzt und seinem Patientenstamm:

„[...] und was mich sehr positiv [...] überrascht hat, war das Verhältnis zwischen der Ärztin und den Patienten, also wirklich nen sehr gutes offenes Verhältnis, die haben viel gesprochen, auch über jetzt so Sachen, die vielleicht nicht im ersten vordergrundmedizinisch sind, ja, persönlich.“ (L9 Zeile 47 - 50)

g) Erhalten eines breiten Einblicks

Ein weiteres Ziel vieler Studierender ist, einen möglichst breiten Einblick in verschiedene Prinzipien der Medizin zu erhalten. So ist z.B. der Studierende im Interview L1 bemüht, eine chirurgische Fachrichtung auszuwählen, die besonders vielseitig ist und mit anderen Fachgebieten interagiert:

„[...] aus dem Grund, weil ich mir dachte, die Herz-Thorax-Chirurgie ist eng assoziiert auch mit internistischen Behandlungen und ich dachte mir, wenn ich jetzt in die Orthopädie gehe, dann sieht die Medikation da meistens so aus, dass nen Antibiotikum und nen Schmerzmittel da reingedonnert wird und da weiß, bei der Herz-Thorax-Chirurgie ist es halt nen bisschen komplexer, also wir sehen halt, äh, der Patienten, die immer noch Risikofaktoren haben, die kriegen Bypässe und dann kriegen sie halt die ganze Palette von Blutverdünnern, Gerinnungshemmern, Cholesterinsenken, Statinen, zusätzlich dazu dann noch antiinflammatorische Mittel und so weiter und sofort, auch natürlich Antibiotikatherapie postoperativ, wir sehen Wundverschlussstörungen, also es war das die ganze Palette da [...]“ (L1 Zeile 313 - 318)

Der Studierende im Interview L4 wiederum bewertet die (nicht antizipierte) Vielfältigkeit des Fachs Allgemeinmedizin als äußert positiv. Er konnte von den Erfahrungen seiner Hausärzte profitieren und hat unter anderem Einblick in die pädiatrischen Aspekte des Faches erhalten:

„Ich war in ner Praxis mit 2 jungen Ärzten und bin die eine Woche und die andere Woche mit dem anderen und hab viel machen dürfen [...] und das war total interessant, da sie auch ein bisschen nen größeres Spektrum hatten. Also der eine war 2 Jahre in Schottland als Pädiater tätig und dann ham die quasi auch die ganzen U-Untersuchungen der Kinder gemacht [...]“ (L4 Zeile 34 - 38)

h) Erlernen allgemeiner ärztlicher Routinen

Ebenfalls mehrfach genannt wurde das Lernziel mit allgemeinen ärztlichen Routinen wie Visiten oder Besprechungen vertraut gemacht zu werden. So hat beispielsweise der Studierende im Interview L2 unter anderem aus dem Grund den typischen Stationsalltag kennenlernen zu wollen, eine internistische Station für seine Famulatur ausgewählt:

„Ich hab mir schon was überlegt. Ich wollte unbedingt die internistische Station machen, weil ich erstmal den Stationsalltag allgemein kennenlernen wollte [...]“ (L2 Zeile 313 - 315)

Die Studierende im Interview L11 beschreibt das Erleben besagter Routinen wie z.B. die Teilnahme an Klinikbesprechungen, verschiedenen Formen der Visite sowie am Dienstsysteem besonders differenziert. Hierbei wird deutlich, in welche Strukturen sich Studierende einfügen müssen und wie sie diese erleben:

„[...] also das war halt dann Morgenbesprechung einfach, also da kamen komplett alle Ärzte von allen Innere-Stationen und alle Studenten [...] und dann hat immer der Dienste von von der letzten Nacht die neuen Patientenaufnahmen da vorgestellt und halt kurz beschrieben und was da gemacht werden muss und wo die hin verlegt wurden und so weiter und sofort und manchmal kam dann noch irgendwie sonen kurzer Vortrag oder noch von Studenten irgendeine Fallvorstellung, war ganz unterschiedlich und dann gings halt los, ähm, auf die Station [...] wir haben erstmal geguckt, was da Laborwerte, sozusagen erstmal an Computer gesetzt, geguckt, was da für Untersuchungen liefen sozusagen seit dem letzten Morgen, dann sind wir zu den Patienten, haben die untersucht, haben geguckt, ob sich da etwas geändert hat, haben uns wiedergetroffen und sind dann mit den Ärzten zusammen auf die Visite gegangen, um quasi die Patienten nochmal anzuschauen mit den Ärzten zusammen [...] genau im Anschluss war dann meistens nochmal in der kleinen Runde halt, haben wir uns nochmal zusammengesetzt, nochmal die Laborwerte angeguckt [...]“ (L10 Zeile 147 - 165)

3.1.5 Famulatur als Lehrchance

Wenn Famulaturen Lernchancen sind, dann sind sie aus anderer Perspektive auch Lehrchancen. Es lassen sich in den studentischen Interviews empirisch drei Dimensionen des Lehrens rekonstruieren: Tätigkeiten des Lehrens, Konzepte der Famulaturausbildung sowie Auswirkungen fehlender Famulaturkonzepte.

a) Tätigkeiten des Lehrens

Studierende lernen durch eine Vielzahl unterschiedlicher Tätigkeiten von „zeigen“ und „erklären“ über „anleiten“ bis hin zu „supervidieren“ werden unterschiedlich komplexe Aktivitäten beschrieben. Zu jedem Zeitpunkt ist hierbei das Stations- und Praxisteam Repräsentant und Vorbild einer sozialen Welt, die auf medizinischem Wissen und Normen beruht. Darüber hinaus sind sie gleichzeitig aktiv Lehrende.

Zeigen

Ein grundlegendes Prinzip der Famulaturausbildung, welches sich in jedem Interview findet, ist das Zeigen bzw. Demonstrieren von Tätigkeiten. So dürfen beispielsweise die Studierenden interventionelle Eingriffe in der Abteilung miterleben. Dabei wird von ärztlicher Seite gezeigt bzw. demonstriert, was passiert:

„[...] auch im Herzkatheterlabor wurde mir dann gezeigt, welche Koronargefäßarterie ist das eigentlich gerade und wenn eben dann ne Stenose da war, hat er genau drauf gezeigt [...]“ (L6 Zeile 81 - 83)

Auch beim Verstehen komplexer diagnostischer Verfahren spielt das Zeigen eine wichtige Rolle. So demonstriert z.B. ein Untersucher aus der Funktionsdiagnostik die verschiedenen Schnittebenen des Herzens:

„[...] Und ähm, dann hat er mir dann quasi nen Modell des Herzens in die Hand gedrückt und hat mir dann an dem Modell gezeigt, hier wir gucken gerade aus der Richtung drauf, sehen da das, da das [...]“ (L6 Zeile 76 - 79)

Erklären

Grundlegend waren in den meisten Interviews Erklärungen und Erläuterungen von Teammitgliedern zu verschiedenen Sacherhalten. So erklärte z.B. ein Oberarzt besonders viel zu seiner Funktionsdiagnostik:

„[...] immer wenn ich in der Funktionsdiagnostik war, hat sich der Oberarzt sehr viel Mühe gegeben, mir Sachen zu erklären, zum Beispiel im Herzecho, wenn man da nichts erklärt bekommt, dann sieht man da gar nichts.“ (L6 Zeile 74 - 76)

Ein weiteres typisches Beispiel sind Erklärungen im OP, welche die Studierenden in die Lage versetzen, komplexen Eingriffen zu folgen:

„[...] das lief ungefähr so, dass die stellvertretende Chefärztin gemeint hat, ähm, also, die stellvertretende Oberärztin, gemeint hat, gut einer von den Studenten soll direkt mal mit in den OP kommen, weil dann sieht man gleich mal, was hier so gemacht wird. Sehr gut gemacht, hat alles erklärt, was sie, was sie gemacht hat, bei der OP [...]“ (L1 Zeile 78 - 81)

Anleiten

Neben Erläuterungen war auch die Anleitung bei praktischen Tätigkeiten am Patienten in vielen Interviews ein wichtiges Element. So wurde z.B. der Informant aus dem Interview L2 bei der Durchführung von Blutentnahmen durch Pflegekräfte direkt unterstützt:

„[...] und dann, äh, hab ich halt öfter mal ne Schwester geholt oder nen Pfleger, Pfleger Roland, war da zum Beispiel, der, der hat mir halt immer mal nen paar Handgriffe gezeigt [...]“ (L2 Zeile 138 - 140)

Ein anderes Beispiel findet sich im Interview L7, hier beschreibt die Studierende, wie sie unter engmaschiger Anleitung ein CT selbst durchführen konnte:

„Hm, naja also eigentlich, also die ham mir dann, ich durfte nen paar selber, selber CT machen, weil die dann eben gesagt haben, jetzt stellst du am Computer ein und so, dass fanden ich schon irgendwie toll, [...]“ L7 Zeile (338 - 340)

Beaufsichtigen

Bei manchen Tätigkeiten, die der Studierende theoretisch selbst durchführen kann, ist eine Beaufsichtigung durch ärztliches Personal notwendig. Dies wird z.B. in L2 deutlich. Hier nimmt sich das Stationspersonal die Zeit, den Studierenden bei der Durchführung verschiedener Aufgaben zu begleiten:

„Ich durfte mal mit ne Infusion machen, Verbände wechseln durfte ich, Druckverband anlegen, ne Schleuse legen und habe auch 2 Bluttransfusionen gemacht, unter Aufsicht natürlich.“ (L2 Zeile 72 - 74)

Supervidieren

Ein weiterer wichtiger Bestandteil in der Ausbildung der Studierenden ist eine adäquate Supervision der geleisteten Tätigkeiten wie z.B. in Interview L4 beim Besprechen von durch den

Studierenden vorgenommenen Untersuchungen, da so Fehler im Arbeitsprozess aufgedeckt und korrigiert werden können:

„[...] ich bin von den Ärzten allein vorgeschickt worden, hab die ganze Anamnese gemacht, die klinischen Untersuchungen [...]. Und hab dann mich quasi mit den Leuten unterhalten und dann kam der Arzt und dann ham wir das zusammen ausgewertet [...]" (L4 Zeile 51 - 55)

Ein ähnliches Beispiel findet sich im Interview L1, in dem der zuständige Arzt die Anamnese und Untersuchung der Studierenden am Patienten vidiert und vertieft:

„[...] wir ham die Akte dann mitgenommen und sollten ihm die gesamte Anamnese, die wir gemacht haben vorstellen, an dem Patienten, wir sind mit ihm ins Zimmer gegangen zum Patienten, dann hat der Patient das auch nochmal abgenickt, hat gleich nochmal erfahren, was wir über ihn aufgeschrieben haben und äh anamnestisch erhoben haben und dann hat äh der Assistenzarzt natürlich nochmal nen paar Fragen gestellt und einige Sachen erweitert oder auch nochmal nachgefragt [...]" (L1 Zeile 134 - 138)

Beteiligen an ärztlichen Entscheidungsfindungen

Ebenfalls von großer Bedeutung ist die Einbeziehung der Studierenden in Prozesse ärztlicher Entscheidungsfindung. Diese waren allerdings im Vergleich zu den anderen Tätigkeiten des Lernens seltener vertreten. Ein positives Beispiel stellt L4 dar:

„[...] und dann hat er noch recht spezifische Sachen gefragt und dann hat er noch meine Verdachtsdiagnose gefragt und was wir da geben können [...]" (L4 Zeile 55 - 56)

b) Konzepte der Famulaturausbildung

Im Folgenden soll auf verschiedene im Material vorhandene Konzepte der Famulaturausbildung wie z.B. interprofessionelles Lehren, die Einbindung ins Stationsteam oder Lernen durch Schlüsselcharaktere eingegangen werden. Diese vereinen oftmals verschiedene Tätigkeiten des Lehrens (3.1.5a) und schaffen eine zeitliche über die unmittelbare Lehrsituation hinausgehende Komponente.

Interprofessionelles Lehren

Für die Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten in der Famulatur spielt das gesamte Klinikteam eine wichtige Rolle. Es wird deutlich, dass die Famulaturausbildung in der Praxis eine interprofessionell wahrgenommene Aufgabe ist. Die Studierenden lernen von Krankenpflegekräften oder medizinisch-technischen Assistentinnen und Assistenten. Neben der bereits oben in L2 (Zeile 138 – 140) beschriebenen Beteiligung profitierte auch die Studierende in L3 sehr von dem Engagement der OP-Schwestern:

„[...] gerade im OP die Schwestern wollten da einem auch wirklich viel zeigen und haben auch versucht einen auch son bisschen zu lenken [...]" (L3 Zeile 294 - 295)

Ein anderes Beispiel für interprofessionelles Lehren findet sich im Interview L1. Hier schildert der Studierende, wie Krankenschwestern ihn bei praktischen Tätigkeiten supervidierten:

„[...] also ich bin mit dem PJtler und der Schwester mal zum Drainagenziehen gegangen, das hab ich dann gemacht und dabei hat die Schwester auch noch ein paar Sachen erklärt, wie ich zum Beispiel noch effektiver die Drainage rauskrieg oder wie das sauberer von statten geht und so weiter und sofort [...]“ (L1 Zeile 370 - 371)

Initiale Einbindung ins Famulatursetting

Neben den didaktischen Aspekten im Laufe der Famulatur, wurde von Einweisungen in die Station bzw. Praxis zu Famulaturbeginn berichtet. Darüber hinaus konnten verschiedene subformelle Strukturen identifiziert werden. So war es zum Beispiel in der Famulatur des Informanten L1 üblich, dass die Studierenden zunächst durch das Stationspersonal bzw. die PJ-Studierenden eingewiesen werden, um ihnen einen Überblick über Station und Tätigkeitsfeld zu geben:

„[...] wir sind angekommen, wurden von der Stationsassistentin erstmal eingewiesen wo was ist, uns wurde die Station gezeigt, also wo man alles findet, uns hat dann nen Pflegehelfer auch erklärt, wie wir an alle Sachen rankommen, die wir auch benötigen und im Prinzip wars so, dass wir am ersten Tag von dem PJtler betreut worden sind.“ (L1 Zeile 27 - 31)

Auch zeigte sich in diesem Interview eine nach Kompetenzen gerichtete Abstufung der Einweisung. Während wie oben geschildert Räumlichkeiten vom Pflegepersonal gezeigt werden, findet eine erste Erklärung des Tätigkeitsfeldes durch den PJtler statt, während komplexere Einweisungen durch den jeweiligen Assistenzarzt vorgenommen werden:

„[...] alles Weitere, was dann das Aufgabenfeld des Famulanten erfasst, also Blutabnehmen, Anamnesen erheben, und so weiter und so fort, wie das strukturiert ist, wie mans machen soll in der Herz-Thorax-Chirurgie, [...], mit besonderem Blick auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gefäß-Erkrankungen, die verschiedenen praktischen Fähigkeiten, die man dazu auch besitzen soll, sowas hat natürlich nachher der Assistenzarzt vermittelt [...]“ (L1 Zeile 47 - 51)

Wesentlich sind für die Studierenden auch Umgangsformen gegenüber den verschiedenen Berufsgruppen in der Famulatur. So führt der Informant im Interview L4 beispielsweise aus, dass er als Zeichen der Zugehörigkeit zum ärztlichen Team mit den betreuenden Medizinern schnell per-Du war:

„[...] was mir auf jeden Fall aufgefallen ist, doch jetzt wo ich nochmal nachdenke, ist diese Hierarchie, also, ähm, dadurch mit den Ärzten wurde ich sofort geduzt, das war sofort klar, dass du is [...]“ (L4 Zeile 91 - 93)

Wissensvermittlung durch Schlüsselcharaktere

Die Wissensvermittlung findet oftmals auf einer persönlichen Ebene durch einzelne Schlüsselpersonen statt. Beispielsweise vermittelt ein erfahrener Pfleger Tipps und Tricks zur

Blutentnahme (L2 Zeile 138 - 140). Ein anderes Beispiel ist der Oberarzt aus der Funktionsdiagnostik (L6 Zeile 74 - 83), dieser brachte besagter Studierenden zunächst theoretische Zusammenhänge am Modell bei, übertrug die Situation anschließend auf die praktische Untersuchung am Patienten und vertiefte das Wissen anschließend durch weitergehende Fragen:

„[...] und immer wenn ich in der Funktionsdiagnostik war, hat sich der Oberarzt sehr viel Mühe gegeben, mir Sachen zu erklären, zum Beispiel im Herzecho, wenn man da nichts erklärt bekommt, dann sieht man da gar nichts.“ (L4 Zeile 73 - 75)

Gemein ist den Beispielen eine strukturierte, aber personenabhängige, Wissensvermittlung im Rahmen des jeweiligen Tätigkeitsbereiches. So beschreibt der Studierende in Interview L2, dass ihn nicht jeder Arzt in seine Tätigkeit miteinbezogen hat:

„Äh, ja wenn der Professor Müller da war, der hat mir das erklärt, der, also der hat gefragt, sind sie Student, der hat mir gesagt ja ok, dann hat er mir die Fragen gestellt, was sehen sie hier, was machen wir da, beim 3. Mal war das nen anderer, der hat nichts erklärt, der weiß gar nicht, ob der mich wahrgenommen hat (lacht) [...]“ (L2 Zeile 45 - 48)

c) Auswirkungen fehlender Famulaturkonzepte

Sind Ausbildungskonzepte in einer Famulatur nur schwach ausgeprägt, kann dies negative Konsequenzen für den Lernerfolg haben. Dies wird z.B. in L6 deutlich, als der Studierende einen Großteil der Zeit für redundante Tätigkeiten eingesetzt wird, da das Stationspersonal überlastet ist:

„Was ich auf jeden Fall nicht so gut fand im Nachhinein, ist, dass ich, ähm, zu viel Blutabnehmen und Flexülen musste, weil naja gut, es musste halt gemacht werden, auf soner Station hat man viele Patienten denen Blut abgenommen werden muss und die Ärzte hatten keine Zeit, beziehungsweise haben sich keine Zeit dafür genommen, auch mal selbst das Blut abzunehmen, so dass ich häufig die ganze Station diesbezüglich versorgen durfte, das dauert dann natürlich ewig.“ (L6 Zeile 32 - 37)

Weitergehende formalisierte in den Tages- bzw. Famulaturablauf integrierte Konzepte wie z.B. Logbücher oder Ablaufpläne mit denen gegengesteuert werden könnte, wurden im vorliegenden Interviewmaterial nicht beschrieben. Lediglich in L4 wurde die Existenz von Leitfäden im Zusammenhang mit einer geplanten Famulatur erwähnt:

„[...], das mach ich dann jetzt, wenn ich jetzt im Sommer ins Krankenhaus gehe, dann war schon in dem Leitfaden der Famulatur, die ich da bekommen habe, dass Blutabnahme morgens Pflicht ist.“ (L4 Zeile 108 - 110)

3.2 Teil B: Relevanz der Lernziele des Magdeburger Curriculums zur Versorgungskompetenz - Ergebnisse der deduktiven Inhaltsanalyse

Die Forschungsfrage, welche Rolle die im Magdeburger Curriculum zur Versorgungskompetenz (MCV) entwickelten Leitideen „interdisziplinäre Abläufe verstehen“, „interprofessionell zusammenarbeiten“ sowie „einzel- und systembezogenes Handeln“ im klinischen

Famulaturaltag der Studierenden spielen, steht im Zentrum dieses Absatzes. Hierfür wurden besagte Leitideen als deduktive Kategorien an das Material angelegt. Es erfolgte in weiteren Arbeitsschritten eine qualitative Inhaltsanalyse mit orientierend numerischer Auswertung sowie induktiver Bildung von Subkategorien.

Es konnte gezeigt werden, dass sich alle drei Leitideen im Interviewmaterial empirisch wieder spiegeln (vgl. Anhang E). Zwar drohen einzelne untergeordnete Kategorien wie z.B. das Erlernen der medizinischen Dokumentation im Klinikalltag unterzugehen. Dennoch sind hinsichtlich aller Leitideen deutlich ausgeprägte Schwerpunkte erkennbar, auf die im Folgenden (3.2.1 - 3.2.3) näher eingegangen werden soll. Tabelle 05 in Kapitel 2.5.3 bietet einen Überblick über die deduktiv angelegten Kategorien (Subebene 1) sowie über die zugehörigen induktiv neu gebildeten Kategorien (Subebene 2).

3.2.1 Ergebnisse zur Leitidee „interdisziplinäre klinische Abläufe verstehen“

Die Leitidee „interdisziplinäre klinische Abläufe verstehen“ umfasst das Erleben der Studierenden von fachlichen bzw. disziplinären Zuständigkeiten, Organisation von Diagnostik und Therapie aber auch zu Themenfeldern wie Schnittstellenkommunikation und Dokumentation.

Es zeigt sich empirisch, dass die obige Leitidee im Famulaturerleben der Studierenden eine wesentliche Rolle spielt. Die jeweiligen Kategorien sind allerdings unterschiedlich stark ausgeprägt. Die Kategorien 1.1 „Erwerb von Kenntnissen über interdisziplinäre Zuständigkeiten und Handlungsmöglichkeiten“ sowie 1.2 „Organisation von Diagnostik und Therapie“ wurden von den Studierenden am stärksten beschrieben. Ebenfalls auffällig ist, dass in fast jedem Interview Bezüge zum Kennenlernen von Rahmenbedingungen im Klinik- und Praxisalltag (Kategorie 1.3) hergestellt werden konnten. Weniger stark war hingegen die Ausprägung der Schilderungen zu Schnittstellenkommunikation (Kategorie 1.5), Dokumentation (Kategorie 1.6) sowie zu komplexen Erkrankungen als Konsultationsanlass (Kategorie 1.4). Hierbei ist anzumerken, dass das Vorhandensein von Schilderungen zu diesen Lernzielen oft mit den Möglichkeiten der gewählten Fachrichtung zusammenhängt. So ist beispielsweise der erlebte Komplexitätsgrad von Erkrankungen in der Endokrinologie oder Radiologie deutlich höher als in der hausärztlichen Versorgung (vgl. Interview L9 Zeile 109 - 118).

a) Kategorie 1.1: Kenntnisse über interdisziplinäre Zuständigkeiten und Handlungsmöglichkeiten

Die Kategorie 1.1 beschreibt, wie Studierende Wissen über interdisziplinäre Zuständigkeiten und Handlungsweisen in der Patientenversorgung erleben. Es konnte induktiv die Unterscheidung zwischen interdisziplinären (Subkategorie 1.1.1) und rein disziplinären (Subkategorie 1.1.2) Kenntnissen eingeführt werden.

