

Aus der Arbeitsgruppe Reformstudiengang Medizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Definitionen von
persönlicher und professioneller Entwicklung
im Medizinstudium**

Ergebnisse einer qualitativen Befragung
von Studierenden und Lehrenden der
Medizinischen Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin

Zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Dörte Worthmann

aus Rotenburg an der Wümme

Gutachter:

1. Prof. Dr. med. Dr. h. c. D. Scheffner

2. Prof. Dr. med. S. Herzig

3. Priv.-Doz. Dr. rer. nat. H. Fliege

Datum der Promotion:

21.11.2008

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	9
1.1	Theoretischer Hintergrund	9
1.1.1	Persönlichkeit	9
1.1.2	Entwicklung	10
1.1.3	Profession (engl. profession)	11
1.1.4	Professionalisierung (engl. professionalization)	13
1.1.5	Professionalität (engl. professionalism)	14
1.1.6	Professionalismus	15
1.2	Aktueller Forschungsstand	15
1.2.1	Persönliche Entwicklung	16
1.2.2	Professionelle Entwicklung	18
2	HERLEITUNG DER FRAGESTELLUNG	24
3	METHODE	25
3.1	Theoretischer Hintergrund	25
3.1.1	Die Wahl der Forschungsrichtung: Qualitative Sozialforschung	25
3.1.2	Die Erhebungsmethode: Gruppendiskussion	25
3.1.2.1	Gruppenzusammensetzung	27
3.1.2.2	Der Diskussionsleitfaden	28
3.1.3	Das Auswertungsverfahren: zusammenfassende Inhaltsanalyse	29
3.2	Durchführung	31
3.2.1	Auswahl, Planung und Einladung der Diskussionsteilnehmer	31
3.2.1.1	Die Gruppe der Studierenden	31
3.2.1.2	Die Gruppe der Lehrenden	33
3.2.2	Entwicklung des Diskussionsleitfadens	35
3.2.2.1	Leitfaden für die Moderatoren zur Strukturierung der Gruppendiskussion mit Studierenden	36
3.2.2.2	Leitfaden für die Moderatoren zur Strukturierung der Gruppen-diskussion mit Lehrenden	37
3.2.3	Auswahl der Moderatoren	38
3.2.4	Durchführung der Gruppendiskussionen	39
3.2.5	Datenerfassung	40
3.2.6	Auswertungsschritte: zusammenfassende Inhaltsanalyse	40
3.3	Diskussion der Methode	47

4	ERGEBNISSE	49
4.1	Kategoriensystem	49
4.2	Erläuterung der Kategorien	51
4.2.1	Hauptkategorie: Persönliche Entwicklung	51
4.2.1.1	Mittelkategorie: Definition von persönlicher Entwicklung	51
4.2.1.2	Mittelkategorie: Wodurch wird persönliche Entwicklung beeinflusst?	53
4.2.1.3	Mittelkategorie: Ist die persönliche Entwicklung Aufgabe der Fakultät?	54
4.2.2	Hauptkategorie: Professionelle Entwicklung	55
4.2.2.1	Mittelkategorie: Definition von professioneller Entwicklung	55
4.2.2.2	Unterkategorie: Ökonomisches Denken und Handeln	58
4.2.2.3	Mittelkategorie: Wodurch wird professionelle Entwicklung beeinflusst?	58
4.2.2.4	Mittelkategorie: Ist professionelle Entwicklung die Aufgabe der Fakultät?	59
4.2.3	Hauptkategorie: Persönliche und professionelle Entwicklung	60
4.2.3.1	Mittelkategorie: Definition von persönlicher und professioneller Entwicklung	60
4.2.3.2	Mittelkategorie: Wodurch wird persönliche und professionelle Entwicklung beeinflusst?	60
4.2.3.3	Mittelkategorie: Zusammenhang zwischen persönlicher und professioneller Entwicklung	61
4.2.4	Hauptkategorie: Veränderungswünsche	62
4.3	Zusammenfassung der Kategorien	67
4.3.1	Hauptkategorie: Persönliche Entwicklung	67
4.3.2	Hauptkategorie: Professionelle Entwicklung	69
4.3.3	Hauptkategorie: Veränderungswünsche	71
5	DISKUSSION	73
5.1	Diskussion der Ergebnisse und Literaturvergleich	73
5.1.1	Persönliche Entwicklung	73
5.1.2	Professionelle Entwicklung	77
5.1.3	Definition von persönlicher und professioneller Entwicklung	83
5.1.4	Curriculum für persönliche und professionelle Entwicklung (personal and professional development (PPD)-Curriculum) - Anregungen für eine mögliche Umsetzung -	86
6	ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK	90
6.1	Zusammenfassung	90
6.2	Ausblick	92
7	LITERATUR	94

