

„In erster Linie Arzt“

Erfahrungen hausärztlicher PJ-Lehrärzt:innen mit Medizindidaktik-Trainings

„Primarily Doctor“

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

Louisa Hecht¹, Marco Roos², Maria Sebastiao¹

Hintergrund

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

Methoden

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

Ergebnisse

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

Schlussfolgerungen

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

Schlagwörter

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

Background

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

Methods

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

Results

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

Conclusions

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

Keywords

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

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

² Lehrstuhl Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät der Universität Augsburg

Peer reviewed article eingereicht: 05.07.2022; akzeptiert: 08.08.2022

DOI 10.53180/zfa.2022.0390-0395

Hintergrund

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

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

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

Methoden

Stichprobe

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

Datenerhebung

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

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

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

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

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

Auswertung

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

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

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

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

Ergebnisse

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

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

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

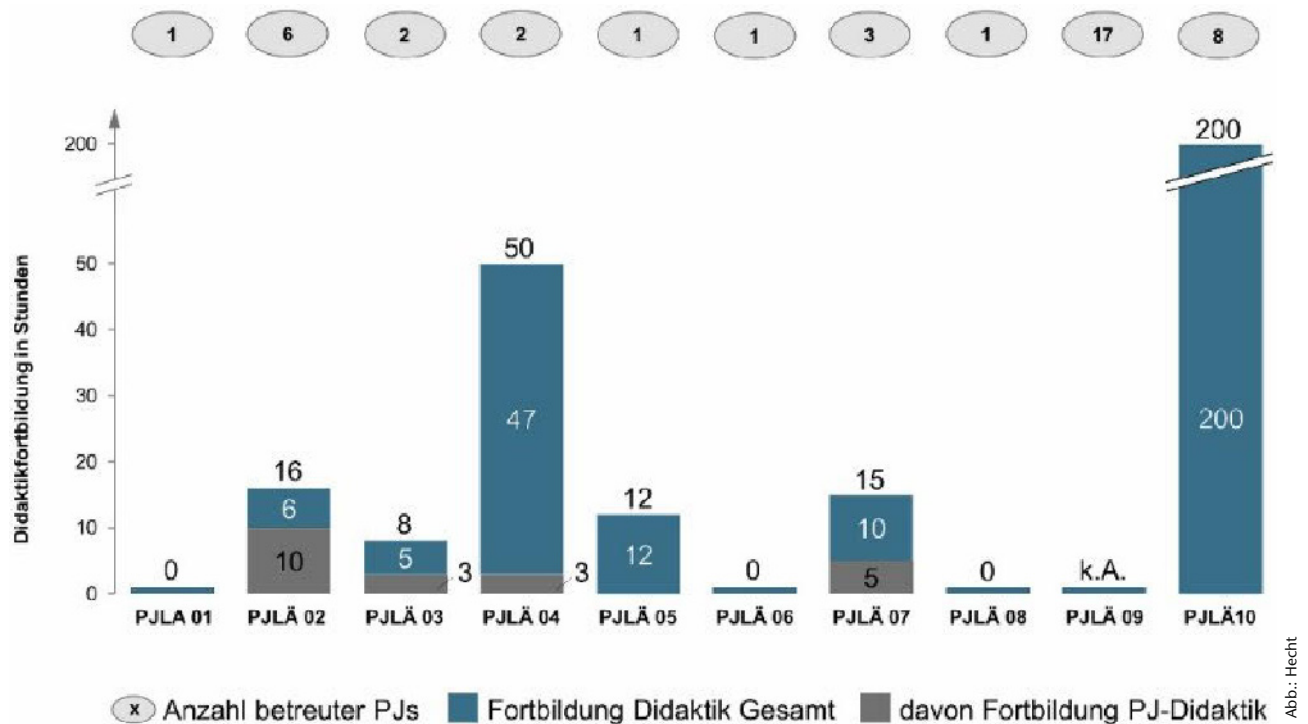


Abb.: Hecht

Abbildung 1 Didaktikfortbildungen

Bedeutung der Begriffe „Medizindidaktik“ und „Didaktikschulung“

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

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

„Die Medizindidaktik ist dazu gekommen. Das ist alles in den Kinderschuhen. Im Endeffekt.“ (PjLÄ_09, Pos. 96–98)

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

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

„Dann ist es aber wieder so, dass ich unter Didaktik eigentlich mehr das verstehe, dass ich Wissen vermittele, und ich glaube nicht, dass das [...] meine Aufgabe ist, dass ich Wissen vermittele, [...] dass eher das Lernen und der Kompetenzerwerb bei mir wichtig ist und der Kompetenzerwerb der ist in Didaktikschulungen, ich weiß nicht wo der so, so drinnen ist.“ (PjLÄ_02, Pos. 40)

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

„Aber ich meine Didaktik ist das Gleiche, ob ich's mit dem Patienten mache oder mit dem Pj-Studenten mache. Beide Male ist es so, dass ich was beitragen will, dass der andere sich weiterentwickelt.“ (PjLÄ_04, Pos. 96)

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

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

Stellenwert der Medizindidaktik in der HAP

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

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

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

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

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

Transfer neu erlernter Inhalte in die HAP

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

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

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

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

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

Gestaltung von MDS

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

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

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

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

Diskussion

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

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

Einordnung in den Literaturkontext

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

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

Limitationen

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



Louisa Hecht ...

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

Foto: Bolos Jiryis

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

Schlussfolgerung

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

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

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

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

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

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

COREQ (CONsolidated criteria for REporting Qualitative research)-Checkliste

Tabelle 1 Kategoriensystem

Interessenskonflikt

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

Literatur

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

Korrespondenzadresse

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

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

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

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

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

Tabelle 1 Kategoriensystem