Hierbei ist der Bezug zu den interdisziplinären Zuständigkeiten und Handlungsmöglichkeiten (Subkategorie 1.1.1) am größten. Das Erleben dieser Subkategorie ergibt sich meist im

Rahmen des Klinikalltages, z.B. wenn Patienten von anderen Ärzten übernommen werden (L1 Zeile 282 - 290), im Rahmen der Konsultätigkeit (L3 Zeile 94 - 100) oder bei interdisziplinären Besprechungen und Konferenzen. Dies wird beispielsweise im Interview L7 (Zeile 163 - 170) anhand der von den Radiologen für die verschiedenen anderen Fachrichtungen durchgeführten Röntgenbesprechungen deutlich, in denen Fälle sowohl klinisch als auch von Seiten der Bildgebung analysiert werden:

„[...] die sind dann immer quasi, die Internisten, dann gekommen, auf die Station der Radiologen und dann haben die Radiologen nochmal spezielle Fälle von denen halt wiederholt und ähm, haben da auch noch erklärt, warum man jetzt im MRT das und das so erkennen kann und das auf diese Diagnose dann stützt, einfach damit auch die das besser verstehen und das war eigentlich ganz gut, weil die ham, die Internisten, ham nochmal kurz die Fälle vorgestellt und dann hat der Radiologe oder die Radiologin, je nachdem, wer das dann gemacht hat, nochmal nen Bezug dazu genommen und gesagt gut, wir haben jetzt hier eben dann das Bild dazu und oder die Vorbilder, das entwickelt sich jetzt so und so mit der Fragestellung und das war ganz gut.“ (L7 Zeile 163 - 170)

Bezüglich der rein disziplinären Zuständigkeiten (Subkategorie 1.1.2) beschreiben die Studierenden oftmals Teile ihres Tagesablaufes zu denen Elemente wie fachinterne Besprechungen, diagnostische und therapeutische Interventionen, Patientenmanagement sowie die Teilnahme an Visiten zählen. So beschreibt L7 besonders anschaulich, wie der Tagesablauf in der Radiologie im Vergleich zu anderen Fachrichtungen aussieht:

„Naja Radiologie ist ja so ähm, das einfach sich die Patienten, die werden halt von Station angemeldet und dann werden die, eben die unterschiedlichsten Sachen gemacht, also CT und MRT und dann die Sonos und im Laufe der Tag [...] oder eben von der Notaufnahme, also das ist ja eigentlich immer das gleiche, da gibts jetzt nicht sonen routinierten Ablauf, wie jetzt vielleicht bei anderen Stationen, wo man sagen kann, morgens Visite oder so, [...]“ (L7 Zeile 144 - 149)

b) Kategorie 1.2: Erwerben von Einblicken in Organisation, Diagnostik und Therapie

Die Kategorie 1.2. beschreibt wie Studierende die Krankenversorgung in Bezug auf organisatorische aber auch klinische Aspekte hinsichtlich Diagnostik und Therapie erleben. Es konnten induktiv die Subkategorien 1.2.1 „[...] in Bezug auf organisatorische Algorithmen von Diagnostik und Therapie“ und 1.2.2 „[...] in Bezug auf klinische Algorithmen von Diagnostik und Therapie“ identifiziert werden.

Hierbei lag der Fokus der Studierenden besonders auf den organisatorischen Algorithmen von Diagnostik und Therapie (Subkategorie 1.2.1). Die Studierenden schilderten diesbezüglich die jeweiligen in der Klinik etablierten Standardverfahren zur Patientenversorgung (L1 Zeile 284 - 288), berichteten aber auch an Fallbeispielen über die Organisation der Versorgung (L2 Zeile 253 - 263). Ein gutes Beispiel für die Subkategorie 1.2.1 stellt das Interview L1 dar, in dem der Studierende besonders strukturiert erläutert, welche Untersuchungen die Patienten vor ihrer weiteren Behandlung erhalten müssen:

„[...] wir mussten immer gucken, ist die Katheteruntersuchung da, ist die Doppleruntersuchung da und wie sehen die Ergebnisse aus, also es stand ja natürlich alles schon da ne, also die, wenn die Untersuchungen da sind, dann passt. Bei manchen Patienten ist dann so, dass auch bei uns auch schon die Verantwortung liegt, ok, der hat keinen Doppler, also gehen wir jetzt hin und melden nen Doppler an für die Carotis. Meistens haben die Doppleruntersuchungen gefehlt [...]“ (L1 Zeile 284 - 288)

Etwas seltener vertreten war der Bezug zu unmittelbar klinischen Prozessen in Diagnostik und Therapie (Subkategorie 1.2.2). Die Studierenden berichteten vorwiegend über konkrete Situationen, in denen sie aktiv (L2 Zeile 311 - 313) oder passiv (L12) an der Versorgung von Patienten beteiligt waren. Der Informant im Interview L2 schildert beispielsweise die Erfassung der Krankengeschichte, welche er sich durch Aufnahmegespräche und Arztbriefe vergegenwärtigte:

„Ja, wir mussten ja die Krankenvorgeschichte immer durchgehen, die Hausarztbriefe sind wir immer durchgegangen, also ich dann im Aufnahmegespräch mit dem Patienten oder auch wenn was Besonderes dabei war mal mit der Ärztin.“ (L2 Zeile 311 - 313)

c) Kategorie 1.3: Kennenlernen typischer Rahmenbedingungen im Klinik- bzw. Praxisalltag

Die Kategorie 1.3 beschreibt, wie Studierende typische Rahmenbedingungen im ärztlichen Alltag erleben. Es wird hierbei von den Studierenden vor allem auf Einschränkungen wie etwa einen hohen Dokumentationsaufwand (L4 Zeile 266 - 281) oder Personalmangel (L6 Zeile 41 - 45), aber auch auf Ressourcen wie zum Beispiel besonders geschultes Personal für spezielle Aufgaben (L10 Zeile 249 - 252) eingegangen. In L6 manifestiert sich beispielsweise Personalmangel durch eine übermäßige Belastung des Studenten mit redundanten Tätigkeiten wie Blutentnahmen. Dieser Zustand bessert sich erst mit der Verfügbarkeit von zusätzlichem Personal:

„Hm die erste Woche gar nicht, in der 2. Woche kam dann irgendwann nen zusätzlicher Arzt und dann hat sich das gebessert und in der letzten Woche waren dann sogar zum Teil dauerhaft 3 Ärzte auf Station und dann hat sich das Problem wirklich eigentlich behoben. Da hab ich vielleicht mal noch zwischen 5 und 10 Blutentnahmen gemacht, das ist ja zu Übungszwecken gar nicht schlecht.“ (L6 Zeile 41 - 45)

d) Kategorie 1.4: Komplexe Erkrankungen als Konsultationsanlass

Kategorie 1.4 behandelt den Umgang mit komplexen Erkrankungen in der Famulatur. Studierende thematisierten diese nur in stark spezialisierten Fächern wie z.B. Radiologie oder Endokrinologie. Die Studierenden berichten hier oft über komplizierte Verläufe (L3 Zeile 492 - 507, L12 Zeile 85 - 89). Die individuelle Definition einer komplexen Erkrankung ist hierbei nicht immer einheitlich. Ein gutes Beispiel stellt das Interview L12 dar, in dem Probleme bei der Diabetestherapie von Patienten mit psychischen Komorbiditäten angesprochen werden:

„Und im Endeffekt hat ihr Mann sie in die Notaufnahme gebracht, die hatte wohl glaub ich schon seit 20 Jahren Diabetes, wurde die letzten 5 Jahre gar nicht behandelt. [...] Hatte dem zu folge ein Ulcus, das wirklich bis zum Knochen war und da hab ich mich jetzt auch nen bisschen erschrocken, weil ich dachte das sone Art in dem Sinne in Deutschland halt gar nicht vorkommt, weil ja die medizinische Versorgung gut genug ist. Da is halt diese Komorbidität mit ner psychischen Erkrankung, da hat sie halt niemanden reingelassen, musste halt gegen Gewalt ins Krankenhaus geschleppt werden.“ (L12 Zeile 85 - 89)

e) Kategorie 1.5: Schnittstellenkommunikation im klinischen Setting

Kategorie 1.5 thematisiert den Umgang bzw. das Erleben von Schnittstellenkommunikation im Famulaturalltag. Sie wurde von Studierenden verhältnismäßig selten beschrieben und spielt vornehmlich im stationären Setting eine Rolle. Die Studierenden berichteten über Schnittstellenkommunikation vor allem bei Neuvorstellungen von Patienten (L2 Zeile 319 - 320), im Rahmen interdisziplinärer Besprechungen (L7 Zeile 104 - 123) sowie bei Dienstübergaben (L10 Zeile 146 - 152). Im Interview L10 wird in diesem Zusammenhang über die Morgenbesprechungen als wichtige Gelegenheit zum Informationsaustausch zwischen den jeweiligen Diensten und dem regulär eingesetzten Personal über neue Patienten berichtet:

„[...] also das war halt dann Morgenbesprechung einfach, also da kamen komplett alle Ärzte von allen Innere-Stationen und alle Studenten, die gerade halt da waren, das waren immer so 30 Studenten, aus allen Studienjahren und die gerade halt irgendwie da eing, da zugeordnet waren und dann hat immer der Dienst von [...] der letzten Nacht die neuen Patientenaufnahmen da vorgestellt und halt kurz beschrieben und was da gemacht werden muss und wo die hin verlegt wurden und so weiter und sofort [...]“ (L10 Zeile 146 -152)

f) Kategorie 1.6: Medizinische Dokumentation

Kategorie 1.6 beschreibt Inhalte zur medizinischen Dokumentation. Dieses Thema wurde nur in wenigen Schilderungen aufgenommen und auf sehr unterschiedliche Art von den Studierenden behandelt. Neben dem Ausfüllen von Formblättern (L1 Zeile 585 - 590), wurde auch das Schreiben von Arztbriefen (L3 Zeile 480 - 481) sowie die auf die Krankenkassen angepasste Leistungsdokumentation erlebt. L4 berichtet besonders ausführlich über diese Themen:

„Ja also des war schon, das war auf jeden Fall sehr interessant, weil man ja gar nicht weiß, was da als Rattenschwanz da hinterherkommt, ich mein, das ist ja wie auch in der Klinik, oder ne in der Klinik is nochmal bisschen anders, aber als Hausarzt, wenn du niedergelassen bist und selbstständig bist, dadurch, was da hinterherkommt, also es is ja nicht so: Der Patient kommt und macht man sein Ding und danach ist alles gut, aber das was die Abrechnungssachen anbelangt und was den Schriftverkehr anbelangt, die Kassen die sich melden, warum man das und das verschrieben hat und dann muss man sich hierfür rechtfertigen [...]“ (L4 Zeile 266 - 272)

Weiterhin ist anzumerken, dass die ebenfalls wenig repräsentierten Kategorien Schnittstellenkommunikation (Kategorie 1.5) sowie komplexe Erkrankungen (Kategorie 1.4) von den

Studierenden im ambulanten Sektor weniger Beachtung fanden und überwiegend bei Famulaturen in größeren Kliniken vertreten waren.

3.2.2 Ergebnisse zur Leitidee „interprofessionell zusammenarbeiten“

Die Leitidee „interprofessionell zusammenarbeiten“ umfasst Wahrnehmung und Verständnis sowie das eigenständige Agieren in Arbeitsprozessen, an denen verschiedene Professionen beteiligt sind. Alle Studierenden haben während ihrer Famulatur interprofessionelles Arbeiten in verschiedenen Ausprägungen erlebt. Am deutlichsten wurde dies hinsichtlich der Wahrnehmung spezifischer Kompetenzen (Kategorie 2.1) der verschiedener Berufsgruppen. Stark vertreten im Famulaturerleben waren auch die Kategorien 2.2 „verstehen arbeitsteilig organisierter Arbeitsprozesse“ und 2.3 „agieren in arbeitsteilig organisierten Prozessen“. Es zeigte sich weiterhin, dass interprofessionelle Zusammenarbeit sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting eine wichtige Rolle spielt.

a) Kategorie 2.1: Wahrnehmung spezifischer Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen

Bezüglich der Wahrnehmung von spezifischen Kompetenzen der jeweiligen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen (Kategorie 2.1) fanden sich im stationären Setting aber auch im OP oder in medizinisch-technischen Abteilungen diverse Schilderungen. Hierbei erlebten die Studierenden verschiedene Situationen, von der Wundversorgung (L1 Zeile 373 - 376) über die Patientenverwaltung (L9 Zeile 89 - 94) bis hin zu medizinisch-technischen Fragestellungen (L7 Zeile 115 - 119 und Zeile 341 - 348). Besonders anschaulich stellte dies L7 anhand der unterschiedlichen Kompetenzen von medizinisch-technischem Personal und Ärzten in der Bilderstellung und -Befundung in der Radiologie dar:

„[...] das ist eben in der Radiologie eben auch sehr viel Physik und wie mach ich dann die Ebenen und so und also, das machen halt die Radiologen ja gar nicht, die gucken wirklich noch fertige Bilder, aber wie kommts überhaupt zum Bild und wie muss ich den Computer einstellen und auch das Gerät und dann guck ich dann zum Beispiel nur den Thorax gemacht und nicht nur auch noch das Abdomen oder so, dass muss man ja vorher alles einstellen und auch berechnet werden und die [medizinisch-technischen Assistenten] machen dann letztlich, schneiden die Bilder so zu, dass nen Anderer die halt befunden kann und das fand ich halt schon toll [...]“ (L7 Zeile 341 - 348)

b) Kategorie 2.2: Verstehen von arbeitsteilig organisierten Prozessen

Kategorie 2.2 beschreibt das Erfassen bzw. Verstehen von arbeitsteilig organisierten Prozessen im klinischen Alltag. Es konnten induktiv die Subkategorien 2.2.1 „verstehen von arbeitsteilig organisierten Prozessen in Bezug auf praktische bzw. organisatorische Aspekte“ und 2.2.2 „verstehen von arbeitsteilig organisierten Prozessen in Bezug auf kommunikative und soziale Aspekte“ gebildet werden.

Der Bezug von arbeitsteilig organisierten Prozessen zu praktischen und organisatorischen Aspekten (Subkategorie 2.2.1) wird in verschiedenen Situationen deutlich. Sowohl bei der durch Pflegekräfte unterstützten Visite (L12 Zeile 492 - 498), als auch bei operativen Eingriffen (L3 Zeile 143 - 157) spielt die Zusammenarbeit eine wichtige Rolle. Weiterhin ist der Bezug zu praktischen und organisatorischen Aspekten sehr präsent bei der für die meisten Studierenden obligatorischen Blutentnahme (L2 Zeile 54 - 59). Ein typisches Beispiel stellt das Interview L1 dar: Die Studierende berichtet hier über das Ineinandergreifen von Pflegekräften und Familiärer am Beispiel der Anamnese.

„Also die Zusammenarbeit als solche hat sehr gut funktioniert, ich musste ja auch für, also wenn man sich jetzt so das Standardbild von ner Patientenaufnahme anguckt, dann sieht die halt so aus, dass die, dass es ne Pflegeanamnese gibt und auch ne ärztliche Anamnese und die beiden müssen halt unmittelbar verzahnt werden.“ (L1 Zeile 360 - 368)

Ebenfalls häufig wird die Reflektion der sozialen und kommunikativen Aspekte in arbeitsteilig organisierten Prozessen (Subkategorie 2.2.2) beschrieben. Die Studierenden beschäftigen sich hierbei mit der Anrede „Sie“ oder „Du“ (L2 Zeile 90 - 94, L4 Zeile 148 - 154), thematisieren das eigene Verhalten gegenüber dem neuen Team (L7 Zeile 276 - 283, L3 Zeile 316 - 327), aber auch das Verhalten der Teammitglieder untereinander wird von den Studierenden aufmerksam verfolgt, wie beispielsweise das Interview L6 zeigt. Hier beschreibt der Studierende, wie sich bestimmte Verhaltensweisen einer Ärztin negativ auf die Zusammenarbeit mit der Pflege auswirken. Der Studierende schildert, dass sie die Schwestern nicht auf Augenhöhe behandelt und sich ihnen gegenüber herablassend gibt:

„Naja, also die eine Ärztin, die war schon so ganz leicht überheblich und wenn man da ein sehr feines Gespür als Schwester für hat, dann kann ichs irgendwo verstehen, dass man die dann nicht so sehr gemocht hat. Ich glaub nicht mal, dass das irgendwie groß Absicht von der Ärztin war, aber das war einfach so ihre Art.“ (L6 Zeile 192 -195)

Als Konsequenz ergibt sich aus Sicht des Interviewten eine schlechtere Zusammenarbeit, die zu potentiell höheren Belastungen der jeweiligen Akteure führt:

„Es hätte besser laufen können und sicherlich auch noch nen bisschen dazu führen können, dass ne gegenseitige Entlastung stattfinden könnte.“ (L6 Zeile 202 - 203)

Der Studierende erfasst und interpretiert in diesem Beispiel Verhaltensweisen des Teams, die er in einem zweiten Schritt mit der Organisation der stationären arbeitsteiligen Prozesse in Verbindung bringt.

c) Kategorie 2.3: Agieren in arbeitsteilig organisierten Prozessen

Das Thema der eigenen Mitarbeit in arbeitsteilig organisierten Prozessen war Bestandteil jedes Interviews. Zwar traten oftmals Überschneidungen mit Kategorie 2.2 „verstehen von arbeitsteilig organisierten Prozessen“ auf, da das Erfüllen dieser Kategorie in der Regel als

Voraussetzung für das eigenständige Agieren gesehen werden kann, dennoch ist auch hier eine große Zahl an Beispielen vorhanden. Neben der in vielen Interviews präsenten Durchführung von Blutentnahmen (L2 Zeile 135 - 141, L6 Zeile 167 - 173), beschäftigten sich die Studierenden oftmals mit ihrer Rolle und Funktion in verschiedenen Arbeitsprozessen (L9 Zeile 37 - 38, L3 Zeile 292 - 296) sowie mit der Unterscheidung von ärztlichen und nichtärztlichen Tätigkeiten (L3 Zeile 316 - 327, L5 Zeile 240 - 243), letztlich geht es aber auch um Feedback zum Arbeitsprozess wie unter anderem das Interview L2 zeigt. Hier erhält der Studierende eine direkte Rückmeldung von den Schwestern und Ärzten bezüglich seiner Eintragungen in Dokumenten:

„[...] dann ham mir jetzt nicht nur die Ärzte sondern die Schwestern erzählt, schreib das mal lieber so auf, dann können wir das besser verstehen und schreib auch ordentlich, das wurd mir von allen Seiten gesagt [...]“ (L2 Zeile 143 - 145)

Besonders in den chirurgischen Fachrichtungen wurde mit Blick auf arbeitsteilig organisierte Prozesse oft die direkte Zusammenarbeit im OP-Bereich wie z.B. im Interview L3 geschildert. Hier berichtet die Studierende unter anderem über die Lenk- bzw. Leitfunktion der OP-Schwestern:

„[...] gerade im OP die Schwestern wollten da einem auch wirklich viel zeigen und haben auch versucht einen auch son bisschen zu lenken [...]“ (L3 Zeile 293 - 294)

3.2.3 Ergebnisse zur Leitidee „Einzelfall- und systembezogenes Handeln“

Die Leitidee „Einzelfall und systembezogenes Handeln“ beschreibt die Übertragung von Behandlungsstandards zur Umsetzung medizinischer Versorgungsprozesse unter Berücksichtigung der individuellen Kontexte von Patienten. Sie spielt eine zentrale Rolle in den empirischen Schilderungen der Studierenden. Es gibt aber unterschiedlich starke Ausprägungen der untergeordneten Kategorien. Die Übertragung von Behandlungsstandards in die individualisierte Versorgung (Kategorie 3.1) sowie die Einordnung von klinischen Einzelfällen in die jeweiligen Behandlungspfade (Kategorie 3.2) wurden in allen Interviews thematisiert. Die Kategorie 3.3 „Berücksichtigung individueller Kontexte“ war ebenfalls in den meisten Interviews enthalten. Die Entwicklung von ärztlichen Versorgungsprozessen (Kategorie 3.4) war hingegen in nur sehr wenigen Schilderungen präsent. Die meisten Studierenden haben entweder nur passiv der Entwicklung von Versorgungsprozessen beigewohnt oder diese vergleichsweise wenig wahrgenommen.

a) Kategorie 3.1: Übertragung von Behandlungsstandards in die individualisierte Versorgung

Die Kategorie „Übertragung von Behandlungsstandards in die individuelle Versorgung“ befasst sich mit dem Erleben der individuellen Anpassung von Therapien vor dem Hintergrund struktureller Rahmenbedingungen. Es konnten folgende Subkategorien induktiv gebildet werden:

Subkategorie 3.1.1 „Übertragung von Behandlungsstandards in die individuelle Versorgung unter Berücksichtigung des Stationsmanagements“ und Subkategorie 3.1.2 „[...] unter Berücksichtigung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen“.