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Ausbildungsziele zur persönlichen Entwicklung von Medizinstudierenden	17
Tabelle 2: Definition von Professionalität in der Medizin	18
Tabelle 3: Definition ärztlicher (professioneller) Verantwortlichkeiten	20
Tabelle 4: Grundlegende Rollen und Schlüsselkompetenzen eines Facharztes	21
Tabelle 5: Definition von Professionalität in der Medizin: Werte, Verhaltensweise und Beziehung zu anderen	23
Tabelle 6: Auslosung der Studierenden im Reformstudiengang	32
Tabelle 7: Reaktionen der Studierenden im Reformstudiengang	32
Tabelle 8: Auslosung der Studierenden im Regelstudiengang	33
Tabelle 9: Reaktionen der Studierenden im Regelstudiengang	33
Tabelle 10: Auslosung der Lehrenden	35
Tabelle 11: Reaktionen der Lehrenden	35
Tabelle 12: Termine und Moderation der Gruppendiskussionen	39
Tabelle 13: Kategoriensystem zur persönlichen und professionellen Entwicklung von Studierenden und Lehrenden	50
Tabelle 14: Definition von persönlicher und professioneller Entwicklung	85
Tabelle 15: Methoden, welche die persönliche oder professionelle Entwicklung fördern	88
Abbildung 1: The Scottish Doctor: Learning Outcomes	22
Abbildung 2: Allgemeines und zusammenfassendes inhaltsanalytisches Ablaufmodell	41
Abbildung 3: Kategorie „Persönliche Entwicklung“. Verteilung aller Wortbeiträge der Studierenden und Lehrenden	68
Abbildung 4: Kategorie „professionelle Entwicklung“. Verteilung aller Wortbeiträge der Studierenden und Lehrenden	70
Abbildung 5: Kategorie „Veränderungswünsche“. Verteilung aller Wortbeiträge der Studierenden und Lehrenden	72

Vorwort

Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit war die Diskussion über ‚personal and professional development‘ im Medizinstudium auf der europäischen Konferenz INTERNATIONAL COLLABORATION FOR UNDERGRADUATE MEDICAL EDUCATION IN COMMUNICATION, CLINICAL SKILLS, PERSONAL AND PROFESSIONAL DEVELOPMENT 2002 in Edinburgh/ Großbritannien. Dabei stellte sich heraus, dass die Teilnehmer der Konferenz unterschiedliche Vorstellungen und Definitionen zu diesem Gegenstand hatten. Als ein Ergebnis der Tagung wurde daraufhin beschlossen, eine gemeinsame europäische Definition über ‚personal and professional development‘ anzustreben, um darauf aufbauend Grundzüge eines gemeinsamen Curriculums für diesen Bereich zu entwickeln.

Aktuell haben bereits viele europäische Universitäten entsprechend ihrem Verständnis ‚personal and professional development‘ in ihren Curricula ergänzt und in die medizinischen Studienpläne implementiert. Ein Beispiel für eine solche Umsetzung sind die Medizinischen Fakultäten in Schottland, die sich auf den „Scottish Doctor“ beziehen (The Scottish Deans' Medical Curriculum Group, 2000a). Darüber hinaus gibt es im anglo-amerikanischen Raum bereits seit Ende der 80er bzw. Anfang der 90er Jahre eine breit gefächerte Diskussion über die Auslegung und Umsetzung von ‚personal and professional development‘ in der ärztlichen Weiterbildung. Das Hauptwerk dieser internationalen Diskussion stellt das PROJECT PROFESSIONALISM des AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE dar (American Board of Internal Medicine (ABIM), 1995), welches u. a. 2002 im Lancet (Medical Professionalism Project, 2002) und im Annals of Internal Medicine (Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation and European Federation of Internal Medicine, 2002) ihre Arbeit veröffentlicht hat (vgl. auch Schröder und Raspe, 2006; Köbberling, 2003 und Bauer, 2003).

Die Diskussion über persönliche und professionelle Entwicklung wird im deutschsprachigen Raum nur punktuell geführt. Außerdem sind an deutschsprachigen Universitäten bis dato keine Curricula implementiert, die explizit die persönliche und professionelle Entwicklung von Medizinstudierenden zur Aufgabe haben. Eine weitere Chance für dieses Thema bietet der Bologna-Prozess, dessen Ziel die Schaffung eines gemeinsamen europäischen Hochschulraumes ist. Dabei bietet die Implementierung eines zweistufigen Systems mit einem Bachelor- und Masterstudiengang die Möglichkeit, aber auch

die Notwendigkeit, Ausbildungsinhalte im Medizinstudium neu zu definieren. Um in dieser aufkeimenden Diskussion einen Beitrag zu einer einheitlichen Definition zum Thema persönliche und professionelle Entwicklung von Medizinstudierenden im deutschsprachigen Raum zu leisten, wurde dieses Thema als Gegenstand der Promotion gewählt.

Anmerkung zur formalen Gestaltung

Für die folgende schriftliche Darlegung gilt, dass aus Gründen besserer Lesbarkeit nur die Verwendung der männlichen Form der Bezeichnung von Personen gebraucht wurde. Mit dieser Bezeichnung sind jedoch in jedem Fall jeweils weibliche und männliche Vertreter dieser genannten Gruppen gemeint, also beispielsweise Studentinnen und Studenten. Diese Art der Darstellung sollte nicht als Form von Benachteiligung der weiblichen Form verstanden werden, sondern unterliegt lediglich pragmatischen Überlegungen der schriftlichen Gestaltung.

1 Einleitung

1.1 Theoretischer Hintergrund

Da sich die vorliegende Arbeit mit dem Gegenstand ‚persönliche und professionelle Entwicklung‘ beschäftigt, folgt an dieser Stelle ein Überblick über den theoretischen Hintergrund. Dazu werden verwandte oder damit zusammenhängende Begriffe wie Persönlichkeit, Entwicklung, Profession, Professionalisierung, Professionalität und Professionalismus aus Sicht sowohl der medizinischen Soziologie und Psychologie als auch der Pädagogik kurz umrissen. Dabei wird auch auf die englischsprachigen Definitionen von ‚profession‘, ‚professionalization‘ und ‚professionalism‘ eingegangen.

1.1.1 Persönlichkeit

In der Psychologie und Soziologie wird Persönlichkeit als „relativ stabile, zeitlich überdauernde, aber gleichzeitig dynamische, d.h. in Wandlung und Entwicklung begriffene Organisation der Eigenschaften, Gewohnheiten, Einstellungen, Motivation, Gefühle [und] Interessen [...] einer Person bezeichnet, die durch die Interaktion der biologischen, primären Triebe des Individuums mit und ihre Anpassung an die soziale und physische Umwelt zustande kommt“ (Klima, 1995, S.492). Dabei beschäftigt sich die Persönlichkeitsforschung (oder auch differentielle Psychologie) mit den angeborenen und durch die Biographie angeeigneten Eigenschaften einer Person, die Soziologie richtet ihren Blickwinkel auf die soziokulturellen Einflüsse, denen ein Individuum unterworfen ist.

Die Psychologie hat unterschiedliche Modelle entwickelt, welche die Erstehung von Persönlichkeitseigenschaften eines Menschen erklären: Die Persönlichkeitstheorie oder auch Trait-Theorie versucht, das beobachtbare Verhalten einer Person durch eine vermutete oder nachgewiesene Eigenschaft zu erklären, während die Situationstheorie das Verhalten auf die jeweilige stimulierende Umgebung des Menschen bezieht (vgl. Rosemeier and Saupe, 1991, S.85 und Herkner, 1996, S.124ff). ROSEMEIER nennt dafür ein sehr anschauliches Beispiel: Jemand lernt, weil er fleißig ist. Hierbei bezieht sich der Autor auf die *Eigenschaft* des Lernenden. Oder jemand lernt, weil er eine Prüfung absolvieren muss. Hierbei ist die *Umgebung* oder *Situation* Ursache für das Verhalten.

Die Persönlichkeitsforschung versucht Eigenschaften ausfindig zu machen, innerhalb denen Menschen sich voneinander unterscheiden; gleiche Merkmale oder einzigartige Eigenschaften sind dabei weniger relevant. Man vermutet, dass jede Person alle Eigenschaften in sich trägt, diese nur eine individuell unterschiedlich starke Ausprägung haben. Diese Eigenschaften werden als *typisch* bezeichnet. Die unterschiedlichen Ausprägungen wiederum prägen unsere Gedanken, Gefühle, Einstellungen und Verhaltensweisen. Persönlichkeit kann somit als die bei jedem Individuum einmalige Kombination der Ausprägungen von typischen Eigenschaften definiert werden.