Besonders präsent war die Berücksichtigung von Rahmenbedingungen hinsichtlich des Stations- bzw. Praxismanagements (Subkategorie 3.1.1). Hier finden sich Schilderungen zu Ressourcen wie Personal (L6 Zeile 311 - 327), Finanzen (L3 Zeile 258 - 262, L4 Zeile 266 - 281) und technischen Gerätschaften (L10 Zeile 213 - 219) aber auch zu klinikinternen Versorgungsprozessen, wie etwa dem Umgang mit Konsilen (L3 Zeile 94 - 100) oder der Diagnosestellung (L7 Zeile 48-58). Ein gutes Beispiel für die Subkategorie 3.1.1 aus dem stationären Bereich findet sich in L10. Hier beschreibt die Studierende den Einfluss der hiesigen elektronischen Datenverarbeitung auf die Patientenversorgung. Neben einer vollständig elektronischen Dokumentation der Befunde und Untersuchungen gibt es gesonderte Eintragungsmöglichkeiten für Studierende, welche zu Übungszwecken genutzt werden können:

„[...] aber gerade in der letzten Woche, als ich dann meine eigenen Patienten hatte und auch die Berichte, also das ist ganz cool bei denen, läuft alles über wie gesagt nen Computer, die haben überall Laptops rumstehen, sozusagen für Bericht, also da ist sozusagen immer alles vom Patienten online und dann gibts auch ne extra Sparte, wo quasi die Studenten ihre Berichte reinschreiben oder so, wenn du quasi Visite bei den Patienten gemacht hast, wo die, wars sozusagen nicht in den offiziellen Brief reingeht, aber was quasi, wo die Studenten dann gleich schon üben das alles mitzuschreiben, das war ganz cool.“ (L10 Zeile 213 - 219)

Weniger häufig finden sich Schilderungen zur Übertragung von Therapiestandards in die individuelle Versorgung unter dem Gesichtspunkt der sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen (Subkategorie 3.1.2). Hier wird von den Studierenden z.B. das Zusammenspiel mit anderen Akteuren im Gesundheitssystem wie niedergelassenen (Fach-)Ärzten (L9 Zeile 142 - 149) oder Krankenkassen (L12 Zeile 165 - 173) beschrieben. Dies geschieht besonders anschaulich in L12, als die Studierende den Fall einer Patientin schildert, die aus versicherungstechnischen Gründen vorübergehend nicht ihre gewohnte Medikation erhalten konnte, daraufhin Komplikationen entwickelte und stationär versorgt werden musste:

„Die kam da so natürlich unterzuckert und so, war auch langjährig wegen Addison eingestellt, aber die Apotheke hatte verweigert, ihr das Medikament zu geben, weil das irgendwie nicht mehr finanziert werden sollte und dann gabs Probleme mit der Krankenkasse, dass sie 2 Wochen quasi ohne ihr Aldosteron und Cortison war und demzufolge hatte sie sone Addison-Krise entwickelt in der leichten Form. [...] Äh, sie hatte halt ne, nicht ne vollkommene, also ne leichte Nebennierenrindeninsuffizienz, dass sie anscheinend damit noch leben konnte, ja dann hat sich, musste sich die Klinik drum kümmern, die durfte dann übergangshalber ihr Medikament doch dann haben [...]“ (L12 Zeile 165 - 173)

b) Kategorie 3.2: Einordnung des klinischen Einzelfalles in die jeweiligen Behandlungspfade

Die Einordnung des klinischen Einzelfalles in die entsprechenden Behandlungspfade wurde häufig thematisiert. Es finden sich in den Schilderungen der Studierenden verschiedene Zugangswege: Neben Beschreibungen von Entscheidungsbäumen zur Patientenversorgung (L6 Zeile 351 - 358) zeigen sich auch immer wieder Berichte über die Rolle des Studierenden bei Tätigkeiten in Diagnostik und Therapie der jeweiligen Fälle (L2 Zeile 253 - 263). Ein gutes Beispiel für Entscheidungsbäume stellt das Interview L6 dar, in dem der Studierende herausstellt, wie lehrreich für ihn die Visiten waren, da ihm hier durch die Assistenz- und Oberärzte die verschiedenen Behandlungsoptionen in Abhängigkeit der jeweiligen Untersuchungsergebnisse näher gebracht wurden:

„Da wurde ja während der Visite mir dann auch öfter mal erklärt, der Patient hat jetzt das und das, da müssen wir jetzt nochmal nen Röntgenbild machen und wenn da jetzt das rauskommt, dann müssen wir ja vielleicht operieren, ähm, oder halt wir müssen ne Katheteruntersuchung machen und dann schauen wir mal, ob wir da eventuell Bypass machen müssen, da wurden ja schon die Indikationen versucht son bisschen zu vermitteln und sehr spannend fand ich dann auch, wenn eben diese Rücksprachen mit Oberärzten waren, weil sich der Assistenzarzt selber nicht so sicher ist, was machen wir nu und in diesem Arzt-Arzt-Gespräch konnte man dann auch immer sehr viel lernen.“ (L6 Zeile 351 - 358)

Exemplarisch für den Zugang über die Einordnung der eigenen Tätigkeiten sind besonders Berichte über den Klinikalltag. Hier ist folgender Ausschnitt aus dem Interview L2 beispielhaft:

„Und dann kamen eigentlich immer pro Tag so 5, 6, 7 Aufnahmen und da lag dann immer die Akte, Patient hat gewartet, ich bin hingegangen, gesagt Patient Müller komm mit, Zugang, Blut abnehmen, ins Labor dann Untersuchung und dann ist der erstmal wieder aufs Zimmer gegangen. Dann musste ich halt den Patienten immer den Ärzten vorstellen, weil die mussten ja immer den Befund unterzeichnen und dann durfte ich die Akte, äh, die die Medikation bestimmen, Blutdrucküberwachung und son Kram, also alles ansetzen in der Kurve“ (L2 Zeile 275 - 280)

c) Kategorie 3.3: Berücksichtigung individueller Kontexte

In den meisten Interviews waren Schilderungen der Berücksichtigung individueller Kontexte in der Behandlung von Patienten, wie zum Beispiel der jeweiligen familiären oder beruflichen Situation vertreten. In den Erzählungen der Studierenden geht es hierbei meist um bestimmte Patienten, deren Situation gesteigerte Aufmerksamkeit erfordert. Beispiele sind die Organisation der häuslichen Versorgung nach einem stationären Krankenhausaufenthalt (L10 Zeile 242 - 249) sowie diagnostische und therapeutische Konsequenzen (L11 Zeile 96 - 100, L12 Zeile 177 - 185), die sich aus den jeweiligen Besonderheiten des Patienten ergeben. Ein gutes Beispiel stellt in diesem Zusammenhang das Interview L11 dar, in dem die Studierende die vielfältigen Gründe für ärztliche Hausbesuche darstellt. Es wird deutlich, dass neben einer

sozialen Problematik, auch bestimmte (chronische) Krankheitsbilder, sowie räumliche Erwägungen und der Patientenwunsch eine Rolle spielen:

„Ne das waren .. Leute die alleine lebten und [lachen], also wir hatten eine mit ner Alkohol-Enzephalopathie, glaube ich, Korsakoff so, die nich mehr unbedingt zum Arzt geht, sondern da muss man mit ihr geguckt werden, ob alles ok ist, ähm und dann waren das Patienten, die in der Nähe gewohnt haben und die gerne wollen, dass mal nen Hausbesuch gemacht wird und die wurden dann gleich mit besucht.“ (L11 Zeile 96 - 100)

d) Kategorie 3.4: Entwicklung von ärztlichen Versorgungsprozessen

Selten vertreten war hingegen das eigenständige bzw. begleitete Entwickeln von ärztlichen Versorgungsprozessen wie z.B. das Entwerfen eines Therapieplans. Hier zeigte sich nur in wenigen Interviews ein konkreter Bezug zur Famulaturwirklichkeit. Zwar beobachteten die Studierenden diesen Prozess vielfach, konnten aber nur selten selbst daran teilnehmen (L2 Zeile 253 - 263). Ein gutes Beispiel für die tatsächliche Einbindung in die Erstellung eines Diagnose- und Therapieplans stellt das Interview L10 dar. Hier hebt die Studierende besonders an ihrer Famulatur im Ausland hervor, dass sie sehr stark in für Patienten relevante Entscheidungsprozesse eingebunden wurde und die Therapie und Diagnostik selbst mitgestalten konnte:

„[...] sondern wurde, wurde viel mehr auch mit reinbezogen ok, was machen wir jetzt, was würdet ihr vorschlagen, also sozusagen mehr dieses, dieses Einbinden, also das fand ich sehr positiv da.“ (L10 Zeile 36 - 37)

4. Diskussion

In diesem Kapitel werden zunächst die Ergebnisse der qualitativen Interviewstudie als theoretisches Modell zusammengefasst (Kap. 4.1). Sie werden anschließend im Kontext der Ausbildungsforschung diskutiert (Kap. 4.2 und 4.3). Das Kapitel schließt mit einer methodischen Diskussion einschließlich der Limitationen (Kap. 4.4) sowie einem Forschungsausblick (Kap. 4.5) ab.

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Studie ist durch zwei Forschungsfragen geleitet: Wie erleben die Studierenden ihre Famulatur (Teil A) und welche Relevanz haben die Leitideen des Magdeburger Curriculums zur Versorgungskompetenz im Klinik- und Praxisalltag (Teil B). Die Famulatur konnte als ein komplexes soziales und (aus-)bildungsbiographisches Geschehen erfasst werden. Die inhaltsanalytische Auswertung der studentischen Interviews beinhaltet ein induktives Kategorienmodell über Dimensionen und Bedingungen des studentischen Famulaturerlebens (Teil A, Kap. 4.2). Diese wurden an 5 Fallporträts als besonders prägnante Eckfälle illustriert: a) "Vorteile durch Erfahrung": Das Interview L1, b) "Engagement vs. Unsicherheiten": Das Interview L2, c) Die Bedeutung der Erwartungshaltung: Das Interview L4, d) "Doppelte Demoralisierung": Das Interview L3, e) "Hilfskraft Famulierender": Das Interview L6. Die Fälle wurden unter der Maßgabe, eine möglichst große Diversität bezüglich prägnanten Erzählmotiven, Fachrichtung und Erleben herzustellen, ausgewählt. Zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage (Teil B, Kap. 4.3) wurden die übergeordneten programmatischen Leitideen des Magdeburger Curriculums zur Versorgungskompetenz (MCV), die der Lehrveranstaltung „Fit für Famulatur“ (Spura et al. 2016) zugrunde lagen, in ein deduktives Kategoriensystem überführt. Im Interviewmaterial zeigte sich eine starke Präsenz der MCV-Leitideen. Eine vertiefte Analyse ermöglichte darüber hinaus eine induktive Differenzierung von Subkategorien.

4.2 Teil A: Famulaturerleben - Zusammenfassung und Literaturvergleich

Das Erleben und Lernen in der Famulatur kann wesentlich durch das Zusammenspiel von vier Dimensionen beschreiben werden: 1. Unsicherheiten in der Famulatur, 2. die Famulatur als soziales Arrangement, 3. die Famulatur als Lehrchance und 4. die Famulatur als Lernchance (vgl. Abb. 3).

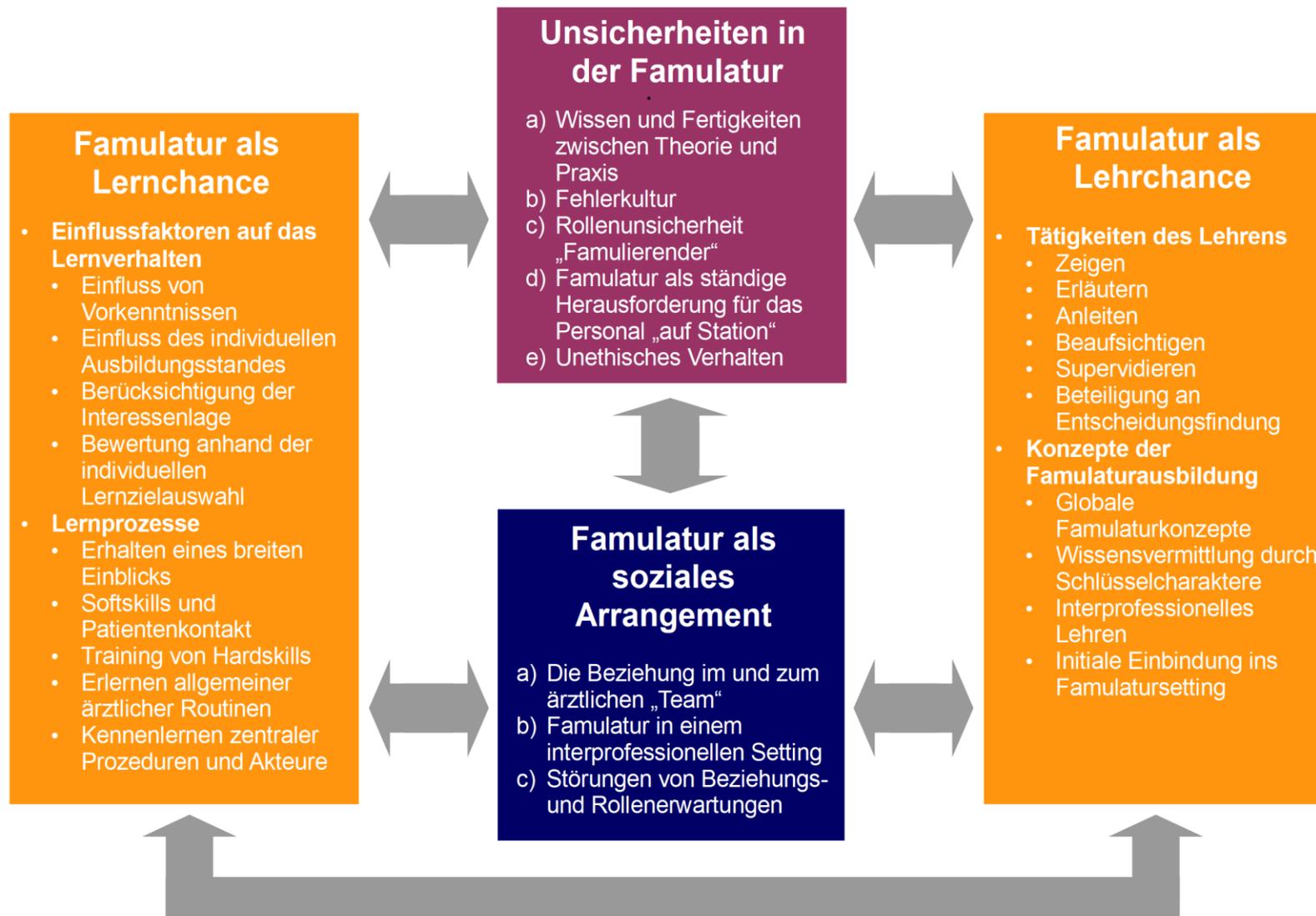


Abbildung 3: Dimensionen des Famulaturerlebens

4.2.1 Unsicherheiten in der Famulatur

Die erste Dimension beschäftigt sich mit der Bewältigung von Unsicherheiten durch die Studierenden. Es wurden die Faktoren Ungleichzeitigkeiten in theoretischen und praktischen Lerninhalten, Fehlerkultur, Rollenunsicherheit als Famulaturstudierende sowie unethisches Verhalten identifiziert. Es muss anerkannt werden, dass Angst und Unsicherheiten eine wichtige Rolle mit Blick auf die Praxisphasen im Medizinstudium spielen, sie für die Famulatur relevant und seitens der Stressforschung bezüglich Ausprägung und Kausalität gut beschrieben sind: Argumente für die Dimension 1. „Unsicherheiten in der Famulatur“ lassen sich aus einer Vielzahl von Arbeiten zum Thema „die Famulatur als Übergang bzw. Transitionsphase“ ableiten. So beschrieben etwa Teunissen und Prince, dass Studierende zu Beginn ihrer klinischen Rotationen nervös sind und Angst vor verschiedenen Aufgaben in der Klinik haben (Teunissen und Westerman 2011; Prince et al. 2005). Die Unsicherheiten dürfen aber nicht isoliert betrachtet werden. Sie stehen in Zusammenhang mit den anderen Dimensionen des Famulaturerlebens, 2. „Famulatur als soziales Arrangement“, 3. „der Famulatur als Lernchance“ und 4. „der Famulatur als Lehrchance“. Es sollte daher die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass die der Dimension „Unsicherheiten in der Famulatur“ zugrundeliegenden Kausalitäten in anderen Themenfeldern bzw. in deren Zusammenspiel verortet sind. Auch sind die Unsicherheiten nicht spezifisch für den Ausbildungsabschnitt der Famulatur. Sie kehren in späteren Transitionen des Bildungsweges wieder (Reimann 2013, S. 207–261; Felden 2014).

a) Wissen und Fertigkeiten zwischen Theorie und Praxis

Im Interviewmaterial äußerten Studierende oftmals Ängste bezüglich der subjektiv als schlecht empfundenen praktischen und theoretischen Vorbereitung auf die Famulatur. Ein Umstand der auch von Prince und Teunissen beschrieben wurde. Sie wiesen nach, dass Knapp die Hälfte aller Studierenden den Übergang in die Praxisphase als zu abrupt und zu schlecht vorbereitet empfindet (Prince et al. 2005; Teunissen und Westerman 2011). Die interviewten Studierenden führten die Unsicherheiten oft auf Ungleichzeitigkeiten in der Ausbildung zurück; bestimmte Lehrinhalte sind im Vorfeld der Famulatur noch nicht gelehrt worden. Diese Ansicht stützten einerseits die curricularen Vorgaben (GMA, MFT, VHZMK 2015; IMPP 2013b) sowie das beschränkte Angebot von Unterstützungsangeboten seitens der Fakultäten (Spura et al. 2016). Andererseits spielen die in der Klinik bzw. Praxis durch Pflegekräfte und Ärzte gestellten Erwartungen an die Studierenden eine wichtige Rolle. So wurden im Material z.B. Studierende zur Übernahme von praktischen Tätigkeiten gebracht, die sie noch nicht sicher beherrschten. Ein Umstand der auch von Ringsted (Ringsted et al. 2001) als stressauslösend beschrieben wurde.

b) Fehlerkultur

Ein anderer Grund für Unsicherheiten in der Famulatur ist die Erwartung einer rigiden, nicht verzeihenden Fehlerkultur in Krankenhaus und Praxis. Einige Studierende erwarteten, dass ihnen durch Fehler starke Nachteile entstehen bzw. es zu Auseinandersetzungen mit dem Klinikpersonal kommen würde. Dies scheint angesichts der von Fischer (Fischer et al. 2006) beschriebenen starken emotionalen Reaktionen Studierender auf mögliche Fehler in der Patientenbetreuung nachvollziehbar. Trotz der Antizipation einer solchen rigiden Fehlerkultur durch die Studierenden konnte diese aber in keinem Interview bestätigt werden. Im Gegenteil: Fehler wurden mit den Studierenden besprochen und sie wurden motiviert, bis sie in der Lage waren, die jeweilige Tätigkeit adäquat auszuführen. In der Literatur wird das Korrigieren von Fehlern durch Feedback als wichtiges Gütekriterium der Praktika beschrieben (Sternszus et al. 2012; Karani et al. 2014). Eine supportiver und regelhafter Umgang mit Fehlern wird von den meisten Autoren angestrebt (van der Hem-Stokroos et al. 2009; Elnicki et al. 2002). Überzogene Reaktionen wie z.B. abwertendes Verhalten gelten hingegen als unerwünscht und werden dem Themenfeld der Deprofessionalisierung (Levinson et al. 2014, S. 243–271) zugeordnet. Die interviewten Studierenden begegneten ihrer Angst vor Fehlern im Wesentlichen durch die Nutzung sozialen Ressourcen, indem sie z.B. versuchten ihre erste Famulatur mit Freunden in derselben Abteilung zusammen zu absolvieren. Der Nutzen dieser Maßnahmen muss allerdings kritisch betrachtet werden. So konnte Rospenda (Rospenda et al. 1994) zwar positive Effekte von sozialer Unterstützung innerhalb des Studiumfeldes Medizinstudierender auf das Stresslevel, aber keinerlei Effekte auf die akademische Leistung der Studierenden nachweisen. Bezüglich sozialer Unterstützung außerhalb des Studiumfeldes konnten sogar adverse Effekte bezüglich der Benotung nachgewiesen werden (Rospenda et al. 1994).

c) Rollenunsicherheit „Famulierender“

Ein weiterer wichtiger Grund für Unsicherheit in der Famulatur stellt die Rollenunsicherheit als „Famulierender“ dar. Es fiel den Studierenden schwer, Verhaltensregeln und Zuständigkeiten in der Famulatur zu erkennen und korrekt anzuwenden. Dies gilt sowohl für Prozeduren wie z.B. das Verhalten während einer Operation, als auch für die Kommunikation im Team. Ein Umstand der auch von O'Brien und Prince (O'Brien et al. 2007; Prince et al. 2005) beschrieben wurde: Rollen, Zuständigkeiten, Erwartungen und Verhaltensregeln stellen für Studierende eine maßgebliche Herausforderung dar. Diesen begegnen die Studierenden im Material durch eine Reihe von Maßnahmen bzw. Verhaltensweisen wie aufmerksamer Beobachtung, Bescheidenheit und angepasster Kommunikation. Hierbei zeigen sich Überschneidungen zum Konzept des *impression management* (Leary und Kowalski 1990) wie von Han im Kontext des *clerkships* (Han et al. 2015) beschrieben: Studierende kontrollieren den Eindruck, den sie auf andere Akteure in Klinik bzw. Praxis machen, genau und passen sich diesen an, da sie sonst negative Einflüsse auf ihre Lernchancen befürchten. Nicht im Material vorhanden sind

hingegen Beschreibungen longitudinaler Lehr- und Lerneffekte, wie sie in der Literatur z.B. durch Hauer (Hauer et al. 2012b) beschrieben werden: Studierende profitieren von einem längeren Aufenthalt auf einer Station (bzw. einer Praxis), da sie zunehmend sicherer im Umgang mit ihrer Rolle werden (Hauer et al. 2012b; Han et al. 2015). Ein Erklärungsansatz für die Abwesenheit dieser Beobachtung könnte in der stark begrenzten Praktikumsdauer von meist nur 2 - 4 Wochen in Deutschland liegen.

d) Famulatur als ständige Herausforderung für das Personal „auf Station“

Der Faktor der Famulatur als ständige Herausforderung für das Personal ist eng verknüpft mit c) Rollenunsicherheit „Famulierender“. Studierende beschrieben im Material, wie sie als Unbekannte in den Stations- bzw. Praxisablauf integriert werden. Hierbei spielen sowohl der Famulierende als Person als auch sein Ausbildungsstand eine wichtige Rolle. Diese Erkenntnisse sind anschlussfähig an O'Brien (O'Brien et al. 2007), die Wechsel von Personal, Ort und Lerninhalten als stressauslösend identifizierte. Das Gefühl der ständigen Herausforderung könnte durch die Unmöglichkeit einer langfristigen Bindung der Studierenden entstehen, da diese ihre Famulatur nach wenigen Wochen beenden.

e) Unethisches Verhalten

Unethisches Verhalten stellt ein weiteres Problemfeld für Famulierende dar, wenn es unter anderem mit abwertendem Verhalten gegenüber Patienten, Kollegen und anderen Gesundheitsberufen konfrontiert. Diese Erfahrungen wurden als sehr belastend empfunden. Ein Anschluss an Arbeiten zum Phänomen der Deprofessionalisierung (Leape und Fromson 2006; Weber 2004; Levinson et al. 2014, S. 243–271) ist gegeben. So beschreibt beispielsweise Levinson (Levinson et al. 2014, S. 250) ähnlich gelagerte Situationen, ihre Ätiologie aber auch ihre Konsequenzen für die Beteiligten (vgl. 1.3.7). Der adäquate Umgang mit deprofessionalisierendem Verhalten stellte für die Studierenden eine Herausforderung dar. Keiner der Interviewten entschied sich dazu, in einer der Situationen zu intervenieren oder diese zu melden. Dies stellt zwar einen besorgniserregenden aber keinesfalls seltenen Befund dar, so wie z.B. Elnicki (Elnicki et al. 2002) selbst bei die Studierenden direkt betreffenden Vorfällen nur in 31% eine Meldung nach. Levinson et al. (Levinson et al. 2014, S. 253–255) führten die typischen Verhaltensweisen im Umgang mit deprofessionalisierendem Verhalten aus: Fördern, ignorieren, verschieben (der Intervention auf einen späteren Zeitpunkt) oder intervenieren. Sie begründeten das hohe Maß an Inaktivität durch eine Mischung aus gruppenspezifischen Effekten, Normalisierungsprozessen und Vorteilen durch nicht-eingreifen (Levinson et al. 2014, S. 254–255). Die beiden letztgenannten Gründe lassen sich im Interviewmaterial nachvollziehen, da Studierende das Verhalten ihres Umfeldes zunehmend akzeptierten und gleichzeitig negative Reaktionen bei einer Einmischung fürchteten.