1.1.2 Entwicklung

ROSEMEIER beschreibt die psychische Entwicklung als einen „Prozess fortlaufender charakteristischer Veränderungen der Erlebens- und Verhaltensweisen, dem Personen im Laufe ihrer Biographie unterworfen sind“ (Rosemeier und Habermas, 1991, S.146). Dieser Prozess wird durch Reifung und Lernen bedingt und umfasst ein ganzes Menschenleben beginnend bei der Entstehung bis hin zum Tod. Dabei sei unter Lernen eine Verhaltensänderung zu verstehen, „die auf die Umwelteinflüsse des lernenden Individuums und auf seine Anpassung an diese zurückzuführen“ ist (Rosemeier, 1991, S.61). Entwicklung ist immer auf ein Ziel gerichtet, während Lebensbedingungen entweder förderlich oder hemmend auf die Person und dessen Entwicklung wirken können. WERNER sagt dazu, dass „Entwicklung von einem Zustand der relativen Globalität und Undifferenziertheit fort zu einem Zustand der zunehmenden Differenziertheit, Artikuliertheit und hierarchischen Integration“ schreitet (Werner, 1959, S.126).

Die pädagogische Psychologie sieht in der Entwicklung von Eigenschaften bzw. Merkmalen zwei unterschiedliche Ursachen: zum einen den Einfluss der Gene, der vor allem in den ersten Entwicklungsjahren dominiert und zum anderen den der Umwelt, der mit der Kindheit stetig zunimmt (vgl. Gruber, et al., 2001, S.105ff). In der Psychologie wird neben der klassischen Entwicklungspsychologie, die vor allem durch PIAGET beeinflusst wurde, auch das so genannte ‚life span development‘ als Forschungszweig verfolgt, das sich beispielsweise mit unterschiedlichen Lebens- oder Entwicklungsabschnitten wie z.B. dem Alter auseinandersetzt. Insgesamt beschäftigt sich die neuere Entwicklungspsychologie laut GRUBER „nicht nur [mit] Veränderungen und Stabilitäten über die gesamte Lebensspanne [...]. Sie untersucht [auch] intraindividuelle Entwicklungen und

interindividuelle Unterschiede in den Veränderungen bzw. Stabilitäten sowie Entwicklungen in Abhängigkeit von bzw. im Wechselspiel mit Umweltbedingungen oder Kontextfaktoren“ (Gruber, et al., 2001, S.130).

Die Soziologie beschäftigt sich neben der Entwicklung einer Gesellschaft oder einer ihrer Untergruppierungen auch mit der individuellen Persönlichkeitsentwicklung. Dabei bezeichnet die Soziologie jede Entwicklungsform als einen Prozess des Fortschrittes. Die Persönlichkeitsentwicklung geht von der Annahme aus, dass eine Entwicklung mit der Geburt beginnt und mit dem Tod endet. Einfluss auf diese Entwicklung nehmen zum einen der individuelle biologische Reifungsprozess und zum anderen gesellschaftliche und ökologische Umweltfaktoren. Eine rein genetische Determinierung wird ausgeschlossen. Ausschlaggebend für die Entwicklung ist, dass sich das Individuum aktiv mit der Umwelt auseinandersetzt. Zusammen führt dies zur Ausformung physiologisch und psychosozialer Individuen (vgl. Kerkhoff und Pflüger, 1999).

1.1.3 Profession (engl. profession)

Eine erste ausführliche Diskussion über die Definition von ‚profession‘ wurde durch den Soziologen FREIDSON in den 1970er Jahren hervorgerufen. In seinem Buch „Profession of Medicine“ postuliert er, dass die heutige Medizin der Prototyp einer Profession sei. Als herausragendes Kriterium für die Bildung und Beibehaltung einer Profession allgemein nennt er die organisierte und legitime Autonomie einer Berufsgruppe, die eigene Arbeit zu kontrollieren. Dies beinhaltet das Recht zu bestimmen, wer die Arbeit durchführt und wie diese Arbeit durchgeführt werden soll, also auch die Ausbildung von Medizinern. Dabei wird die Bewertung der Tätigkeit von Medizinern von außerhalb der Berufsgruppe Stehenden explizit nicht gewünscht (vgl. Freidson, 1988, S.71ff). In Hinblick auf die ärztliche Tätigkeit konkretisiert er den Begriff ‚profession‘ mit folgenden Substantiven: Überlegenheit („preeminence“) bedingt durch Prestige und Expertenautorität („expert authority“), die sich wiederum in dem medizinischen Wissen von Krankheit und Behandlung widerspiegelt; das alleinige Definitionsmonopol von Krankheit und deren Behandlung und die hohe, öffentliche Anerkennung („prestige [...] in the public minds“) (vgl. Freidson, 1988, S.5ff). Zusätzlich nimmt FREIDSON eine Einteilung in beratende und wissenschaftliche Professionen vor, wobei sich der Berater durch den Kontakt mit einer Klientenschaft definiert und der Wissenschaftler durch seine Forschungstätigkeit. Der

praktizierende Mediziner stellt also eine beratende Profession dar, seine Tätigkeit kann als eine personenbezogene bezeichnet werden. Der rein forschende Arzt nimmt eine wissenschaftliche Position ein.

In der deutschsprachigen Literatur deckt sich die Definition von Profession mit den Überlegungen von FREIDSON. Ursächlich dafür ist, dass FREIDSON in der Begriffsbestimmung von Profession („profession“) weltweit eine herausragende Rolle eingenommen, und somit auch die deutschsprachige Diskussion stark beeinflusst hat (vgl. Schubert, et al., 2005). Im Lexikon zur Soziologie wird beispielsweise von BÜSCHGES Profession wie folgt beschrieben: „Ein für die Gesellschaft relevanter Dienstleistungsberuf mit hohem Prestige und Einkommen, der hochgradig spezialisiertes und systematisiertes, nur im Laufe langer Ausbildung erwerbbares technisches und/oder institutionelles Wissen relativ autonom und kollektivorientiert anwendet“ bezeichnet (Büschges, 1995a, S.521). Eine konkretere Beschreibung, bezogen auf die ärztliche Profession, findet man bei HOHNER, der fünf Aspekte nennt, die die Medizin seiner Meinung nach zu einer Profession werden lässt. Zusammengefasst sind dies die fachliche Kompetenz, die durch eine wissenschaftliche Ausbildung erworben wird; spezielle Zulassungsverfahren (zum Studium, den ärztlichen Prüfungen und der Approbation); ärztliche Leistungen, wie die medikamentöse Therapie, die nur durch die Ärzteschaft erbracht werden darf; autonome Qualitätskontrolle und die Legitimation der ärztlichen Tätigkeit durch einen sozialen Wert: der Bekämpfung von Krankheit (vgl. Hohner, 1997, S.6f). BOLLINGER nimmt eine Unterscheidung zwischen Beruf und Profession vor und bezieht sich in seiner Ausführung auf die ärztliche Profession. Dabei bezeichnet er als führende Unterscheidungskriterien zwischen Beruf und Profession die Entwicklung und Formung einer Persönlichkeit durch die Berufstätigkeit, die Motivation der inneren Berufung, das Erfahrungswissen neben dem im Studium und Weiterbildung angeeigneten Fachwissen, die berufliche Sozialisation durch das Lernen am Modell und wiederholte Prüfungen (vgl. Bollinger und Hohl, 1981 und Siegrist, 1995, S.227ff). Darüber hinaus ist der Grad der Professionalisierung ein weiterer Unterschied zwischen Beruf und Profession. Dieser Begriff wird im nächsten Kapitel erläutert.

1.1.4 Professionalisierung (engl. professionalization)

Professionalisierung kann sowohl auf der institutionellen bzw. berufssoziologischen und als auch auf der individualbiographischen Ebene stattfinden (vgl. Terhart, 1996 nach Ziegler, 2004, S.15). Bezogen auf die Institution bedeutet dies, dass eine „Spezialisierung und Verwissenschaftlichung von Berufspositionen aufgrund gestiegener Anforderungen an das für die Berufsausübung erforderliche Fachwissen“ entsteht (Büschges, 1995b, S.521). Dies geht meist mit einer Höherqualifikation des Ausbildungsberufes und einer Anhebung der Qualifikation einher. Infolgedessen können sich das Prestige und das Einkommen des Berufes steigern (vgl. Büschges, 1995b, S.521). Beispielsweise fand die ärztliche Professionalisierung in Deutschland laut SIEGRIST ab Mitte des 19. Jahrhunderts durch die „zunehmende Medikalisation der Gesellschaft statt, das heißt mit der Ausweitung eines Marktes für medizinische Dienstleistung, und mit den sozialstaatlichen, auf Gesundheit ausgerichteten Interventions- und Daseinversicherungsinteressen“ (Siegrist, 1995, S.228). Infolgedessen besitzt die deutsche Ärzteschaft heute ein großes Maß an beruflicher Autonomie (vgl. Siegrist, 1995, S.234ff und Freidson, 1988).