4.2.2 Famulatur als soziales Arrangement von Rollen und Beziehungen

Die Kategorie „die Famulatur als soziales Arrangement“ setzt ein Schlaglicht auf die Bedeutung von Beziehungen und Rollen in dieser Ausbildungsphase. Sie liefert Erkenntnisse zur Beziehung zum ärztlichen Team, der interprofessionellen Interaktion sowie zu Störungen in Beziehungs- und Rollenerwartungen. Es wird deutlich, dass die isolierte Betrachtung von Unsicherheiten oder Lehr- und Lernchancen nur einen begrenzten Wert besitzt. Es ist viel eher von Nöten die Famulatur mit ihren institutionellen Begrenzungen, ihrem eigenen Regelwerk (*informal/hidden curriculum*), den gesonderten Erwartungshaltungen, dem eigenen sozialen Beziehungsgeflecht sowie der spezifischen interprofessionellen Rollenverteilung als komplexen sozialen Rahmen anzuerkennen. Es muss berücksichtigt werden, welche Faktoren dieses Umfeld prägen. Einerseits spielt die institutionelle Organisation besonders durch die Faktoren Personal und Zeit (Nixon et al. 2011), Arbeitsbelastung (Reimann 2013, S. 158–162; Delva et al. 2004) und Problemlösungsressourcen (Levinson et al. 2014, S. 255–268) eine wichtige Rolle. Andererseits interagieren Ärzte und Gesundheitsfachkräfte täglich in diesem Rahmen, welches die Ausbildung eines eigenen Beziehungs- aber auch Wertesystems (Levinson et al. 2014, S. 173–188) nach sich zieht. Der soziale Raum beeinflusst das Erleben der Studierenden durch seine ungeschriebenen Regeln und Normen wesentlich (Brainard und Brislen 2007; Browning et al. 2007) und kann Grund für das Phänomen des *medical student abuse* - welches unter 4.2.2c näher beschrieben wird - sein (Levinson et al. 2014, S. 250; Elnicki et al. 2002). In diesem Zusammenhang ist auch die, bei Studierenden oftmals für Überforderung sorgende, Erwartungshaltung von Assistenzärzten und Pflegenden zu erwähnen (Ringsted et al. 2001), welche sich im Material als Unsicherheit bei der Übernahme von nicht sicher beherrschten Tätigkeiten äußert. Das Thema der Interprofessionalität stellt sich somit als wesentlicher Bestandteil des Praxisalltages dar.

a) Die Beziehung im und zum ärztlichen „Team“

Die besondere Bedeutung von Beziehungen zum ärztlichen Team hinsichtlich Aufnahme, Wertschätzung und Einbindung, welche aus dem Material abgeleitet werden konnte, wird auch im internationalen Forschungskontext aufgegriffen. So beschreibt Bell (Bell et al. 2011) den Einfluss unterschiedlicher Persönlichkeiten von Ärzten und Studierenden auf deren Erleben der Lern- und Arbeitsbeziehung. Delva et al. (Delva et al. 2004) thematisieren die Rolle des Klimas am Arbeitsplatz und Hauer et al. (Hauer et al. 2012b) gehen auf die longitudinale Komponente von Arbeitsplatzbeziehungen zwischen Studierenden und Ärzten ein. Auch Reimann (Reimann 2013, S. 186–189) thematisiert diese Beziehung, beschreibt ihren Charakter im Gegensatz zu obigen Autoren aber stärker als Abhängigkeitsverhältnis zwischen Studierenden und Ärzten. Eine Facette, die sich auch in einigen Interviews im Material wiederfindet: Ohne das Wohlwollen der betreuenden Ärzte ist es für Studierende schwer, weitergehende Aufgaben zu übernehmen oder an invasiven Diagnose- und Therapieverfahren teilzunehmen.

b) Famulatur in einem interprofessionellen Setting

Ein wichtiger Baustein für das Famulaturerleben der interviewten Studierenden ist die Interaktion mit dem Pflegepersonal sowie anderen an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen, welche sowohl in Arbeits- als auch Lernsituationen stattfindet. Hierbei wurde im Material vermehrt das Thema Hierarchien angesprochen, welches nach Foronda et al. (Foronda et al. 2016) als typisches Problemfeld in der interprofessionellen Zusammenarbeit identifiziert wurde. In diesem Zusammenhang wurden von den Interviewten gehäuft Vergleiche zu negativen Erlebnissen aus dem verpflichtenden Krankenpflegedienst mit damals in der Hierarchie höher gestellten Gesundheitsfachkräften gezogen. Ein Umstand, der auch von Reimann (Reimann 2013, S. 187) beschrieben wurde.

Die Relevanz des interprofessionellen Zusammenarbeitens in der Famulatur wird durch die Ergebnisse aus Teil B) (Kapitel 4.3.2) weiter untermauert. Es wird deutlich, dass sie wesentlicher Teil des Praxisalltags ist. Diese Auffassung wird weiterhin durch die positiven Effekte von interprofessionellen Lehrveranstaltungen für Studierende auf Zufriedenheit und Patientenversorgung gestützt (Aase et al. 2016; Eich-Krohme et al. 2016; Reeves et al. 2013).

c) Störungen von Beziehungs- und Rollenerwartungen

Störungen von Beziehungs- und Rollenerwartungen zu ärztlichem und pflegendem Personal manifestieren sich im Material durch die Übertragung von redundanten, wenig anspruchsvollen Aufgaben wie z.B. Botengängen oder übermäßig häufigen Blutentnahmen. Weiterhin werden sie durch die Beobachtung von unethischem, nicht mit dem Wertesystem der Studierenden vereinbarem Verhalten befördert. Diese Störungen lassen sich auf gut beschriebene Phänomene zurückführen. Hierzu zählen Deprofessionalisierungsprozesse, welche nach Levinson et al. (Levinson et al. 2014, S. 252) durch persönliche, interpersonelle, situative und organisatorische Faktoren ausgelöst werden können. Im Interviewmaterial standen besonders interpersonelle und organisatorische Gründe im Vordergrund. Andere Autoren rückten Stress und Zeitmangel (Nixon et al. 2011; Spura und Robra 2018) oder charakterliche Unterschiede zwischen Lehrenden und Lernenden (Bell et al. 2011) in den Mittelpunkt ihrer Betrachtungen. Auch wenn die gestörten Beziehungs- und Rollenerwartungen im Material keine schwerwiegenden persönlichen Auswirkungen auf die Studierenden hatten - meist wurden ihre Lernerwartungen nicht erfüllt - bestehen Anknüpfungspunkte an das Phänomen des *medical student abuse*. Dieses stellt in der amerikanischen Literatur einen Sammelbegriff für herabwürdigendes Verhalten, die massive Übertragung von Aufgaben minderen Wertes, aber auch sexuelle, rassistische und physische Übergriffe dar (Elnicki et al. 2002). Es macht sich bei den Studierenden durch eine schlechte Lernatmosphäre, eine Minderung des Selbstvertrauens sowie das Gefühl von Depression, Ärger und Demütigung bemerkbar (Elnicki et al. 2002; Elnicki et al. 1999). Ein Zusammenhang von Alter, Geschlecht sowie Ethnie und Störungen im Beziehungs- und Rollengeflecht, wie z.B. von Lee et al. (Lee et al. 2007) beschrieben, kann auf der Grundlage des

vorliegenden Interviewmaterials nicht rekonstruiert werden. Grund hierfür kann z.B. das bezüglich dieser Faktoren vergleichsweise homogene Sample sein.

4.2.3 Die Famulatur als Lernchance

In der dritten Dimension „die Famulatur als Lernchance“ wurde ein Blick auf das studentische Lernverhalten geworfen. Studierende werden durch ihren Ausbildungsstand, ihre Vorerfahrungen sowie auch ihre Interessenlage beeinflusst. Ihre vorherige Lernzielauswahl spielt eine wichtige Rolle bei der abschließenden Bewertung der Famulatur. Bezüglich der Lernaktivitäten legten sie Wert auf genügend Übungsmöglichkeit für *hard skills*, also praktische Fertigkeiten wie z.B. die körperliche Untersuchung und *soft skills* wie z.B. Gesprächsführung. Auch legen Studierende Wert auf einen hinreichenden Patientenkontakt. Weiterhin spielten das Kennenlernen ärztlicher Prozeduren und Akteure, das Erlernen ärztlicher Routinen und das Erhalten eines breiten Einblickes eine wichtige Rolle.

a) Einflussfaktoren auf das Lernverhalten

Das Lernen von Famulierenden ist ein sehr individueller Prozess: Es zeigt sich, dass Studierende ihre Famulatur entsprechend der eigenen Interessenlage aussuchen, um beispielsweise Fachrichtungen für ihre spätere Weiterbildung kennenzulernen, eine Beobachtung, die anschlussfähig an Werwick (Werwick et al. 2017) ist. Im Material zeigte sich weiterhin, dass Studierende zunächst ihren eigenen Fertigungsstand einschätzen, darauf basierend individuelle Lernziele festlegen, diese praktisch und theoretisch trainieren und letztlich ihren Erfolg evaluieren. Diese induktiv gefundene Sequenz von Lernprozessen zeigt bemerkenswerte Überschneidungen mit der gut beforschten Lernform des *self directed learning* (Garrison 2016), welches eine ähnliche Sequenz aus Selbsteinschätzung, Festsetzung von Lernzielen, Lernen und Evaluieren beinhaltet. Eine Anpassung dieses Modells für den medizinischen Bereich fand durch Slotnick (Slotnick 1999) am Beispiel des Lernverhaltens von Ärzten statt. Untersuchungen des *self directed learning* im Kontext von Praxisphasen (*clerkships*) konnten zwar überwiegend positive Effekte nachweisen, zeigten aber gleichzeitig auch, dass ein Großteil der Studierenden noch keine hinreichende Eigenständigkeit in Bezug auf ihr Lernverhalten besitzt, welches eine effektive Anwendung des *self directed learning* behindert. Laut Dornan schätzen sie affektive und pädagogische Unterstützung und überlassen das Management ihrer Lernumgebung oftmals den Lehrenden (Dornan et al. 2005; Murad et al. 2010) - ein Effekt der auch von Reimann (Reimann 2013, S. 187) für die Famulatur beschrieben wurde. Im Material legten viele Studierende ein hohes Maß an (Selbst-) Reflektion und Planung an den Tag. Es ist möglich, dass durch die freiwillige Teilnahme an Seminar und Interview besonders motivierte und strukturierte Studierende selektiert wurden, welche weniger Probleme mit selbstorganisierten Lernprozessen haben. Weiterhin wurden in den Interviews Vorkenntnisse als Einflussfaktor auf das Famulaturerleben identifiziert. Hierbei scheint eine positive Korrelation zwischen

den bisher gesammelten Erfahrungen aus Praktika oder Berufsausbildungen und dem Famulaturerleben zu bestehen. Eine Beobachtung, die Shacklady et al. (Shacklady et al. 2009) stützt.

b) Lernprozesse

Es wurden verschiedene Lernformen beschrieben, wie z.B. das Lernen durch zentrale Akteure, hinreichendes praktisches Lernen und Üben, sowie genügend Patientenkontakt. Die genannten Formen werden in der Literatur unstrittig als wichtig angesehen (Torre et al. 2003; Wimmers et al. 2006; Garner et al. 2014). Von besonderer Relevanz ist der Faktor „Lernen durch zentrale Akteure“, hier lässt sich ein Effekt analog zum *role modelling* (Karani et al. 2014; Horsburgh und Ippolito 2018) beschreiben. In Anlehnung an Künkler (Künkler 2011, S. 353–405) lassen sich weiterhin explizites und implizites Lernen unterscheiden. Explizites Lernen umfasst direkte Lehrsituationen in denen Studierende mit ihren Lehrenden interagieren, wie z.B. bei der Anleitung zum Einwaschen vor dem OP in der chirurgischen Famulatur. Implizites Lernen umfasst nach Künkler, eine Reihe bewusster und unbewusster Prozesse, die den Erfahrungshorizont des Studierenden prägen. Hierzu zählt z.B. auch das Lernen am Rollenmodell. Bei den Schilderungen der Studierenden stehen meist explizite Lernsituationen im Vordergrund, dies steht allerdings in starkem Gegensatz zu anderen wissenschaftlichen Arbeiten in diesem Feld. Sowohl Künkler (Künkler 2011, S. 353–405) als auch v. Felden (Felden 2014) beschreiben implizite Lernformen als deutlich überwiegend. Eine Erklärung für diese Diskrepanz könnte in der oftmals unbewussten Natur und fehlender Kennzeichnung impliziter Lernaktivitäten liegen. Die Effekte solcher impliziten Lernformen lassen sich besonders anschaulich am Beispiel des *hidden curriculum* (Hafferty und Franks 1994) beschreiben, welches als Zusammenschau von impliziten nicht beabsichtigten Lernbotschaften betrachte werden kann.

4.2.4 Famulatur als Lehrchance

Die vierte Dimension, die „Famulatur als Lehrchance“, befasst sich losgelöst von der Perspektive der Studierenden einerseits mit der Rolle typischer Tätigkeiten des Lehrens: Zeigen, Erläutern, Anleiten, Beaufsichtigen, Supervidieren und Beteiligen an Entscheidungsprozessen. Andererseits wurde nach Prozessen und Konzepten in der Famulaturausbildung gesucht. Es ergaben sich die Themenfelder interprofessionelles Lehren, initiale Einbindung ins Famulatursetting, Wissensvermittlung durch Schlüsselcharaktere, globale Famulaturkonzepte und Auswirkungen fehlender Famulaturkonzepte (vgl. Kap. 3.1.5).

Zusammenfassend muss bei der Untersuchung des Lehrverhaltens zwischen der curricularen bzw. konzeptionellen Ebene und der Ebene der individuellen Lehrprozesse unterschieden werden. Zwar interagieren beide miteinander, relevant für die Famulierenden ist allerdings vorwiegend die Lehrprozessebene. Diese wird maßgeblich durch die unterrichtenden Personen,

deren Vorstellung von adäquaten Lehrinhalten sowie ihrem Vermögen diese zu vermitteln, geprägt.

a) Tätigkeiten des Lehrens

Bezüglich der Tätigkeiten des Lehrens konnten verschiedene Operatoren identifiziert werden. Als Operator wird in der Pädagogik ein handlungsinitiierendes Verb bezeichnet, das Tätigkeiten oder Aufgaben expliziert (Thürmann 2019). Aus dem Material gingen „zeigen“, „erklären“, „anleiten“, „beaufsichtigen“, „supervidieren“ und „beteiligen an ärztlicher Entscheidungsfindung“ als Operatoren hervor. Diese können in der Lernforschung in einen aufeinander aufbauenden Zusammenhang (Miller 1990) gebracht werden, welcher in der Praxis besonders durch den Wert longitudinaler Lehr-Lern-Beziehungen und die Adaptation auf den individuellen Fertigungsstand des Studierenden (Hauer et al. 2012b; O'Brien et al. 2012) untermauert wird. Einzelnen Operatoren wird - wie z.B. der Supervision - wird besondere Bedeutung in den Praxisphasen zugemessen (Torre et al. 2003; Wimmers et al. 2006).

b) Konzepte der Famulaturausbildung

Im Interviewmaterial fanden sich keine strukturierenden bzw. formalisierten Famulaturkonzepte wie etwa Lernzielkataloge oder Ablaufpläne. Es zeigte sich allerdings eine Reihe informeller Ausbildungskonzepte bezüglich Einbindung und Wissensvermittlung durch Pflegekräfte sowie andere Bezugspersonen. Diese waren allerdings lokal begrenzt, personengebunden und divergierendem vom Grad der Ausprägung deutlich.

Strukturierende Famulaturkonzepte

Bei der Interviewauswertung ergab sich ein weitgehendes Fehlen von übergeordneten Konzepten zur Betreuung oder Prüfung von Famulierenden. Während es im amerikanisch orientierten Ausbildungssystemen Noten für das Praktikum (Lee et al. 2007), mündliche und schriftliche Fakultätsprüfungen sowie das USMLE mit eben diesen Anteilen (FSMB, NBME 2017a, 2017b) gibt, fehlt ein solcher Ansatz in Deutschland vollständig. Verpflichtende oder notenrelevante Famulaturlernziele existieren in Deutschland trotz jüngerer Initiativen (GMA, MFT, VHZMK 2015; BDI 2018; DEGAM 2018) nicht und erzeugen so ein Vakuum in diesem Ausbildungsabschnitt. Dieses wird im Material beispielsweise durch die Dimension „Auswirkungen fehlender Famulaturkonzepte“ reflektiert. Es muss an dieser Stelle allerdings erwähnt werden, dass in amerikanisch orientierten Ausbildungssystemen eine Differenz zwischen im Curriculum vorgeschriebenen Lernzielen und vom Klinikteam tatsächlich gelehrteten Inhalten besteht (van der Hem-Stokroos et al. 2009; Wu et al. 2006).

Initiale Einbindung ins Famulatursetting

Als positiv wurde von den Interviewten das Vorhandensein standardisierter Vorgehensweisen in Bezug auf die Studierenden wahrgenommen. So wurde beispielsweise die Praxis der

Vorstellung und Einarbeitung der Studierenden gelobt. Das solche strukturierenden Elemente einen positiven Effekt in Famulaturen haben, zeigten auch Jerg et al. mit dem Projekt „Famulatur Plus“ (Jerg et al. 2016).

Interprofessionelles Lehren

Auch interprofessionelles Lehren stellte in der Wahrnehmung der Studierenden einen wichtigen Aspekt dar. Es erfolgte aber nicht in einem formalisierten oder didaktisch aufbereiteten Rahmen, sondern unmittelbar im Praxisalltag. Studierende wurden z.B. bezüglich ihres Verhaltens im OP oder bei der Blutentnahme unterstützt und beraten. Ein solches Lehrverhalten ist am ehesten vergleichbar mit älteren Studien, die den erfolgreichen Einsatz von Krankenschwestern in der praktischen Ausbildung von Medizinstudierende beschrieben (Luginbill 1978; Darosa und Folse 1983; Smith et al. 2009). Eine didaktische Fokussierung der Lehre durch Pflegekräfte auf interdisziplinäre Kernthemen - z.B. Rollen und Zuständigkeiten im klinischen Alltag - wie sie in verschiedenen neueren Projekten (Spura et al. 2016; Eich-Krohm et al. 2016; Gunaldo et al. 2015) vorgenommen wurde, ließ sich im Material aber nicht nachvollziehen.

Wissensvermittlung durch Bezugspersonen

Im Material zeigte sich, dass Studierende besonders von ärztlichen und pflegenden Bezugspersonen lernen. Sie nehmen sich Zeit für die Ausbildung der Famulierenden und realisieren eigenständig Lehrsituationen. Dieser Umstand passt zur Lehrer-zentrierten Perspektive vieler Arbeiten (Neher et al. 1992; Skeff 1988; Smith et al. 2009; Irby 1994; Smith et al. 2009). Von besonderem Interesse sind in der Literatur die Fertigkeiten der Lehrenden. Verschiedene Arbeiten beschreiben die optimalen Eigenschaften und Handlungsmuster, die dieser an den Tag legen sollte (Elnicki et al. 2003; Sternszus et al. 2012; Karani et al. 2014; Bearman et al. 2018): Lehrende sollten ein positives und wertschätzendes Klima schaffen, charismatisch und strukturiert sein, sowie bilaterales qualitativ hochwertiges Feedback geben und empfangen können. Überschneidungen zwischen Material und der angeführten Literatur finden sich besonders in der positiven Rezeption der Studierenden eines charismatischen Vortragsstieles sowie hinsichtlich Struktur und Lenkung (Neher et al. 1992; Irby 1994; Skeff 1988).

4.3. Teil B: Lernziele des Magdeburger Curriculums zur Versorgungskompetenz - Zusammenfassung und Literaturvergleich

Die Relevanz der MCV-Lernziele wurde hinsichtlich der drei Leitideen „interdisziplinäre klinische Abläufe verstehen“, „Famulatur in einem interprofessionellen Setting“ sowie „einzelfall- und systembezogenes Handeln“ und deren untergeordneten Lernzielen (vgl. Tab. 5) untersucht. Es zeigt sich, dass die Leitideen des MCV in Bezug auf die Famulatur praxisrelevant

sind, auch wenn manche der komplexeren Lernziele wie z.B. das Erstellen von Behandlungsplänen oder die Dokumentation von Befunden verhältnismäßig selten von Studierenden erlebt wurden. Es konnten weiterhin bei einigen besonders präsenten Lernzielen induktiv präzisierende Sublernziele gebildet werden. Der besondere Verdienst des MCVs ist, Brücken zwischen der Famulatur als sozialem Arrangement mit ihren eigenen interdisziplinären und interprofessionellen Rollen, Zuständigkeiten und systemischen Limitationen und den individualisierten Lernprozessen der Studierenden zu bauen. Wenngleich Themen wie Professionalität, *self directed learning* und *medical student abuse* trotz ihrer Bedeutung für das Famulaturerleben nur wenig im MCV vorkamen, stellt es dennoch einen sinnvollen Beitrag zur Vorbereitung der Studierenden auf ihre Praxisphasen insbesondere mit Blick auf die Patientenversorgung dar.

4.3.1 Interdisziplinäre klinische Abläufe verstehen

Bezüglich der Leitidee „interdisziplinäre klinische Abläufe verstehen“ zeigte sich eine große Relevanz im klinischen Alltag: Studierende wurden fortwährend mit interdisziplinären Zuständigkeiten und Handlungslogiken konfrontiert, erwarben eine Vielzahl von Einblicken in die Organisation von Diagnostik und Therapie und setzten sich mit den Rahmenbedingungen von Klinik und Praxis auseinander. Es muss allerdings angemerkt werden, dass komplexere und betreuungsintensivere Lernziele wie z.B. Schnittstellenkommunikation oder Dokumentation verhältnismäßig selten Erwähnung fanden, während dies bei simpleren Lernzielen überproportional häufig der Fall war. Die deutliche Präsenz dieser Leitidee im Interviewmaterial erscheint angesichts der starken Repräsentation der Aufgabenbereiche in verschiedenen Lernzielkatalogen (GMA, MFT, VHZMK 2015; Working Group under a Mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools 2008) plausibel. Ein Erklärungsansatz dafür, dass die Sublernziele zu Schnittstellenkommunikation, Dokumentation sowie zu komplexen Erkrankungen als Konsultationsanlass nur eine untergeordnete Rolle im Famulaturerleben spielen, obwohl sie in den Lernzielkatalogen ebenfalls als relevant eingestuft werden, könnte im begrenzten Aufwand-Nutzen-Verhältnis für die Lehrenden liegen. So führten van der Hem-Stokroos et al. (van der Hem-Stokroos et al. 2009) aus, dass Ärzte Studierende lieber in Aufgaben schulen, die für sie eine Arbeitserleichterung bedeuten, als in Tätigkeiten, die eine potentielle Mehrbelastung darstellen könnten. Es ist ebenfalls möglich, dass die Unterrepräsentation durch das Abweichen dieser Lernziele aus dem Kanon der „gewöhnlichen“ praktischen Fertigkeiten, wie z.B. von Stosch et al. (Stosch et al. 2011) beschrieben, zustande kommt. Bezugnehmend auf das unter 4.1.1 vorgestellte Modell wird deutlich, warum die Leitidee so wesentlich ist: Sie stellt eine direkte Verbindung zwischen Lehr- und Lernverhalten und der Famulatur als soziales Arrangement dar. Die Studierenden werden dazu aufgefordert, Verbindungen zwischen ihren im Studium erworbenen medizinisch-praktischen Kompetenzen und der Umgebung in der Krankenversorgung tatsächlich stattfindet, herzustellen. Dass ein solcher Stimulus das

Famulaturerleben positiv beeinflussen kann, erscheint, angesichts der oben von Dornan et al. (Dornan et al. 2005), Murad et al. (Murad et al. 2010) und Reimann (Reimann 2013, S. 187) dargestellten Probleme bezüglich des Lernverhalten bzw. des *self directed learning*, schlüssig.

4.3.2 Interprofessionell zusammenarbeiten

Im Bereich der Interprofession fanden sich alle Lernziele im Material wieder. Sowohl das Wahrnehmen, als auch Verstehen oder Agieren in arbeitsteilig organisierten Prozessen war in allen Interviews präsent. Dies stützt die aktuell starke Position des Themas Interprofessionalität im Ausbildungsdiskurs (Alexandraki et al. 2017; Liston et al. 2011; GMA, MFT, VHZMK 2015; BMG 2017). Dass Interprofessionalität ein integraler Bestandteil des Arzt-Seins ist, argumentieren weiterhin die international anerkannten CanMeds durch die Schaffung der Rolle des Teammitgliedes sowie die Explikation interprofessioneller Handlungs- und Kommunikationskompetenzen (Frank et al. 2015).

Die Tatsache, dass sämtliche Lernziele der Leitidee von niedrigen, wie z.B. der Wahrnehmung spezifischer Kompetenzen, bis hin zu hohen Komplexitätsniveaus, wie etwa dem selbständigen Agieren in interprofessionellen Abläufen, präsent waren, spricht für eine praxisrelevante Ausrichtung des MCVs. Dies wird ebenfalls durch die Ergebnisse des Teils A) Famulaturerleben bestätigt, welcher interprofessionelle Zusammenarbeit als Bestandteil aller vier Dimensionen des Famulaturerlebens identifiziert hat. Die Kooperation mit Pflegekräften spielt in Lehr- und Lernprozessen, im sozialen Rollen- und Beziehungsgeflecht und im Umgang mit Unsicherheiten eine wichtige Rolle. Eine regelhafte und strukturierte Einbindung in explizite Lehr- und Lernprozesse wird allerdings nicht im Material beschrieben.

4.3.3 Einzelfall- und systembezogenes Handeln

Weiterhin muss der Leitidee „einzelfall- und systembezogenes Handeln“ Relevanz beigemessen werden. Allerdings zeigt sich auch hier die Tendenz, dass weniger komplexe Lernziele eine weit größere Rolle im Alltag der Studierenden spielen, als schwierige und zeitintensive Lehr- und Lernaufgaben. Die Tatsache, dass diese Leitidee eine wichtige Rolle im Praxisalltag spielt, erscheint angesichts der heutigen strukturellen Herausforderungen (Vogd 2006) und der system- und versorgungsbezogenen Zielsetzung der deutschen Mediziner Ausbildung (§1 Abs. 1 ÄApprO) naheliegend. Lernziele wie z.B. die Einordnung des klinischen Einzelfalles in die jeweiligen Behandlungspfade, welche eine hohe Affinität zum klinischen Rahmen - gemäß des in Teil A) erstellten Modells (vgl. Abb. 3) - aufweisen, sind besonders relevant. Weniger präsent ist hingegen das Lernziel der „Entwicklung von ärztlichen Versorgungsprozessen“. Neben dem hohen Komplexitätsgrad (vgl. 4.3.1 interdisziplinäre Abläufe), liegt ein weiterer Erklärungsansatz in der niedrigen Relevanz der involvierten CanMeds-Rollen des Managers oder Gesundheitsfürsprechers in frühen klinischen Studienabschnitten wie beispielsweise vom NKLM formuliert (GMA, MFT, VHZMK 2015).

4.4 Limitationen und methodische Einschränkungen

4.4.1 Diskussion des Samples

Das Sample wurde aus den Teilnehmern der „Fit für Famulatur“-Seminare (Spura et al. 2016) 2014 und 2015 rekrutiert. Das Stichprobensampling erfolgte durch eine Kombination direkter Recherche (Kruse 2015, S. 256) mit einem Schneeballsystem (Przyborski und Wohlrab-Sahar 2010, S. 173). Die Teilnehmer wurden anhand zuvor festgelegter Kriterien (vgl. 2.3.1) kontaktiert; zugleich wurde um Empfehlungen für potentiell ebenfalls an einer Teilnahme interessierte Studierende gebeten. Grundsätzliches Problem eines solchen Designs ist nach Merkers (Merkens 2015), dass die im Sample abgebildeten Personen, Ereignisse und Probleme zwar für den selektierten Fall authentisch sind, eine Übertragung auf andere Fälle unter Umständen aber nicht möglich ist. Es muss in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden, dass nur Studierende, die an „Fit für Famulatur“ teilgenommen haben interviewt wurden. Gründe wie z.B. ein hohes Maß an Unsicherheit oder eine besonders hohe Lernmotivation, welche erst zur Teilnahme führten, können zu Abweichungen gegenüber nicht-teilnehmenden Studierenden führen. Die Generalisierbarkeit der Stichprobe hängt bei der beschriebenen Auswahlmethodik weiterhin vom Kenntnisstand des Untersuchers ab (Merkens 2015), so dass es möglich ist, dass bestimmte Teilnehmer aus Mangel an Information - wie z.B. einer nicht erfolgten oder unvollständigen Empfehlung - nicht selektiert werden konnten. Auch waren die Auswahlkriterien auf eine möglichst große Diversität bezüglich Fachrichtung und Qualität des Famulaturerlebens ausgerichtet. Dies steht in Einklang mit Merkers (Merkens 2015) Forderung nach einer maximalen Variation zur Untersuchung von komplexen Organisationen. Auf eine angemessene Geschlechterverteilung wurde geachtet: Während in der ersten Erhebungswelle überwiegend Männer rekrutiert wurden, waren es in der zweiten Erhebungswelle ausschließlich Frauen.

4.4.2 Einflussfaktoren in der Interviewsituation

Alle Interviews wurden durch einen medizinischen Doktoranden, den Verfasser dieser Arbeit, geführt. Um die unter anderem von Wolff geforderte (Wolff 2015) Felderfahrung zu erlangen, absolvierte ich vor Beginn der Interviewführung selbst eine Famulatur von vierwöchiger Dauer und nahm als Teil des Projektteams an den vorbereitenden „Fit für Famulatur“-Seminaren teil. Weiterhin ermöglichte mein Status als Student einen niedrigschwelligen Zugang zu den Interviewpartnern. Bei der Interviewführung wurde darauf geachtet, die Studierenden zunächst kurz über Rahmen und Zweck des Interviews zu informieren, eine ruhige und offene Interviewatmosphäre herzustellen und dem Interviewpartner die Möglichkeit zu geben seine Positionen und Erlebnisse darzustellen ohne ihn jedoch zu Beeinflussen. Dieses Vorgehen ist anschlussfähig an die Forderungen Hermanns (Hermanns 2015) nach einem „Briefing“, einem guten

Interviewklima, sowie der Bereitstellung für genug Spielraum zur Entwicklung der Schilderungen des Interviewpartners.

4.4.3 Verfahrensdokumentation

Ein wesentliches Gütekriterium der qualitativen Sozialforschung ist die intersubjektive Nachvollziehbarkeit (Steinke 2015), welche eine adäquate Verfahrensdokumentation voraussetzt. So fordert Steinke (Steinke 2015) die Dokumentation von a) Vorverständnis, b) Erhebungsmethodik, c) Transkriptionsregeln, d) gewonnenen Daten, e) angewendeter Auswertungsmethoden, f) Informationsquellen sowie g) Entscheidungen und Problemen in der Methodik. Während a) Vorverständnis und b) Erhebungsmethodik in den Kapiteln 1. Einleitung und 2. Methodik ausführlich dargestellt wurden, befinden sich c) die Transkriptionsregeln und d) die gewonnenen Daten im Anhang (bzw. auf dem anliegenden Datenträger). Punkt e) die Auswertungsmethodik wurde ebenfalls in Kapitel 2. Methodik dargestellt, die zugehörigen Paraphrasentabellen finden sich im Anhang. Bezüglich f) der Informationsquellen fand eine Pseudonymisierung statt, bei der Name und Famulaturort des jeweiligen Studierenden bzw. des dortigen Klinik- oder Praxisteams verändert wurden. Die studienrelevanten Eigenschaften eines jeden Interviewten lassen sich in Kapitel 2 Tabelle 4 nachvollziehen. Weiterhin werden g) Probleme und Entscheidungen in der Methodik in den Kapiteln 2. Methodik und 4.4. Limitationen und methodische Einschränkungen beschreiben und diskutiert.

4.4.4 Nutzung von Feedback

Zur Verbesserung der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit (Steinke 2015) wurde zu verschiedenen Zeitpunkten im Forschungsprozess Feedback genutzt. Vor Beginn der Arbeit wurde das vorgeschriebene Ethikvotum (Promotionskommission der FME Magdeburg 2012), welches unter Zeichen 65/15 von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guerike Universität Magdeburg bestätigt wurde, eingeholt. Während des Forschungsprozesses fand eine Interpretation und Diskussion des Materials im Rahmen einer Forschungswerkstatt bestehend aus zwei Soziologinnen, sowie sechs medizinischen Doktorandinnen und Doktoranden, statt. Auch dies kann nach Steinke (Steinke 2015) als Maßnahme zur Optimierung der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit gewertet werden. Weiterhin fand eine wissenschaftliche Diskussion der Forschungsergebnisse im Rahmen des Jahreskongresses der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) im Herbst 2017 und 2018 statt (Gottschalk et al. 2017, 2018).

4.4.5 Limitationen des Studiendesigns

Zu den Limitationen des verwendeten Studiendesigns zählt besonders die kleine Zahl ($n = 12$) der geführten Interviews. Das Erreichen von Validität oder Reliabilität wie in der quantitativen Forschung ist mit einem solchen Design nicht möglich. Es handelt sich hierbei um ein generelles Problem qualitativer Forschung, wie bereits von Steinke (Steinke 2015) und Lamneck (Lamnek 2010, S. 130) diskutiert wurde. So führte Steinke (Steinke 2015) beispielsweise aus,

dass herkömmliche quantitative Gütekriterien aufgrund der unterschiedlichen Methodik nicht auf qualitative Studien anwendbar seien und definierte eine Reihe alternativer Kriterien (vgl. Kap. 2.1). Die Frage nach der Übertragbarkeit der erhaltenen Ergebnisse auf größere Stichproben, sollte dennoch Gegenstand weiterer quantitativer Forschungen (vgl. Kap. 4.6) sein. Eine weitere Limitation ist die Beschränkung der Untersuchung auf das studentische Erleben in der Famulatur, weitere Faktoren wie z.B. Verhalten und Eigenschaften außerhalb des Studienumfeldes wurden kaum thematisiert, obwohl Einflüsse möglich erscheinen (Rospenda et al. 1994; Lee et al. 2007). Auch diese Problematik ist in der Literatur mit Blick auf die Nutzung begrenzter Forschungsressourcen gut beschrieben (Flick 2015a), der mögliche Umfang einer Studie wird maßgeblich von den zur Verfügung stehenden Mitteln beeinflusst.

4.5 Ausblick

4.5.1 Weiterführende Forschungen

Aus den Ergebnissen dieser Arbeit ergeben sich verschiedene Ansätze für weitergehende Forschungsvorhaben. Die genauere Untersuchung der erhaltenen Einflussfaktoren auf das Famulaturerleben sowohl qualitativer als auch quantitativer Natur könnte wesentlich zum Verständnis der Vorgänge in der Famulatur beitragen. Ansatzpunkte für qualitative Anschlussforschungen sind eine weitere Differenzierung der erhaltenen Dimensionen (vgl. Kap. 3), eine nähere Untersuchung der Einflüsse von Geschlecht und kultureller Prägung sowie die Betrachtung des ärztlichen und pflegerischen Famulaturerlebens. Auch könnte eine longitudinale Beobachtung Studierender aus Perspektive der Professionsforschung gewinnbringend sein. Quantitative Ansätze könnten sich besonders mit der Frage der Generalisierbarkeit der Dimensionen des Famulaturerlebens auseinandersetzen. Die Anwendung auf eine größere multizentrische Stichprobe erscheint sinnvoll. Weiterhin wäre eine stärkere Integration von Inhalten der Erwachsenenbildung in den Forschungskontext, wie z.B. von Slotnick (Slotnick 1999) für das ärztliche Lernen vorgenommen, wichtig. Zwar wurden in dieser Studie Arbeits-, Lern- und Lehrprozesse beschrieben, eine genauere Untersuchung der praktischen Umsetzung verschiedener Lernkonzepte wie z.B. *self directed learning* (Garrison 2016) oder *problem based learning* (Albanese und Dast 2014) ist aber angezeigt.

4.5.2 Implikationen für die Praxis

Eine Anpassung des Magdeburger Curriculums zur Versorgungskompetenz (Spura et al. 2016) und seiner zugehörigen Lehrveranstaltungen ist zu prüfen. Die Integration von Inhalten, die speziell auf Professionalität (Levinson et al. 2014, S. 1–16), Übergänge im Bildungsprozess (Teunissen und Westerman 2011; Felden 2014) und selbständiges Lernen (Garrison 2016) abzielen, in Verbindung mit einer Re-Evaluation, wäre sinnvoll. Weiterhin ist die Entwicklung und Evaluierung neuer Formate zur Vorbereitung von Studierenden auf die

Famulatur, wie z.B. durch Jerg et al. (Jerg et al. 2016) oder Uxa et al. (Uxa et al. 2015) beschrieben, angesichts der bestehenden Herausforderungen, zu begrüßen. Auch bedarf die Famulatur in Deutschland einer genaueren Definition ihrer Aufgaben und Inhalte sowie einer klaren Abgrenzung zum Praktischen Jahr. Ohne eine über den derzeitigen Stand der Approbationsordnung (§7 ÄApprO) hinausgehende curriculare Einbettung ist es schwierig, Erleben und Lernerfolg der Studierenden adäquat zu fördern.

4.6 Schlussfolgerungen

Es wird klar, dass das Bild der Famulatur als Zeit in der Klinik, in der vornehmlich Untersuchen und Blutabnehmen geübt werden soll, überholt ist. Die Famulatur spielt sowohl beim Wissens- und Fertigkeitserwerb, als auch bei der medizinischen Sozialisierung und Professionalisierung eine wesentliche Rolle. Studierende erleben die Famulatur als intensive Übergangsphase, in der eine Um- bzw. Neuorientierung erfolgt. Die Studierenden werden hierbei in ihrem Famulaturerleben von vier Faktoren beeinflusst: Der Klinik als soziales Arrangement, den Eigenschaften des Studierenden sowie den stattfindenden Lehr- und Lernprozessen. Hierbei muss die Klinik als institutioneller, professioneller und sozialer Rahmen betrachtet werden, der auf allen Ebenen mit den Studierenden interagiert. Die Interaktion der Studierenden mit ihrer Umwelt lässt sich wiederum über Lehr- und Lernprozesse, welche individuell, aber auch explizit und implizit ablaufen, beschreiben. Hierbei ist die Famulaturforschung als Feld sowohl anschlussfähig an Praxisforschung aus dem am amerikanischen Ausbildungssystem orientierten Raum, als auch an pädagogische Arbeiten aus dem Bereich der Erwachsenenbildung.

Das Verdienst des MCV liegt in der für die Studierenden neuen Verbindung von Theorie und Praxis ärztlichen Handelns mit dem Ziel anvertraute Patienten als Teil eines Arbeitsbogens übergreifend zu versorgen. Obgleich Ergänzungen des MCVs möglich wären, verknüpft es in dieser ersten Praxisphase auf ärztlicher Seite effektiv Lehr- und Lernprozesse mit dem komplexen Feld der Klinik als Rahmen für die Famulatur.

5. Zusammenfassung

Hintergrund: Die Famulatur stellt den ersten Ausbildungsabschnitt dar, in dem Medizinstudierende praxisnah und weitgehend frei von Lernzielvorgaben an der Patientenversorgung teilnehmen. Das Magdeburger Curriculum zur Versorgungskompetenz (MCV) (Spura et al. 2016) wurde zur Vorbereitung der Praxisphasen im Medizinstudium geschaffen. Ziel dieser Studie ist, A) das subjektive Erleben und Lernen der Studierenden in der Famulatur zu untersuchen und B) die Bedeutung der drei Leitideen des MCV „interdisziplinäre Abläufe verstehen“, „interprofessionell zusammenarbeiten“ und „einzelfall- und systembezogenes Handeln“ im Famulaturalltag zu untersuchen.

Methoden: 2014 und 2015 wurden mit 12 Medizinstudierenden des 3. Studienjahres (23 - 25 Jahre, 66% weiblich) qualitative Leitfadeninterviews nach ihrer ersten Famulatur geführt. Zur Analyse erfolgte die Codierung der in den Leitideen des MCV enthaltenen Lernziele kombiniert mit einer qualitativen strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2003).

Ergebnisse: Die Auswertung der Interviews ergab für A) das subjektive Erleben und Lernen 4 Hauptkategorien: 1) „Bewältigung von Unsicherheiten“ beinhaltet Ungleichzeitigkeiten von Ausbildungsinhalten, die Fehlerkultur im Stationsalltag sowie ethische bzw. professionelle Probleme; 2) „Famulatur als soziales Arrangement“ meint den Umgang mit Rollen, Beziehungen und Interaktionen im Stations- und Praxisteam; 3) „Famulatur als Lernchance“ und 4) „Famulatur als Lehrchance“ thematisieren Erwartungen und Chancen hinsichtlich des Lehrens und Lernens. Für B) die Relevanz des MCV ergab sich eine starke Präsenz aller drei Leitideen im Famulaturalltag. Es zeigte sich weiterhin eine geringere Ausprägung komplexer und stärkere Ausprägung einfacher Lernziele.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse belegen, dass die Perspektive der Studierenden zwar wenig patientenorientiert, dafür aber auf das Training klinisch-praktischer Fähigkeiten und die Bewältigung eines relativ unkoordinierten Theorie-Praxis-Transfers fokussiert ist. Gleichzeitig erhalten sie unmittelbare Einblicke in die ärztliche Tätigkeit, deren Abläufe, Interaktionen und Regeln. Dies ist anschlussfähig an neuere Arbeiten (Klinke und Kadmon 2016). Die Ergebnisse zeigen weiterhin, dass das MCV relevant für den Famulaturalltag ist. Die Probleme beim Erreichen von komplexen Lernzielen könnten im Zusammenhang mit beschränkten strukturellen und personellen Ressourcen stehen (van der Hem-Stokroos et al. 2009). Da im Krankenhaus- bzw. Praxisalltag oftmals die Mittel fehlen, um die genannten Lern- und Erlebnisdimensionen inhaltlich und didaktisch aufzuarbeiten, könnten Studierende von den Famulatur rahmenden Lehrveranstaltungen wie z.B. dem Magdeburger „Fit für Famulatur“-Seminar (Spura et al. 2016) profitieren.

Literaturverzeichnis

1. AAMC - Association of American Medical Colleges (1998): Learning Objectives for Medical Student Education. Guidelines for Medical Schools. Online verfügbar unter <https://members.aamc.org/eweb/upload/Learning%20Objectives%20for%20Medical%20Student%20Educ%20Report%20I.pdf>, zuletzt geprüft am 28.02.2018.
2. Aase I, Hansen BS, Aase K, Reeves S (2016): Interprofessional training for nursing and medical students in Norway: Exploring different professional perspectives. *Journal of interprofessional care* 30 (1), S. 109–115.
3. ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation and European Federation of Internal Medicine (2002): Medical professionalism in the new millennium. A Physician Charter. *Ann Intern Med* 136 (3), S. 243.
4. Albanese MA, Dast LC (2014): Problem based learning. In: Tim Swanwick (Hg.): *Understanding medical education. Evidence, theory, and practice*. Second edition. Chichester, West Sussex: Wiley Blackwell.
5. Alexandraki I, Hernandez CA, Torre DM, Chretien KC (2017): Interprofessional Education in the Internal Medicine Clerkship Post-LCME Standard Issuance: Results of a National Survey. *Journal of general internal medicine* 32 (8), S. 871–876.
6. Al-Heeti KNM, Nassar AK, Decorby K, Winch J, Reid S (2012): The effect of general surgery clerkship rotation on the attitude of medical students towards general surgery as a future career. *Journal of surgical education* 69 (4), S. 544–549.
7. ÄApprO (2002): Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/_apro_2002/BJNR240500002.html, zuletzt geprüft am 20.02.2020.
8. Ateah CA, Snow W, Wener P, MacDonald L, Metge C, Davis P et al. (2011): Stereotyping as a barrier to collaboration: Does interprofessional education make a difference? *Nurse education today* 31 (2), S. 208–213.
9. Babaria P, Abedin S, Nunez-Smith M (2009): The effect of gender on the clinical clerkship experiences of female medical students. Results from a qualitative study. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 84 (7), S. 859–866.
10. BDI - Bund Deutscher Internisten (2018): BDI studis App. Online verfügbar unter <https://www.bdi.de/services/bdi-apps/>, zuletzt geprüft am 28.02.2018.
11. Bearman M, Tai J, Kent F, Edouard V, Nestel D, Molloy E (2018): What should we teach the teachers? Identifying the learning priorities of clinical supervisors. *Advances in health sciences education: Theory and practice* 23 (1), S. 29–41.
12. Becker HS (2008): *Boys in white. Student culture in medical school*. 11. Auflage. New Brunswick: Transaction Publ.

13. Bell MA, Wales PS, Torbeck LJ, Kunzer JM, Thurston VC, Brokaw JJ (2011): Do personality differences between teachers and learners impact students' evaluations of a surgery clerkship? *Journal of surgical education* 68 (3), S. 190–193.
14. BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2017): Beschlusstext 'Masterplan Medizin-studium 2020'. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/4_Pressemitteilungen/2017/2017_1/170331_Masterplan_Beschlusstext.pdf, zuletzt geprüft am 28.02.2018.
15. Bonnet A, Hericks U (2014): Professionalisierung und Deprofessionalisierung im Lehrer/innenberuf. Ansätze und Befunde aktueller empirischer Forschung. *ZISU - Zeitschrift für interpretative Schul- und Unterrichtsforschung: Empirische Beiträge aus Erziehungswissenschaft und Fachdidaktik*, S. 3–13.
16. Brainard AH, Brislen HC (2007): Learning professionalism: A view from the trenches. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 82 (11), S. 1010–1014.
17. Browning DM, Meyer EC, Truog RD, Solomon MZ (2007): Difficult conversations in health care: Cultivating relational learning to address the hidden curriculum. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 82 (9), S. 905–913.
18. Carney SL, Mitchell KR (1986): Satisfaction of patients with medical student's clinical skills. *Journal of medical education* 61 (5), S. 374–379.
19. Chang JC, Odrobina MR, McIntyre-Seltman K (2010): The effect of student gender on the obstetrics and gynecology clerkship experience. *Journal of women's health* (2002) 19 (1), S. 87–92.
20. Chittenden EH, Henry D, Saxena V, Loeser H, O'Sullivan PS (2009): Transitional clerkship: An experiential course based on workplace learning theory. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 84 (7), S. 872–876.
21. Chumley H, Olney C, Usatine R, Dobbie A (2005): A short transitional course can help medical students prepare for clinical learning. *Family medicine* 37 (7), S. 496–501.
22. Curran VR, Sharpe D, Flynn K, Button P (2010): A longitudinal study of the effect of an interprofessional education curriculum on student satisfaction and attitudes towards interprofessional teamwork and education. *Journal of interprofessional care* 24 (1), S. 41–52.
23. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B (2005): Stress and depression among medical students: A cross-sectional study. *Medical education* 39 (6), S. 594–604.
24. D'Amour D, Oandasan I (2005): Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of interprofessional care* 19 Suppl 1, S. 8–20.
25. Darosa DA, Folse JR (1983): In brief: Role of nurse instructors in the surgery clerkship. *Medical teacher* 5 (1), S. 30–31.
26. DEGAM - Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2018): DEGAM - Famulaturböse. Die bundesweite Plattform für Famulaturplätze in hausärztlichen Praxen. Famulatur - Was ist das? Online verfügbar unter <http://degam-famulaturboerse.de/famulatur.html>, zuletzt geprüft am 28.02.2018.

27. Delva MD, Kirby J, Schultz K, Godwin M (2004): Assessing the relationship of learning approaches to workplace climate in clerkship and residency. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 79 (11), S. 1120–1126.
28. Doktor A, Herrmann ML, Robra BP (2014): Kompetenzentwicklung mit Vignetten – ein Beispiel aus der Primärversorgung. *Gesundheitswesen* 76 (08/09).
29. Dornan T, Hadfield J, Brown M, Boshuizen H, Scherpbier A (2005): How can medical students learn in a self-directed way in the clinical environment? *Design-based research. Medical education* 39 (4), S. 356–364.
30. Durning SJ, Pangaro LN, Denton GD, Hemmer PA, Wimmer A, Grau T et al. (2003): Intersite consistency as a measurement of programmatic evaluation in a medicine clerkship with multiple, geographically separated sites. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 78 (10 Suppl), S. 8.
31. Eckenfels EJ, Daugherty SR, Baldwin DC (1997): A socio-cultural framework for explaining perceptions of mistreatment and abuse in the professional socialization of future physicians. *Ann Behav Sci Med Educ* 4 (1), S. 11–18.
32. Eich-Kroh A, Kaufmann A, Winkler-Stuck K, Werwick K, Spura A, Robra B-P (2016): First Contact: Interprofessional education based on medical students' experiences from their nursing internship. *GMS journal for medical education* 33 (2), S. Doc20.
33. Elnicki DM, Curry RH, Fagan M, Friedman E, Jacobson E, Loftus T et al. (2002): Medical students' perspectives on and responses to abuse during the internal medicine clerkship. *Teaching and learning in medicine* 14 (2), S. 92–97.
34. Elnicki DM, Kolarik R, Bardella I (2003): Third-year medical students' perceptions of effective teaching behaviors in a multidisciplinary ambulatory clerkship. *Academic Medicine* 78 (8), S. 815–819.
35. Elnicki DM, Linger B, Asch E, Curry R, Fagan M, Jacobson E et al. (1999): Patterns of medical student abuse during the internal medicine clerkship: Perspectives of students at 11 medical schools. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 74 (10 Suppl), S. 101.
36. Everard KM, Crandall S, Blue A, Rottnek F, Pole D, Mainous AG (2014): Exploring interprofessional education in the family medicine clerkship: A CERA study. *Family medicine* 46 (6), S. 419–422.
37. Felden H von (2014): Transformationen in Lern- und Bildungsprozessen und Transitionen in Übergängen. In: Heide von Felden, Ortfried Schäffter und Hildegard Schicke (Hg.): *Denken in Übergängen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 61–84.
38. Fischer MA, Mazor KM, Baril J, Alper E, DeMarco D, Pugnaire M (2006): Learning from mistakes. Factors that influence how students and residents learn from medical errors. *Journal of general internal medicine* 21 (5), S. 419–423.
39. Flick U (2015a): Design und Prozess qualitativer Forschung. In: Uwe Flick (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 11. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (Rororo, 55628 : Rowohlts Enzyklopädie), S. 252–264.

40. Flick U (Hg.) (2015b): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 11. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (Rororo, 55628 : Rowohlts Enzyklopädie).
41. Foronda C, MacWilliams B, McArthur E (2016): Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse education in practice* 19, S. 36–40.
42. Foster R, Macleod Clark J (2015): Moderating the stereotypical views of health and social care students: The role of interprofessional education. *Journal of interprofessional care* 29 (1), S. 34–40.
43. Frank J, Snell L, Sherbino J (2015): CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Hg. v. Royal College of Physicians. Ottawa. Online verfügbar unter <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>, zuletzt geprüft am 02.09.2017.
44. FSMB, NBME - Federation of State Medical Boards of the United States, National Board of Medical Examiners (2017a): USMLE Step 2 CK Content Description and General Information Booklet. Online verfügbar unter http://www.usmle.org/pdfs/step-2-ck/2017_Step2CK_Content.pdf, zuletzt geprüft am 14.02.18.
45. FSMB, NBME - Federation of State Medical Boards of the United States, National Board of Medical Examiners (2017b): USMLE Step 2 CS Content Description and General Information Booklet. Online verfügbar unter <http://www.usmle.org/pdfs/step-2-cs/cs-info-manual.pdf>, zuletzt geprüft am 14.02.18.
46. FSMB, NBME - Federation of State Medical Boards of the United States, National Board of Medical Examiners (2018): 2018 Bulletin of Information. Online verfügbar unter <http://www.usmle.org/pdfs/bulletin/2018bulletin.pdf>, zuletzt geprüft am 14.02.18.
47. FSME, NBME - Federation of State Medical Boards of the United States, National Board of Medical Examiners (2017): USMLE Step 1 Content Description and General Information Booklet. Online verfügbar unter http://www.usmle.org/pdfs/step-1/2017content_step1.pdf, zuletzt geprüft am 14.02.18.
48. Fuchs S, Klement A, Lichte T, Abendroth J (2014): Clerkship in primary care: a cross-sectional study about expectations and experiences of undergraduates in medicine. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung* 31 (4), S. Doc44.
49. Garner MS, Gusberg RJ, Kim AW (2014): The positive effect of immediate feedback on medical student education during the surgical clerkship. *Journal of surgical education* 71 (3), S. 391–397.
50. Garrison DR (2016): Self-Directed Learning. Toward a Comprehensive Model. *Adult Education Quarterly* 48 (1), S. 18–33.
51. GMA, MFT, VHZMK (2015): Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM). Hg. v. Medizinischer Fakultätentag. Online verfügbar unter <http://www.nklm.de/kontakt.html>, zuletzt geprüft am 01.09.2017.
52. Gottschalk M, Stieger P, Robra B-P, Braun-Dullaues RC, Werwick K, Spura A (2017): Wie erleben Studierende ihre erste Famulatur? – Eine qualitative Studie. Gemeinsame Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Arbeitskreises zur Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin (AKWLZ). Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Medizinische Fakultät, 20.09. - 23.09.2017. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House.

53. Gottschalk M, Stieger P, Robra B-P, Braun-Dullaues RC, Werwick K, Spura A (2018): Die Relevanz von Lehrveranstaltungen zur Famulaturvorbereitung aus Studierendenperspektive [Bericht über Forschungsergebnisse]. Gemeinsame Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Arbeitskreises zur Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin (AKWLZ). Frankfurt, 19.09-22.09.2018. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House.
54. Gunaldo TP, Andrieu SC, Garbee D, Giovingo LK, Mercante DE, Tortu S, English R (2015): Student perceptions about interprofessional education after an elective course. *Journal of interprofessional care* 29 (4), S. 370–371.
55. Hafferty FW, Franks R (1994): The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine* 69 (11), S. 861–871.
56. Han H, Roberts NK, Korte R (2015): Learning in the real place: medical students' learning and socialization in clerkships at one medical school. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 90 (2), S. 231–239.
57. Hanszke A, Pinilla S, Pander T, Fischer MR (Hg.) (2015): Fit for Famulatur – Ein Pilotprojekt zur praktischen Vorbereitung auf die erste Famulatur. Gemeinsame Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Arbeitskreises zur Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin. Leipzig, 30.09.-03.10.2015. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House.
58. Hauer KE, Hirsh D, Ma I, Hansen L, Ogur B, Poncelet AN et al. (2012a): The role of role: learning in longitudinal integrated and traditional block clerkships. *Medical education* 46 (7), S. 698–710.
59. Hauer KE, O'Brien BC, Hansen LA, Hirsh D, Ma IH, Ogur B et al. (2012b): More is better. Students describe successful and unsuccessful experiences with teachers differently in brief and longitudinal relationships. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 87 (10), S. 1389–1396.
60. Hermanns H (2015): Interviewen als Tätigkeit. In: Uwe Flick (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 11. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (Rororo, 55628 : Rowohlts Enzyklopädie), S. 360–368.
61. Hopf C (2015): *Qualitative Interviews - ein Überblick*. In: Uwe Flick (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 11. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (Rororo, 55628 : Rowohlts Enzyklopädie), S. 349–359.
62. Horsburgh J, Ippolito K (2018): A skill to be worked at: Using social learning theory to explore the process of learning from role models in clinical settings. *BMC medical education* 18 (1), S. 156.
63. IMPP - Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (2013a): *Gegenstandskataloge für den schriftlichen Teil des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung (IMPP-GK1)*. Mainz. Online verfügbar unter <https://www.impp.de/internet/de/medizin/articles/gegenstandskataloge.html>, zuletzt geprüft am 10.01.2018.
64. IMPP - Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (2013b): *Gegenstandskataloge für den schriftlichen Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung (IMPP-GK2)*. Mainz. Online verfügbar unter <https://www.impp.de/internet/de/medizin/articles/gegenstandskataloge.html>, zuletzt geprüft am 10.01.2018.

65. Irani JL, Greenberg JA, Blanco MA, Greenberg CC, Ashley S, Lipsitz SR et al. (2010): Educational value of the operating room experience during a core surgical clerkship. *American journal of surgery* 200 (1), S. 167–172.
66. Irby DM (1994): What clinical teachers in medicine need to know. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 69 (5), S. 333–342.
67. Jerg A, Ochsner W, Wander H, Traue HC, Jerg-Bretzke L (2016): The FAMULATUR PLUS as an innovative approach for teaching physical examination skills. *GMS journal for medical education* 33 (1), Doc4.
68. Karani R, Fromme HB, Cayea D, Muller D, Schwartz A, Harris IB (2014): How medical students learn from residents in the workplace. A qualitative study. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 89 (3), S. 490–496.
69. Karnieli-Miller O, Vu TR, Holtman MC, Clyman SG, Inui TS (2010): Medical students' professionalism narratives: A window on the informal and hidden curriculum. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 85 (1), S. 124–133.
70. Kassebaum DG, Cutler ER (1998): On the culture of student abuse in medical school. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 73 (11), S. 1149–1158.
71. Klink, Kadmon (2016): Was in medizinischen Praktika tatsächlich geschieht. Repräsentative Studie zu Inhalt und Bedeutung von Famulaturen und Pflegepraktika im Medizinstudium. Gemeinsame Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Arbeitskreises zur Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin (AKWLZ). Bern, 14.09.-17.09.2016. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House.
72. Kruse J (2015): *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. 2., überarb. u. erg. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
73. Kuckartz U (2012): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 1. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
74. Künkler T (2011): *Lernen in Beziehung. Zum Verhältnis von Subjektivität und Relationalität in Lernprozessen*. 1. Aufl. Bielefeld: [Transcript] (Pädagogik).
75. Kvale S (1996): *Interviews. An introduction to qualitative research interviewing*. 1. Aufl. London: Sage.
76. Lamnek S (2010): *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch; mit Online-Materialien*. 5., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz (Grundlagen Psychologie).
77. Landesverwaltungsamt Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe Sachsen-Anhalt (2016): Hinweise zur Ableistung der Famulatur nach der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO). Landesverwaltungsamt Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe Sachsen-Anhalt. Online verfügbar unter https://lvwa.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/LVWA/LVwA/Dokumente/6_famgesjugvers/607/medizin/merkblatt_fam.pdf, zuletzt geprüft am 16.02.18.
78. Leape LL, Fromson JA (2006): Problem doctors: is there a system-level solution? *Annals of internal medicine* 144 (2), S. 107–115.

79. Leary MR, Kowalski RM (1990): Impression management: A literature review and two-component model. *Psychological bulletin* 107 (1), S. 34.
80. Lee KB, Vaishnavi SN, Lau SKM, Andriole DA, Jeffe DB (2007): "Making the grade" noncognitive predictors of medical students' clinical clerkship grades. *Journal of the National Medical Association* 99 (10), S. 1138–1150.
81. Lersch R, Schreder G (2013): Grundlagen kompetenzorientierten Unterrichtens. Von den Bildungsstandards zum Schulcurriculum. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich. Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=4612303>.
82. Levinson WS, Hafferty FW, Lucey CR, Ginsburg S (2014): Understanding medical professionalism. New York: McGraw Hill Medical (McGraw-Hill's AccessMedicine).
83. Lingard L, Schryer C, Garwood K, Spafford M (2003): 'Talking the talk'. School and workplace genre tension in clerkship case presentations. *Med Educ* 37 (7), S. 612–620.
84. Liston BW, Fischer MA, Way DP, Torre D, Papp KK (2011): Interprofessional education in the internal medicine clerkship: Results from a national survey. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 86 (7), S. 872–876.
85. Littlewood S, Ypinazar V, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Dornan T (2005): Early practical experience and the social responsiveness of clinical education: Systematic review. *BMJ (Clinical research ed.)* 331 (7513), S. 387–391.
86. Lüders C (2015): Beobachten im Feld und Ethnographie. In: Uwe Flick (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 11. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (Rororo, 55628 : Rowohlts Enzyklopädie), S. 384–401.
87. Luginbill C (1978): Nurse-Instructors for Medical Students. *The American Journal of Nursing* 78 (5), S. 868.
88. Magrane D, Gannon J, Miller CT (1994): Obstetric patients who select and those who refuse medical students' participation in their care. *Academic Medicine* 69 (12), S. 1004–1006.
89. Maiorova T, Stevens F, Scherpbier A, van der Zee J (2008): The impact of clerkships on students' specialty preferences. What do undergraduates learn for their profession? *Medical education* 42 (6), S. 554–562.
90. Mayring P (2003): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 8. Aufl., Dr. nach Typoskript. Weinheim [u.a.]: Beltz (UTB für Wissenschaft Pädagogik, 8229).
91. Mayring P (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse*. In: Uwe Flick (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 11. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (Rororo, 55628 : Rowohlts Enzyklopädie), S. 468–475.
92. Merkens H (2015): Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In: Uwe Flick (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 11. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (Rororo, 55628 : Rowohlts Enzyklopädie), S. 286–298.

93. Miller GE (1990): The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 65 (9 Suppl), S63-7.
94. Murad MH, Coto-Yglesias F, Varkey P, Prokop LJ, Murad AL (2010): The effectiveness of self-directed learning in health professions education: A systematic review. *Medical education* 44 (11), S. 1057–1068.
95. NCH Software (2018): Express Scribe Transkriptionssoftware. Online verfügbar unter <http://www.nch.com.au/scribe/de/index.html>, zuletzt geprüft am 15.02.18.
96. Neher JO, Gordon KC, Meyer B, Stevens N (1992): A five-step “microskills” model of clinical teaching. *Journal of the American Board of Family Medicine* 5 (4). Online verfügbar unter <http://www.jabfm.org/content/5/4/419.short>.
97. Nixon LJ, Aiyer M, Durning S, Gouveia C, Kogan JR, Lang VJ et al. (2011): Educating clerkship students in the era of resident duty hour restrictions. *The American Journal of Medicine* 124 (7), S. 671–676.
98. O'Brien B, Cooke M, Irby DM (2007): Perceptions and attributions of third-year student struggles in clerkships: Do students and clerkship directors agree? *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 82 (10), S. 970–978.
99. O'Brien BC, Poncelet AN (2010): Transition to clerkship courses. Preparing students to enter the workplace. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 85 (12), S. 1862–1869.
100. O'Brien BC, Poncelet AN, Hansen L, Hirsh DA, Ogur B, Alexander EK et al. (2012): Students' workplace learning in two clerkship models. A multi-site observational study. *Medical education* 46 (6), S. 613–624.
101. Prince KJAH, Boshuizen HPA, van der Vleuten CPM, Scherpbier AJJA (2005): Students' opinions about their preparation for clinical practice. *Medical education* 39 (7), S. 704–712.
102. Prince KJAH, van de Wiel M, Scherpbier AJJA, Can Der Vleuten CPM, Boshuizen HPA (2000): A Qualitative Analysis of the Transition from Theory to Practice in Undergraduate Training in a PBL-Medical School. *Advances in health sciences education : theory and practice* 5 (2), S. 105–116.
103. Promotionskommission der FME Magdeburg (2012): Ausführungsbestimmungen zur Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg zum „Dr. med.“ vom 06.12.2012. FME Magdeburg. Magdeburg. Online verfügbar unter https://www.med.uni-magdeburg.de/unimagdeburg_mm/Downloads/Zentrale+Einrichtungen/Dekanat/Informationen+f%C3%BCr+Promovenden/%28Dr_+med_%29Ausf%C3%BChrungsbestimmungen+Dr+med+-p-20622.pdf, zuletzt geprüft am 15.02.18.
104. Przyborski A, Wohlrab-Sahr M (2010): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 3., korrigierte Auflage. München: Oldenbourg (Lehr- und Handbücher der Soziologie).
105. Quillin RC, Pritts TA, Tevar AD, Hanseman DJ, Edwards MJ, Davis BR (2013): Students' expectations on the surgery clerkship exceed those of residents and faculty. *The Journal of surgical research* 184 (1), S. 495–500.

106. Radcliffe C, Lester H (2003): Perceived stress during undergraduate medical training. A qualitative study. *Med Educ* 37 (1), S. 32–38.
107. Rausch N, Harendza S (2016): Erfolgreich famulieren – eine qualitative Analyse zu selbstorganisiertem Lernen im ärztlichen Alltag. Gemeinsame Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Arbeitskreises zur Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin (AKWLZ). Bern, 14.09.-17.09.2016. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House.
108. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Della Freeth, Zwarenstein M (2013): Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *The Cochrane database of systematic reviews* (3), S. CD002213.
109. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I (2008): Interprofessional education: Effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews* (1), S. CD002213.
110. Reimann S (2013): Die medizinische Sozialisation. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
111. Riemann G (2005): Zur Bedeutung von Forschungswerkstätten in der Tradition von Anselm Strauss. *Berliner Methodentreffen Qualitative Forschung*. Online verfügbar unter <http://www.berliner-methodentreffen.de/material/2005/riemann.pdf>.
112. Ringsted C, Schroeder TV, Henriksen J, Ramsing B, Lyngdorf P, Jønsson V, Scherpbier A (2001): Medical students' experience in practical skills is far from stakeholders' expectations. *Medical teacher* 23 (4), S. 412–416.
113. Rospenda KM, Halpert J, Richman JA (1994): Effects of social support on medical students' performances. *Academic Medicine* 69 (6), S. 496–500.
114. Rotthoff T, Schneider M, Ritz-Timme S, Windolf J (2015): Theory in practice instead of theory versus practice--curricular design for task-based learning within a competency oriented curriculum. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung* 32 (1), Doc4.
115. Schütze F (1992): Sozialarbeit als "bescheidene" Profession. In: Bernd Dewe, Wilfried Ferchhoff und Frank Olaf-Radtke (Hg.): *Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 132–170, zuletzt geprüft am 13.10.2019.
116. Shacklady J, Holmes E, Mason G, Davies I, Dornan T (2009): Maturity and medical students' ease of transition into the clinical environment. *Medical teacher* 31 (7), S. 621–626.
117. Shultes von Schlageter M, Park E, Tucker P (2006): Inter-site consistency at a multi-site psychiatry clerkship. *Academic psychiatry: The journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry* 30 (4), S. 356–359.
118. Skeff KM (1988): Enhancing teaching effectiveness and vitality in the ambulatory setting. *Journal of general internal medicine* 3 (2 Suppl), S. 33.
119. Slotnick HB (1999): How doctors learn: physicians' self-directed learning episodes. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 74 (10), S. 1106–1117.

120. Smith P, Cotton P, O'Neill A (2009): 'Can you take a student this morning?' Maximising effective teaching by practice nurses. *Medical education* 43 (5), S. 426–433.
121. Spura A, Robra B-P (2018): Fall- und Systembezug. Der Beitrag des Faches Medizinische Soziologie zur ärztlichen Professionalisierung. In: Heike Ohlbrecht und Astrid Seltrecht (Hg.): *Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 251–269.
122. Spura A, Werwick K, Feißel A, Gottschalk M, Winkler-Stuck K, Robra B-P et al. (2016): Preparation courses for medical clerkships and the final clinical internship in medical education - The Magdeburg Curriculum for Healthcare Competence. *GMS journal for medical education* 33 (3), Doc40.
123. Stanford School of Medicine (2017): Stanford Curriculum Schematic. Stanford School of Medicine. Online verfügbar unter http://med.stanford.edu/md/curriculum/_jcr_content/main/panel_builder/panel_1/download/file.res/2017-18%20Curriculum%20Schematic.pdf, zuletzt geprüft am 14.02.18.
124. Steinke I (2015): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Uwe Flick (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 11. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (Rororo, 55628 : Rowohlts Enzyklopädie), S. 319–332.
125. Sternszus R, Cruess S, Cruess R, Young M, Steinert Y (2012): Residents as role models: Impact on undergraduate trainees. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 87 (9), S. 1282–1287.
126. Störmann S, Stankiewicz M, Raes P, Berchtold C, Kosanke Y, Illes G et al. (2016): How well do final year undergraduate medical students master practical clinical skills? *GMS journal for medical education* 33 (4), Doc58.
127. Stosch C, Joachim A, Ascher J (2011): Clerkship maturity: Does the idea of training clinical skills work? *GMS journal for medical education* 28 (3), Doc41.
128. Teunissen PW, Westerman M (2011): Opportunity or threat: The ambiguity of the consequences of transitions in medical education. *Medical education* 45 (1), S. 51–59.
129. The Apache Software Foundation (2018): Apache Open Office. Online verfügbar unter <https://www.openoffice.org/de/>, zuletzt geprüft am 15.02.18.
130. Thürmann E (2019): Operator. Online verfügbar unter https://epub.ub.uni-muenchen.de/61754/1/Thuermann_Operator.pdf, zuletzt geprüft am 07.04.2020.
131. Timm A, Polack C, Quinn A (2015): Exploring the nature of undergraduate clinical placements in Germany in the context of developing a collaborative European undergraduate medical programme. Gemeinsame Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Arbeitskreises zur Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin (AKWLZ). Leipzig, 30.09.–03.10.2015. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House.
132. Torre DM, Sebastian JL, Simpson DE (2003): Learning activities and high-quality teaching: Perceptions of third-year IM clerkship students. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 78 (8), S. 812–814.
133. Tunstall-Pedoe S, Rink E, Hilton S (2003): Student attitudes to undergraduate interprofessional education. *Journal of interprofessional care* 17 (2), S. 161–172.

134. Uxa L, Moritz T, Rotzoll D (2015): "Vorbereitungswochen Famulatur" in der LernKlinik Leipzig. Gemeinsame Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Arbeitskreises zur Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin (AKWLZ). Leipzig, 30.09.-03.10.2015. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House.
135. van der Hem-Stokroos HH, Scherpbier AJJA, van der Vleuten CPM, Vries Hd, Haarman HJTM (2009): How effective is a clerkship as a learning environment? *Medical teacher* 23 (6), S. 599–604.
136. Vogd W (2006): Verändern sich die Handlungsorientierungen von Krankenhausärzten unter den neuen organisatorischen und ökonomischen Rahmenbedingungen? *Sozialer Sinn* 7 (2).
137. Weber DO (2004): Poll results: Doctors' disruptive behavior disturbs physician leaders. *Physician executive* 30 (5), S. 6–14.
138. Weinert FE (2014): Leistungsmessungen in Schulen. s.l.: Beltz Verlagsgruppe (Beltz Pädagogik). Online verfügbar unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783407293183.
139. Werwick K, Spura A, Gottschalk M, Meyer F, Walcher F, König S et al. (2017): Für Chirurgie begeistern – Einflüsse der Famulatur aus Sicht Studierender auf eine spätere Fachpräferenz. *Zentralblatt für Chirurgie*.
140. Whipple ME, Barlow CB, Smith S, Goldstein EA (2006): Early introduction of clinical skills improves medical student comfort at the start of third-year clerkships. *Academic Medicine* 81 (Suppl), S. S40-S43.
141. Wimmers PF, Schmidt HG, Splinter TAW (2006): Influence of clerkship experiences on clinical competence. *Medical education* 40 (5), S. 450–458.
142. Wissenschaftsrat (2018): Neustrukturierung des Medizinstudiums und Änderung der Approbationsordnung für Ärzte - Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020. Online verfügbar unter https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/7271-18.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 07.04.2020.
143. Wolff S (2015): Wege ins Feld und ihre Varianten. In: Uwe Flick (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 11. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (Rororo, 55628 : Rowohlts Enzyklopädie), S. 334–348.
144. Working Group under a Mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools (2008): *Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training - June 2008*. Working Group under a Mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools. Bern. Online verfügbar unter http://sco.smifk.ch/downloads/sco_2008.pdf, zuletzt geprüft am 28.02.18.
145. Wu EH, Elnicki DM, Alper EJ, Bost JE, Corbett EC, Fagan MJ et al. (2006): Procedural and interpretive skills of medical students: Experiences and attitudes of third-year students. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 81 (10 Suppl), S. 51.

146. York NL, DaRosa DA, Markwell SJ, Niehaus AH, Folse R (1995): Patients' attitudes toward the involvement of medical students in their care. *The American Journal of Surgery* 169 (4), S. 421–423.

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. R.C. Braun-Dullaeus, für seine Betreuung und Supervision sowie die Chance meine Arbeit in ihrer jetzigen Form realisieren. Weiterhin möchte ich mich besonders bei Frau Dr. Anke Spura und Herrn Dr. Philipp Stieger für ihre außergewöhnliche fachliche und menschliche Unterstützung und Betreuung bedanken. Auch möchte ich den Mitarbeitern des Institutes für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (ISMG) für ihre überaus bereichernde Zusammenarbeit danken. Ebenfalls gebührt Frau Dr. Katrin Werwick und Frau Dr. Astrid Eich-Krohm Dank für ihren Rat. Ich möchte mich des Weiteren bei allen Teilnehmern der Forschungswerkstatt des ISMG für ihr wertvolles Feedback und die vielen ermunternden Worte bedanken. Auch gebührt der Medizinischen Fakultät Magdeburg besonderer Dank für ihre großzügige Förderung. Weiterhin danke ich allen Teilnehmern dieser Studie, die vertrauensvoll ihre Erlebnisse und Erfahrungen mit mir geteilt haben. Abschließend möchte ich meiner Familie für ihre stetige Unterstützung und Anteilnahme danken.

Ehrenerklärung

Ich erkläre, dass ich die der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel

„Erleben und Lernen in der Famulatur“

in der Universitätsklinik für Kardiologie und Angiologie

mit Unterstützung durch Herrn Professor Dr. R.C. Braun-Dullaeus, Frau Dr. Anke Spura sowie Herrn Dr. Philipp Stieger

ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Bei der Abfassung der Dissertation sind Rechte Dritter nicht verletzt worden. Ich habe diese Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Ich übertrage der Medizinischen Fakultät das Recht, weitere Kopien meiner Dissertation herzustellen und zu vertreiben.

Magdeburg, 06.05.2020

Marc Gottschalk

Darstellung des Bildungsweges

Name, Vorname	Gottschalk, Marc
Geburtsdatum	21.10.1991
Geburtsort	Hagen/Westfalen
Konfession	Evangelisch
Wohnort	Leipziger Str. 41A 39112 Magdeburg

Schulbildung

August 1998 - Juli 2002	Grundschule Funckepark, Hagen
August 2002 – Juli 2011	Theodor-Heuss-Gymnasium, Hagen

Studium

Oktober 2011 – Dezember 2017	Humanmedizin an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
November 2016 – März 2017	1. PJ-Tertial: Chirurgie im Klinikum Lüdenscheid, LKH der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
März 2017 – Juli 2017	2. PJ-Tertial: Kardiologie am Universitätsklinikum Magdeburg
Juli 2017 – Oktober 2017	3. PJ-Tertial: Radiologie am Bürgerhospital Frankfurt, LKH der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main
Januar 2018 – April 2018	Promotionsstipendium der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Berufliche Laufbahn

April 2018 – lfd.	Assistenzarzt an der Universitätsklinik für Kardiologie und Angiologie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
-------------------	--

Unterschrift	Magdeburg, 06.05.2020
---------------------	-----------------------

Marc Gottschalk

Anhang

Der Anhang besteht aus einem gedruckten (A-E) sowie einem digitalen (F-H) Teil. Der gedruckte Anhang umfasst Fallvignetten, die verwendeten Interviewleitfäden, die Transkriptionsregeln sowie zusammenfassende Tabellen zu Famulaturerleben und MCV-Leitideen. Im digitalen Anhang finden sich die einzelnen Interviewtexte, sowie die zugehörigen Paraphrasentabellen.

A) Beispiel-Fallvignette: Fit für Famulatur 2014

Bitte lesen Sie sich den untenstehenden Fall durch. Versuchen Sie, sich in die Rolle der/des in der Notaufnahme tätigen Ärztin/Arztes hineinzuversetzen.

Konzipieren Sie nun alle Ihrer Einschätzung nach erforderlichen Schritte für die akute und die längerfristige Behandlung der Patientin in einer möglichst weitreichenden angemessenen Versorgungsstruktur akuter und längerfristiger Behandlung der Patientin. Notieren Sie Ihre Schritte auf den bereitgelegten Karten und ordnen Sie diese auf der Metaplan-Tafel übersichtlich an.

- Bedenken Sie dabei bitte alle an der direkten und indirekten Versorgung beteiligten Berufsfelder!*
- Überlegen Sie hierzu, was für diese Patientin das optimale Versorgungsziel sein könnte.*

Klinischer Fall: Elfriede Gonschorek

Im Tagdienst der Notaufnahme wird Ihnen als kardiologische Assistentin/Assistent vom Hausarzt die 1935 geborene Elfriede Gonschorek in deutlich reduziertem Allgemeinzustand überwiesen. Bei Eintreffen der Patientin mit dem Krankentransport wird Ihnen eine hörbar atmende Patientin vom Rettungsdienst übergeben, die sich auf die Griffe ihres Rollators stützt und sichtlich angestrengt erscheint, dabei aber freundlich zugewandt ist. Auf Ihre Nachfrage gibt sie an, seit den vergangenen zwei Monaten zunehmende Luftnot zunächst bei stärkerer Belastung und seit drei Tagen auch in Ruhe verspürt zu haben. Sie wollte zunächst nicht zum Hausarzt gehen, in der Hoffnung, „dass es wieder von allein besser würde“. Die körperliche Belastbarkeit sei seither ebenfalls stark reduziert. Eine bereits chronisch vorbekannte Schwellung der Beine, vorwiegend der Unterschenkel, sei in den vergangenen zwei Wochen ebenfalls als zunehmend empfunden worden. Die Patientin ist Ihrer Einschätzung nach zeitlich und örtlich orientiert und in Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte.

In der **klinischen Erstuntersuchung** fallen Ihnen folgende Befunde auf:

Cor: HT leise, unregelmäßig, tachykard HF 124/min, leises Systolikum p.m. 5. ICR li, RR 169/112mmHg

Pulmo: feinblasige RGs bds. In unteren Segmenten betont (re> li), AG li dtl. abgeschwächt, verschärftes AG in übrigen Anteilen, Klopfeschall ab medial li> re abgeschwächt

Abdomen: Bauchdecken weich, adipös, rege Darmgeräusche über allen 4 Quadranten, keine lokale Abwehrspannung, orientierend neurologisch Handkraft re vermindert, keine Paresen, keine Spastik, Bewegung aktiv und passiv dtl. eingeschränkt, eindrückbare prätibiale Ödeme

Eigenanamnese:

- bekannte Koronare 1-Gefäßerkrankung
- Ischämische Kardiomyopathie, LV-EF (zuletzt 2012 ermittelt) 45%
- Z.n. NSTEMI 2005 und 2012
- Z. n. rechtsseitigem Schlaganfall 2006 und 2008
- bek. leichte TI, mittelschwere MI
- bek. paroxysmales Vorhofflimmern mit oraler Antikoagulation
- chronische Niereninsuffizienz Stad. 3
- Z. n. Cholezystektomie 1972
- Z. n. Tonsillektomie 1942
- bek. Diabetes mellitus (diätetisch eingestellt) ED 1995
- Z. n. 3 Schwangerschaften und Geburten
- CVRF: Adipositas BMI 30,0, Diabetes mellitus Typ 2, art. Hypertonie

Sozialanamnese:

- Patientin lebt allein im dörflichen Umfeld (15 km von Magdeburg entfernt) und versorgt sich bis jetzt selbstständig
- Verwitwet, zwei Kinder: Tochter in Magdeburg wohnend, Sohn in weiterer Reiseentfernung (Niedersachsen)
- ehem. berufliche Tätigkeit: Köchin in landwirtschaftlichem Betrieb (LPG/ DDR, danach als Hausfrau)

Medikation:

ASS	100 mg	1-0-0
Falithrom	3 mg	nach Wert (Ziel-INR 2-3)
Metoprolol	47,5 mg	½-0- ½
Ramipril /HCT 2,5/12,5 mg		1-0-0
Spironolacton	25 mg	1-0-0
Torasemid	5 mg	1-0-0
Digitoxin	0,07 mg	1-0-0

B) Interviewleitfäden

Fragebogen 1 – 1. Erhebungswelle 2014

Begrüßung und Vorbemerkungen

- Das Interview wird aufgezeichnet und anschließend protokolliert. Personenbezogene Daten werden nicht weitergegeben, sondern nur von mir persönlich für die Auswertung genutzt. Ihr bleibt anonym.
- Ihr könnt jederzeit eine Löschung eurer Daten verlangen.

FfF - Allgemein

1. Hat sich der Besuch des Seminars „Fit für Famulatur“ auf irgendeine Art und Weise auf deine Famulatur ausgewirkt?

1.1 Wenn ja: An welchen Stellen/Momenten/Bereichen hast Du das gemerkt?

2. Alles in allem: Was hat Dir die Teilnahme an „Fit für Famulatur“ gebracht?

Interprofession

3. Wie hast Du die Arbeit mit Pflegekräften oder anderen Berufsgruppen (keine Ärzte) auf Station in deiner Famulatur erlebt?

3.1 Kannst Du mir das mal an einem Beispiel erzählen?

4. Denkst Du, dass „Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen“ Bestandteil des Studiums sein sollte?

4.1 Wenn ja: Warum?

4.2 Wenn nein: Warum nicht?

5. Wie hast Du dein Pflegepraktikum erlebt?

5.1 Welche Rolle spielt das im Nachhinein für dich in deinem Studium? –und für deine spätere Berufstätigkeit?

Klinische Abläufe/ Einzelfall-Systembezug

6. Hast Du in deiner Famulatur Einblick in klinische Abläufe bekommen?

6.1 Welche Abläufe waren das denn? Kannst Du mir Beispiele nennen?

7. Hast Du therapeutische Konzepte zur Betreuung von Patienten, die über die Abläufe auf Station hinausgehen, kennen gelernt?

7.1 Kannst Du das an einem Fall-Beispiel, das Du selbst erlebt hast, beschreiben?

Retrospektiv Famulatur

8. Alles in allem: Wenn Du dich an deine Famulatur erinnerst, wie hast Du diese erlebt?

8.1 Was war gut?

8.2 Was war nicht so gut?

9. Würdest Du im Nachhinein evtl. in Bezug auf deine Famulatur etwas anders machen?

Prospektiv nächste Famulatur

10. Was für Erwartungen stellst Du nun mit Blick auf die besprochenen Dinge an deine nächste Famulatur?

11. Welche praktischen Fähigkeiten möchtest Du besonders gerne erlernen?

12. Welche Dinge sind Dir bezüglich deiner nächsten Famulatur besonders wichtig? (Auch von den bereits genannten!)

13. Welche Dinge bereiten Dir bezüglich deiner nächsten Famulatur Sorgen?

Auswahl des Fachgebietes

14. Nach welchen Kriterien hast Du deine Famulaturstelle ausgesucht?
15. Kannst Du mir sagen warum dort und in dieser Fachrichtung?
16. Welche anderen Aspekte wären Dir noch wichtig, um dich für eine Famulatureinrichtung zu entscheiden?

Sonstiges

17. Gibt es sonst noch etwas, dass Du mir in Bezug auf das Thema Famulatur erzählen oder sagen möchten? - Etwas, an das ich evtl. noch gar nicht gedacht habe?

Daten zur Person

18. Geschlecht
19. Alter
20. Hast Du schon Berufserfahrung im Gesundheitswesen?

Fragebogen 2 – 2. Erhebungswelle 2015

Begrüßung & Vorbemerkungen

- Im Folgenden werde ich Dir eine Reihe von Fragen zum Thema Famulatur bzw. zu deiner Teilnahme am Seminar Fit für Famulatur stellen. Bitte beantworte alle Fragen möglichst ausführlich, da viele Dinge, die Dir vielleicht im ersten Moment als unwichtig erscheinen, für uns später von Relevanz sein können. Alle deine Erfahrungen und Erlebnisse während deiner Famulatur sind uns wichtig!
- Das Interview wird aufgezeichnet und anschließend protokolliert. Personenbezogene Daten werden nicht weitergegeben, sondern nur für die Auswertung genutzt. Du bleibst anonym.
- Du kannst jederzeit eine Löschung deiner Daten verlangen.

Retrospektiv zur letzten Famulatur

1. Hast Du nach dem Workshop Fit für Famulatur eine Famulatur absolviert?

1.1 Wo und in welcher Fachrichtung hast Du diese absolviert?

1.2 Wie lange hat sie gedauert?

2. Wie hast Du deine Famulatur erlebt?

2.1 Was war gut?

2.2 Was war schlecht?

2.3 Was würdest Du sagen, hast Du in deiner letzten Famulatur gelernt?

2.3.1 Welche praktischen Skills hast Du in der letzten Famulatur erlernt?

2.4 Alles in Allem, wie würdest Du deine Famulatur insgesamt bewerten?

3. Warum hast Du sie in dieser Fachrichtung gemacht?

3.1 Warum gerade in diesem Haus?

Interprofession

3. Wie hast Du die Arbeit mit Pflegekräften oder anderen Berufsgruppen (keine Ärzte) auf Station in deiner Famulatur erlebt?

3.1 Kannst Du mir das mal an einem Beispiel erzählen?

4. Denkst Du, dass „Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen“ Bestandteil des Studiums sein sollte?

4.1 Wenn ja: Warum?

Wenn nein: Warum nicht?

4.2 Wenn ja: Wie sollte dies deiner Meinung nach umgesetzt werden?

Wenn nein: Wann sollte dies dann gelehrt werden?

5. Wie hast Du dein Pflegepraktikum erlebt?

5.1 Welche Rolle spielt das im Nachhinein für dich in deinem Studium?

5.2 Denkst Du, dass Du Dinge aus deinem Pflegepraktikum auch im zukünftigen Berufsleben anwenden kannst?

Klinische Abläufe/ Einzelfall-Systembezug

6. Hast Du in deiner Famulatur Einblick in klinische Abläufe bekommen?

6.1 Welche Abläufe waren das denn? Kannst Du mir Beispiele nennen?

6.2 Kannst Du mir deinen Arbeitsalltag während der Famulatur beschreiben?

7. Hast Du therapeutische Konzepte zur Betreuung von Patienten, die über die Abläufe auf Station hinausgehen, kennen gelernt?

7.1 Kannst Du das an einem Fall-Beispiel, dass Du selbst erlebt hast, beschreiben?

Fit für Famulatur

8. Wie hast Du das Seminar Fit für Famulatur erlebt?

8.1 Was war gut?

8.2 Was war weniger gut?

8.3 Was hättest Du noch gerne gelernt/behandelt?

9. Hat sich der Besuch des Seminars „Fit für Famulatur“ auf irgendeine Art und Weise auf deine Famulatur ausgewirkt?

9.1 Wenn ja: An welchen Stellen/Momenten/Bereichen hast Du das gemerkt?

Nachfragen zu:

- Interprofession

- Klinischen Abläufen

- Skills

10. Alles in allem: Was hat dir die Teilnahme an „Fit für Famulatur“ gebracht?

Prospektiv nächste Famulatur

11. Welche Erwartungen stellst Du nun nach der Teilnahme an Fit für Famulatur und deinen Erlebnissen in der letzten Famulatur an die nächste Famulatur?
12. Welche praktischen Fähigkeiten möchtest Du in deiner nächsten Famulatur erlernen?
13. Welche Dinge sind Dir, bezüglich deiner nächsten Famulatur besonders wichtig?
14. Gibt es etwas was Dir bezüglich deiner nächsten Famulatur Sorgen bereitet?

Daten zur Person

18. Geschlecht
19. Alter
20. Hast Du schon Berufserfahrung im Gesundheitswesen?

C) Transkriptionsregeln

Die Transkription erfolgte anhand folgender Regeln:

Tabelle 7: Transkriptionsregeln

Fall	Transkript
Interviewer spricht	„I: [...]“; nach Text neue Zeile für nächsten Redebeitrag beginnen
Proband spricht	„P: [...]“; nach Text neue Zeile für nächsten Redebeitrag beginnen
Kleine Pause (<10 Sekunden)	Je ein „.“ pro Sekunde → z.B. „...“ für 3 Sekunden Pause
Große Pause (>10 Sekunden)	- <i>Unterbrechung für XX Sekunden</i> - (XX aus Timecode der Aufnahme entnehmen)
Aktionen Dritter	- <i>Aktion</i> - → z.B. - <i>Tür wird geöffnet</i> -
Lautes Aussprechen eines/mehrerer Worte	Transkript in Großbuchstaben → z.B. „HILFE!“
Besonderheiten in Gestik/Mimik/Aussprache	(<i>Aktion</i>) → z.B. (<i>verändert Stimme</i>)
Lachen	(<i>lachen</i>)
Anmerkungen des Autors im Transkript	[Text] → z.B. „[...] in der HTC [Herz-Thorax-Chirurgie].“
Unverständliche Worte/Laute	(???)

Zur Anonymisierung:

Tabelle 8: Anonymisierungsregeln

Fall	Umgang im Transkript
Vor- oder Nachname einer Person	Änderung in anderen gebräuchlichen Personennamen → z.B. „Lisa“ → „Jenny“
Ortsnamen	Änderung in anderen Ortsnamen, ggf. frei erfunden z.B. → „Wernigerode“ → „Bergstadt“
Namen von Institutionen	Änderung in allgemeineren Begriff unter Beibehaltung des Types → z.B. „Harzkrankenhaus Wernigerode“ → „Kreiskrankenhaus Bergstadt“
Äußerungen mit Ortsbezug	Unkenntlichmachung → „Hier in Wernigerode [...]“ → „In Bergstadt [...]“
Nennung in mehreren Interviews	Personen/Orte, die in mehreren Interviews vorkommen werden <i>gleich</i> anonymisiert.

D) Zusammenfassung der Paraphrasen

Die prozessierten Paraphrasen wurden zu induktiv gebildeten Kategorien zusammengefasst. Die Zuordnung der jeweiligen Paraphrasen zu diesen kann Anhand der folgenden Farbcodierung in den Tabellen 09 und 10 nachvollzogen werden:

Tabelle 9: Farbkodierung der induktiv gebildeten Kategorien

Farbkodierung der induktiv gebildeten Kategorien					
Positives Erleben in der Famulatur	Negatives Erleben in der Famulatur	Unsicherheiten in der Famulatur	Famulatur als soziales Arrangement	Lernen in der Famulatur	Lehren in der Famulatur

Tabelle 10: Zuordnung der prozessierten Paraphrasen

Zuordnung 1	Zuordnung 2	Zuordnung 3	Interview	Prozessierte Paraphrase
			L1	Anfängliche Überforderung durch Fehlen eines Beziehungskonzepts sowie die Übernahme neuer Rollen führen zu Unsicherheit und Überforderung. Dieser Effekt wird von Studenten als normal angesehen.
			L1	Abfangen der Unsicherheit/Überforderung durch mehrstufiges Betreuungskonzept: 1. Einweisung in die verschiedenen Bereiche der Stationsarbeit durch jeweils dort tätigen Berufsgruppen; 2. Kompetenzvermittlung durch PJtler und Assistenzärzte in aufeinander aufbauenden Kompetenzebenen; 3. Motivation durch Lernerfolge, Ermutigung, Rücksichtnahme bei Nichterfolg
			L2	Verkürztes Motiv des Umgangs mit dem eigenen Kompetenzdefizit und möglichen Bewältigungsstrategien. → Trost, in Aussichtstellen eines Lernerfolges
			L2	<ul style="list-style-type: none"> Wiederkehren des Motivs des Umgangs mit dem eigenen Kompetenzdefizit und möglichen Bewältigungsstrategien. Prozess: Zunächst Überraschung → dann Unsicherheit durch Kompetenzdefizit → Anwendung von Lösungskonzepten (Verständnis, Ermutigung, Hilfsangebote) → Abbau der Unsicherheit durch Erlangen von Praxis; Lösungskonzepte hängen von Bereitschaft zur Famulaturarbeit der gesamten Station ab. Bei Unterstützung durch verschiedene Elemente der Station fällt dem Famulanten der Prozess deutlich leichter.
			L2	<ul style="list-style-type: none"> Für den Umgang mit schwierigen Kollegen muss man laut Aussage

				des Studierenden selbst kompetent sein.
			L2	<p>Komplex des Kompetenzdefizites: Hier bezogen auf fachlich-theoretische Kompetenzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zwangsläufige Wissensdefizite als Folge des Magdeburger Curriculums bei erster Famulatur. Teilweise vorklinisches Wissen, das übertragen werden kann, teilweise wurde Wissen aber einfach noch nicht gelehrt. • Führt besonders bei klinischen Fragestellungen und Tätigkeiten zu Problemen bzw. machen eine Bearbeitung vorerst unmöglich. • Das Stationsteam nimmt (sollte/kann) Rücksicht auf den individuellen Fähigkeitsstand des Famulanten nehmen, indem es ihn identifiziert und seine Verhaltensweisen adäquat anpasst.; • Studierende sehen es als normal an, dass sie bestimmte Kompetenzen im 3. SJ noch nicht besitzen können. Dies kann als Bewältigungsstrategie im Umgang mit ihrem gefühlten und von außen aufgetroffenen Kompetenzdefizit gesehen werden.
			L2	<p>Unsicherheiten bei der Durchführung praktisch invasiver Tätigkeiten lösen Ängste aus → Bewältigungsstrategie: Dazu holen von Pflegekräften; Spezieller erfahrener Pfleger als Hauptansprechpartner → zeigen Studierenden Tricks, geben Tipps → führen zu Abbau der Ängste/Unsicherheit und zu einem Lernerfolg.</p> <p>Zurückhaltende Beschreibung der Empfindungen als Angst → Stimmt nicht mit Selbstbild/Erwartungshaltung überein;</p> <p>Pflege und nicht Ärzte als Ansprechpartner → Hierarchie in Aufgabenverteilung zur Famulantenbetreuung auf Station, Umnutzung der Pflege.</p>
			L2	Frühes Aufstehen und lange Arbeitszeiten wirken belastend.
			L3	Auch wichtig für Betreuung: Nicht durch Personal angegangen werden, weil man bisher kaum Fähigkeiten hat. Hier überproportional viel Angst vor solcher Situation durch hohen Selbstanspruch.

			L3	Dissoziation Famulaturbewertung-Famulaturerleben verbunden mit relativierender Beschreibung in Kaskadenform: etwas schockierend → erschreckend.
			L3	Subjektives Erleben des Klinikalltages: <ul style="list-style-type: none"> • Mangelnde Fürsorge für Patienten als negativ erlebt. (z.B. keine Begrüßung bei Visite), • Arbeitsweise als schlecht und nicht Zielführend erlebt (Bezug → eigene Erwartungen), • Kaum funktionierende interprofessionelle Arbeit, Situation allgemein als schrecklich (→ belastend erlebt).
			L3	Es wurde als schockierend erlebt, dass Konsile nicht umgesetzt werden, weil Ärzte durch Scherze verunsichert sind und somit die Patientenversorgung besonders bei Komplikationen negativ beeinträchtigt wird.
			L3	Unangemessene Scherze über Patienten-namen, aber auch rassistischer oder sexueller Natur werden als negativ erlebt. Ein Unterbinden durch den Chefarzt findet nicht statt, im Gegenteil dieser beteiligt sich selbst an Witzeleien. Famulant ist angesichts dieser Systemik machtlos/hilflos.
			L3	Die Situation im OP wird als erschreckend und belastend erlebt, da es zu mehrfachen Fehlverhalten (gegenüber dem Patienten) seitens Pflege, Anästhesie und Ärzten auf unterschiedlichste Weise kam.
			L3	Fehlverhalten und Scherze waren an der Tagesordnung. Zwar teilweise relativiert als Extrembeispiele. Als negativ erlebt, dass Patienten Fehlverhalten miterlebt haben.
			L3	Wirtschaftliche Aspekte des Klinikalltages als neu erlebt. Unsicherheiten und negative Sichtweise bezüglich verschiedener wirtschaftlich geleiteter Prozesse wie z.B. Umsatzkontrollen nach Eingriffen oder strategischen Patientenverlegungen.
			L3	Auswahl von Famulatursetting stark beeinflusst durch Angst vor negativen Reaktionen auf Famulanten. Daher: <ul style="list-style-type: none"> • Famulatur zusammen mit Freundin, hier sogar Unterordnung des Kriteriums Fachrichtung. • Aussuchen einer vermeintlich netten Station. • Station bereits bekannt und positiv erlebt aus Curricularer LV.

				Weiterhin: Famulatur als neue Erfahrung; Famulatur zum Bilden einer eigenen Meinung über Standort.
			L4	<p>Auswahl des Faches Allgemeinmedizin wegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fehlenden Vorkenntnissen in großen Fächern welches zu größerem Vorbereitungsaufwand führen würde. • Wahrnehmung der Allgemeinmedizin als unverfänglich. <p>Gefühl bereits viele der Krankheitsbilder in der Allgemeinmedizin zu kennen und sich daher dem Fach eher gewachsen zu fühlen.</p>
			L1	<p>Wichtig für positives Famulaturerleben ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schnelles Einbinden in den Klinikalltag. • Offenes/freundliches Verhalten gegenüber Famulanten. • Erlernen von neuen Tätigkeiten. • Erlangen von Routine in erlernten Tätigkeiten. • Relativ kurze, aber dafür nicht langweilige Arbeitszeiten.
			L2	<p>Identifikation von Faktoren für positives Famulaturerleben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Freundlicher Umgang mit Personal. • Ein gutes Stationsklima ist wichtig.
			L2	<p>Einbindung in Team als Famulaturarbeit, (Überschneidung Interprofessionalität):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anbieten des Du gleich zu Beginn wird sehr positiv gesehen; • Überrascht, Student hätte mit mehr Distanz gerechnet; • 'Du' förderlich für Integration auf Station; <p>Student berichtet über Klischee des 'Fachunterschiedes' → individuelle Erwartungshaltung, durch Vorerfahrungen</p>
			L3	<p>Betreuung war gut, da das Personal freundlich war und viel gezeigt wurde.</p>
			L3	<p>Spaltung: Abläufe im Team ↔ Auswirkungen auf den Patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scherze als teilweise sehr lustig erlebt. • Andererseits ist fehlende Ersthaf-tigkeit hinderlich für gute Versorgung.
			L3	<p>Teilweise Bestätigung der schlechten Meinungen. → Widerspruch zu prinzipiell guter Famulaturerfahrung.</p>
			L3	<p>Verhältnis zum Pflegepersonal war gut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwestern freundlich.

				<ul style="list-style-type: none"> • OP-Schwestern sehr engagiert, haben gezeigt und angeleitet. • Erstaunt von freundlichem Umgang. • Aber Angst vor negativen Reaktionen aufgrund von mangelnden Fähigkeiten. <p>Aktives Bemühen um gutes Verhältnis z.B. durch Übernahme von nicht ärztlichen Aufgaben.</p>
			L3	Entkopplung Erleben des Klinikalltages vs. Famulaturerleben.
			L4	Thema der Hierarchie zweiseitig erlebt: 1. Auf Seite der Ärzte eher flach, Du wurde schnell angeboten. Hat viel Zeit mit ihnen verbracht.; 2. Schwestern/Angestellte behandeln den Studenten eher als Arzt und treten ihm mit jeweiligem Respekt/Distanz gegenüber. Dies wird als neu und etwas unangenehm erlebt, da die Rolle des Arztes noch nicht in einem solchen Maße präsent ist, wie die des Studenten. Auch spielen hier mögliche negative Erfahrungen aus dem Pflegepraktikum eine Rolle.
			L4	A) Student vorwiegend mit Ärzten zusammen, sorgt für intensives Miterleben der ärztlichen Tätigkeit. B) Nicht von Ärzten durchgeführte Tätigkeiten werden in der Praxis delegiert und gehören nicht zum Tätigkeitsfeld des Famulanten.
			L4	Junge Ärzte gut für flache Hierarchen s.u.
			L4	Famulatur an Wohnort gewünscht, da Famulatur am Heimatort (ländlich) zwangsläufig zu Kontakt mit Menschen, die aus dem Alltag bekannt sind. Untersuchung und Behandlung dieser als für beide Seiten unangenehm empfunden. Später bei heimatnaher Tätigkeit aber nicht zu vermeiden. Wunsch nicht bei eigenem Hausarzt zu famulieren.
			L4	Arztrolle noch nicht vollständig angenommen, höflicher/respektvoller Umgang als unangenehm empfunden vor Hintergrund des eigenen Ausbildungsstandes. Thematik wichtig für Studierende, gegenseitiger Austausch zur Meinungsbildung.
			L4	Gutes Verhältnis zu Schwestern/Angestellten positiv.
			L4	In Vergangenheit schlechte Erfahrungen mit Pflegepersonal. Wegen zu unkritischer Haltung Übernahme vieler wenig lehrreicher Aufgaben. Mit jetziger Erfahrung und vor dem Hintergrund der Reflektion der LZ

				würde eine andere Umsetzung erfolgen. Student selbstsicherer und fordernder.
			L6	Wenn das ärztliche Personal Zeit hat, wird dem Student viel erklärt und das Teilnehmen an elementaren Tätigkeiten des Stationsalltages wird für den Famulanten leichter.
			L6	Der Grund für die große Menge an Blutentnahmen war, dass die Ärzte sich zu wenig Zeit genommen haben, um selbst Blutentnahmen durchzuführen. Der Student führt diese Begründung allerdings nicht direkt, sondern nur indirekt, da er sich dem Ärzteteam immer noch verbunden fühlt.
			L6	Das zeitaufwendige Blutabnehmen (=Ausführen von Routineaufgaben) auf der gesamten Station wurde als negativ erlebt.
			L6	Wahrnehmung des Ärzteteams als gestresst und stark arbeitsbelastet führt zum Versuch des Famulanten die Ärzte durch seine Arbeitskraft bei Routinetätigkeiten zu entlasten. Ein Ablehnen der Durchführung, wird als theoretisch und wenig praktikabel beschrieben.
			L6	Ärzte sehen Famulanten als Entlastungskraft. Freuen sich über Hilfe und begrüßen Famulanten überschwänglich.
			L6	Die gemeinsame Einarbeitung zusammen mit ärztlichen Kollegen wird als sehr positiv wahrgenommen. Sie ist deutlich intensiver und strukturierter, als der Aufwand, der normalerweise für einen Famulanten betrieben wird. Trotz des höheren Niveaus profitiert der Famulant dennoch.
			L6	Die Anwesenheit von PJ-Studierenden wird ambivalent gesehen. Positiv ist, dass Famulanten durch sie die Möglichkeit haben, öfter Funktionsdiagnostik oder OP zu besuchen. Negativ ist indes die Befürchtung, weniger zu tun zu haben, was letztlich zu Langeweile führen kann.
			L2	Weitere Identifikation von Faktoren für pos. Famulaturerleben → hier auf individuelle Präferenzen eingehen: <ul style="list-style-type: none"> • Demonstration und Erklärung von Tätigkeiten. • Einbindung in Stationsalltag (→ auch unter Aspekt Famulaturarbeit). • Miteinbeziehung in Team (→ wieder Famulaturarbeit). • Rolle des fachlichen Interesses als Fördernder Faktor.

				<ul style="list-style-type: none"> • Richtiges Erkennen und interpretieren der Rolle des Famulanten.
			L2	<p>Individuelle Lernzielplanung und Einflussfaktoren auf diese:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Student hat bereits vor der Famulatur Lernziele reflektiert und ein Konzept zur Einordnung selbiger entwickelt. Er unterscheidet hierbei zwischen 'praktischen' und 'theoretischen' LZ. • Weiterhin hat er eine Bewertung der unterschiedlichen LZ vorgenommen und bestimmte LZ als wichtig eingestuft. • Ebenfalls hat er das zu erreichende Fähigkeitslevel ('Routine' → 'do') definiert. • Letztlich wurden die als wichtig definierten LZ mit dem gewünschten Fähigkeitslevel trainiert. • Es ergibt sich folgende Sequenz: Einordnung von LZ → Individuelle Bewertung von LZ → Definition von gewünschtem Fähigkeitslevel → Umsetzung in der Famulatur
			L2	<p>Verbindung mit Lernzielplanung, Reflexion und Einordnung der jeweiligen erlernbaren Fähigkeiten: Erneut Reflexion der Lernziele → Es fällt Bias in der Einordnung auf → starker praktisch invasiver Bezug ist hier gegeben</p>
			L2	<p>Kennenlernen der Besonderheiten der jeweiligen Fachrichtung in Abgrenzung zu anderen Fächern. Einblicke in spezifische Therapie in der Fachrichtung waren gegeben, standen aber nicht im Vordergrund. → Konzept 'Skills vor ärztlichem Handeln', 'Basic-Skills' als Alternative zur richtigen Ausbildung, oder auch einfach der kurzen Zeit geschuldet.</p>
			L3	<p>Abläufe, Strukturen und Umgang im Krankenhaus erleben ist gut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • im Pflegepraktikum bisher nur teilweise erlebt, <p>Umgang zu erleben ist positiv</p>
			L3	<p>Bürokratischer Aufwand erlebt.</p>
			L3	<p>Prozess des lebenslangen Lernens und Meilensteine in Weiterbildung am Beispiel erlebt: Scheinbar niedriger Ausbildungsstand zu Beginn der Weiterbildung → Uneigenständigkeit wurde anders erwartet, - lebenslanges Lernen verinnerlicht, aber wenig positive Perspektive hierauf</p>
			L3	<p>An praktischen Tätigkeiten subjektiv zu wenig gelernt:</p>

				<ul style="list-style-type: none"> • Infusionen anhängen, Nähen und Knoten. • Kaum Blutentnahme, körperliche Untersuchung
			L3	Im OP gelernt: Grundlegendes Verhalten und Fertigkeiten wie z.B. Einwaschen
			L3	Im Klinikalltag Einblick in grundlegende Abläufe wie z.B. Aufnahme und Entlassung bekommen.
			L3	<p>Bewertung der Famulatur als gut, trotz schlechter Erfahrungen. → Dissoziativ/Paradox.</p> <p>Weiterhin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Famulatur als zu lang erlebt; • Famulatur als ungeeignet zum Lernen von Grundlagen erlebt.; <p>Bewertung schwierig da fehlender Vergleich.</p>
			L3	Aber positiv: Vielfältigkeit durch Zugang zu OP, Station, Ambulanz → gemischtes Patientenklientel mit verschiedensten Fragestellungen.
			L3	Dissoziation Klinikalltag ↔ Famulaturerleben: Famulatur als super Erfahrung gegenüber Schrecklichem in OP und auf Station. Frage nach Grund, Verantwortung → Klinikleitung merkt selbst, dass es Probleme gibt.
			L4	Zu Beginn geringe Ansprüche an Hausarztfamulatur bedingt durch von Klinikern geschürte Vorurteile.
			L4	<p>L4 hat Rat aus FfF verinnerlicht: Studierende sollen sich vor der Famulatur überlegen, was sie lernen wollen und versuchen dies umzusetzen.</p> <p>L4 konnte dieses Konzept in der Famulatur umsetzen; Hat bewusst auf Blutentnahmen verzichtet und sich stattdessen besonders auf Patientengespräch und Untersuchung fokussiert.;</p>
			L4	Identifizierte Lernziele werden den jeweiligen Famulaturen zugeordnet. Weiterhin führt das Reflektieren der individuellen Zielsetzung eine realistischere Erwartungshaltung aufzubauen und beugt so Enttäuschungen vor.
			L4	Individuelle Lernziele können im Voraus geplant werden. Wahl der Famulaturen kann sich hiernach richten. Teilweise durch Lernzielkataloge der jeweiligen Institutionen unterstützt.
			L4	Arztbriefe als LZ für zukünftige Famulatur erkannt. Reflektion über Art des Erlernens. Planung und Priorisierung im Voraus.

			L4	Die Anwendung von Lehrinhalten aus dem Klopfkurs war möglich.
			L4	Gelernt wurden: Untersuchungstechniken, ärztliche Gesprächsführung sowie Grundkenntnisse über häufige Erkrankungen. Weiterhin wurden Abläufe und Hintergrundtätigkeiten innerhalb der allgemeinärztlichen Tätigkeit erlebt und verinnerlicht. (→ Allgemeinarzt mehr als nur Überweisung)
			L4	Vorkenntnisse aus Ausbildung/Praktikum kommen in Famulatur zu Gute. Helfen Tätigkeiten wie Blutentnahme zu entidealisieren und Tätigkeiten rationaler zu bewerten.
			L4	Famulatur sehr positiv erlebt. Eingeschränkt durch niedrige Erwartungshaltung/negative Grundhaltung.
			L4	Positive Überraschung bedingt durch: <ul style="list-style-type: none"> • Kennenlernen vieler verschiedener Tätigkeiten. • Möglichkeit zur selbstständigen Untersuchung. • Breites Spektrum der Hausärzte durch Weiterbildungen. Möglichkeiten zum Einblick in z.B. U-Untersuchungen von Kindern oder Wundversorgung
			L4	Positive Überraschung bei niedriger Erwartungshaltung.
			L6	Defizite im Bereich der ärztlichen Gesprächsführung durch zu wenig Praxis.
			L6	Die Auswahl der Famulatur erfolgt zum einen entsprechend den jeweiligen fachlichen Interessen, andererseits spielen auch zuvor individuell festgelegte Lernziele (hier hard skills) eine wichtige Rolle.
			L6	Als positiv und lehrreich erlebt wurden: <ul style="list-style-type: none"> • Eine ausführliche Visite; • Das Besprechen der Patienten vor dem Zimmer; Das Erleben der Miteinbeziehung von Patienten in therapeutische Entscheidungen;
			L6	Als positiv erlebt wurden: <ul style="list-style-type: none"> • Demonstration von Tätigkeiten in der Patientenversorgung; Assistieren bei Versorgungstätigkeiten. • Anwesenheit bei Therapien. Besuch der Funktionsdiagnostik; Eigenständiges Arbeiten wird als nicht selbstverständlich angesehen.
			L6	Beherrschen der lange durchgeführten Routinetätigkeiten.
			L6	Famulatur wird stark unterschiedlich beurteilt. Der wesentliche Unterschied ist das

				Vorhandensein von genug Personal. Es gab keine Strukturellen Änderungen.
			L6	Bestnote für zweiten Teil der Famulatur nicht ausgeschlossen. Wesentlicher Unterschied ist Vorhandensein von mehr Personal. Der Student hat ein undifferenziert positives Gesamterleben in Bezug auf seine Famulatur.
			L2	Die Famulatur wird als sehr intensiv und auch anstrengend erlebt, letztlich kann sie allerdings als gut bewertet werden. Als Gründe lassen sich identifizieren: <ul style="list-style-type: none"> • Strukturen auf Station die Famulaturarbeit begünstigen. • Individuelles fachliches Interesse.
			L2	Komplex der Aufgabenübertragung → Mittel zum Lernen → Beginn der Famulaturarbeitssequenz: Studierende sind dankbar, wenn sie Aufgaben auf Station übernehmen dürfen → hierzu brauchen und wünschen sie Anleitung → die Bereitschaft zu dieser muss allerdings seitens der jeweiligen Berufsgruppen bestehen → wenn gegeben, dann Lernerfolg
			L3	OP vs. Stationäre Tätigkeiten: A) Viel in OP zu dürfen ist gut: <ul style="list-style-type: none"> • Interessante Ops. • Kennenlernen von Abläufen. • Mitwirken durch Hakenhalten und kleinere invasive Tätigkeiten unter Aufsicht. • Nicht in jeder Famulatur gegeben, - von Ärzten gewünscht/beworben. B) Negativ an den häufigen OP-Besuchen ist: <ul style="list-style-type: none"> • Unpassend für erste Famulatur. • Wenig Grundlagentraining. • Wenig Patienteninteraktion. • Teilweise nur zugucken.
			L4	Didaktisches Konzept bei Allgemeinmedizinern: Zunächst eigenständige Anamnese und Untersuchung, dann Besprechung mit Ärzten. Supervision mit Auswertung und Ergänzungen.
			L4	Obwohl kaum Vorkenntnisse vorhanden waren, wurde die Teilnahme an Ultraschalluntersuchungen ermöglicht. Ein Lernerfolg war aufgrund des Engagements der Ärzte sowie durch die Bereitstellung von Arbeitsmaterialien möglich. Dies wurde als sehr positiv erlebt.

			L4	Sonographische und manuelle Untersuchung sowie Hausbesuche im Altenheim miterlebt.
			L4	Bessere zeitliche und personelle Voraussetzungen in Hausarztpraxis lassen mehr Raum für individuelle Betreuung und Ausbildungskonzepte.
			L6	Positives Erleben und Lernerfolg in der Funktionsdiagnostik durch engagierten Oberarzt und dessen didaktisches Konzept: <ul style="list-style-type: none"> • Demonstration und Erklärungen am Modell. • Übertragung auf den Patienten mit Anwendung. • Abfragen des Studenten → Führt zu Lernerfolg.
			L6	Kennenlernen der Versorgung im HK-Labor: <ul style="list-style-type: none"> • Zeigen der jeweiligen Strukturen. • Erklären der durchgeführten Maßnahmen, aber deutlich seltener als in der Funktionsdiagnostik.
			L6	Das dauerhafte Durchführen von Blutentnahmen (=Hilfstätigkeiten) wurde als negativ erlebt.
			L6	Außer Blutentnahmen und anderen Hilfstätigkeiten, hatte der Famulant keine regulären Aufgaben. Andere Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung fanden nur sporadisch bzw. irregulär statt.
			L6	Besserung der Routinetätigkeits-Problematik durch externen Einfluss in Form von mehr Personal. Dennoch weiterhin durchführen eines Teils der Routineaufgaben.
			L6	Student ist während der Famulatur teilweise über die normale Arbeitszeit hinaus freiwillig in der Klinik. Im Laufe der Famulatur durfte er aber auch etwas früher gehen. → Widersprüchliche Aussagen.

E) Zusammenfassung der Relevanz der Lernziele

Tabelle 11: Auswertung Leitidee 1

Interdisziplinäre klinische Abläufe verstehen				
Code Subebene 1	Zugeordnetes Lernziel	Code Subebene 2	Zugeordnetes Lernziel	Anzahl
1.1	Der Student erwirbt Kenntnis über (inter-) disziplinäre Zuständigkeiten und Handlungslogiken	1.1.1	in Bezug auf interdisziplinäre Zuständigkeiten.	42
		1.1.2	in Bezug auf disziplinäre Zuständigkeiten.	12
1.2	Der Student erwirbt Einblicke in Organisation von Diagnostik und Therapie	1.2.1	in Bezug auf organisatorische Algorithmen von Diagnostik und Therapie.	22
		1.2.2	in Bezug auf klinische Algorithmen von Diagnostik und Therapie (z.B. Indikationsstellungen als Prozess).	13
1.3	Der Student lernt typische Rahmenbedingungen ärztlichen Arbeitens z.B. im Stationsalltag oder Krankenhausalltag kennen.	-	-	12
1.4	Der Student erlebt komplexe Erkrankungen und multimorbide Krankheitsprofile als Konsultationsanlass.	-	-	4
1.5	Der Student erlebt Schnittstellenkommunikation im klinischen Setting.	-	-	6
1.6	Der Student erhält Einblick in die medizinische Dokumentation von Patienten und Befunden.	-	-	3

Tabelle 12: Auswertung Leitidee 2

Interprofessionell zusammenarbeiten				
Code Sub-ebene 1	Zugeordnetes Lernziel	Code Sub-ebene 2	Zugeordnetes Lernziel	Anzahl
2.1	Der Student nimmt die spezifischen Kompetenzen der unterschiedlichen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen wahr.	-	-	29
2.2	Der Student versteht bzw. reflektiert arbeitsteilig organisierte Prozesse	2.2.1	in Bezug auf praktische bzw. organisatorische Aspekte.	15
		2.2.2	in Bezug auf kommunikative und soziale Aspekte.	23
2.3	Der Student agiert in arbeitsteilig organisierten Prozessen.	-	-	24

Tabelle 13: Auswertung Leitidee 3

Einzelfall und systembezogenes Handeln				
Code Sub-ebene 1	Zugeordnetes Lernziel	Code Sub-ebene 2	Zugeordnetes Lernziel	Anzahl
3.1	Der Student überträgt Behandlungsstandards in die individualisierte medizinische Versorgung	3.1.1	unter Berücksichtigung des Stationsmanagements z.B. bei Knappheitsbedingungen.	37
		3.1.2	unter Berücksichtigung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen.	14
3.2	Der Student ordnet klinische Einzelfälle in die jeweiligen Behandlungspfade ein	-	-	25
3.3	Der Student berücksichtigt individuelle krankheitsbedingte, familiäre, berufliche, soziale und biografische Kontexte der Patienten.	-	-	13
3.4	Der Student ist an der Entwicklung allgemeiner ärztlicher Versorgungsprozesse beteiligt.	-	-	4