Auf der individuellen Ebene bedeutet Professionalisierung der Weg vom Laien zum Professionellen. Dabei wird von dem Verständnis ausgegangen, dass Professionalisierung nicht nur als das Ziel des Berufsstandes verstanden, sondern auch durch professionelles Handeln jedes einzelnen Professionellen erreicht werden kann (vgl. Ziegler, 2004, S.16). Dies wiederum setzt professionelle Handlungskompetenz des Berufstätigen bzw. -ausübenden voraus. SCHÄMANN untergliedert die Handlungskompetenz in instrumentelle und soziale Kompetenzen. Dabei wird unter instrumenteller Kompetenz die Kenntnis oder Fertigkeit verstanden, die man benötigt, um naturwissenschaftliche oder technologische Erkenntnis praktisch anzuwenden (vgl. Arnold, 1983 nach Schämamnn, 2005, S.38) und unter sozialer Kompetenz, die gerichtete Interaktion zwischen Menschen, die ein bestimmtes Ziel verfolgt, wie beispielsweise ein Aufklärungsgespräch zwischen Arzt und Patient. SCHÄMANN sagt dazu, dass vor allem „Berufe, die den menschlich orientierten Professionen zugeordnet werden können, [...] [eine] doppelte Kompetenz der instrumentellen und menschlichen, sozial-moralischen Kompetenz aufweisen“ müssen (Schämamnn, 2005, S.38). Diese professionelle Handlungskompetenz, die instrumentelle und die soziale, wird laut SCHÄMANN wiederum eng verwoben mit dem Begriff Professi-

onalität (vgl. Schämam, 2005, S.38). Das bedeutet, dass Professionalität eine positive Ausprägung individueller Professionalisierung ausmacht.

Die berufssoziologische als auch die individualbiographische Ebene der Professionalisierung wird laut ZIEGLER durch die Berufskultur der jeweiligen Profession beeinflusst. Die Berufskultur wiederum wird durch das äußere Bild oder auch Image gebildet, welches Außenstehende von der Profession haben und durch das „kollektive Selbstverständnis der BerufsinhaberInnen“, welches durch typische Interaktionsnormen, Gratifikationsstrukturen und berufseigenes Wissen geprägt ist. Dabei „dürfte das in der Praxis vorherrschende kollektive Selbstverständnis unmittelbar die berufliche Sozialisation des Nachwuchses beeinflussen“ (Ziegler, 2004, S.21).

1.1.5 Professionalität (engl. professionalism)

Laut SCHÄMANN umschließt Professionalität prinzipiell die Begrifflichkeiten „Wissen, Können und Reflexion“ (Schämam, 2005, S.39). Dies bedeutet, dass Professionalität nicht nur aus der Reproduktion von Fachwissen entsteht, sondern immer ein Zusammenspiel von allen drei genannten Ebenen mit gegebenenfalls unterschiedlichen Schwerpunkten beinhaltet. SCHÄMANN identifiziert als zentralen Ort von Professionalität die direkte Interaktion zwischen zwei oder mehr Menschen, in welcher OEVERMANN die Theorie und Praxis miteinander verknüpft sieht (vgl. Schämam, 2005 und Oevermann, 1996 nach Schämam, 2005, S.41). Weiterführend tritt professionelles Handeln in neuen und unerwarteten Situationen auf, in denen routiniertes Handeln nicht mehr zu einer zufrieden stellenden Lösung des Problems führt (vgl. Schämam, 2005, S.41). Um dieses Problem bewältigen zu können, benötigt der Professionelle neben Fachkenntnissen und Fertigkeiten, die auf die jeweilige Situation übertragen werden, auch reflexive Fertigkeiten, um die Situation jenseits des Routinealltags einschätzen zu können (vgl. Schön, 1983). Professionelles Handeln vereint demnach immer situationsbedingtes Wissen, dazugehörige, alltagsnahe Fertigkeiten und eine die Situation beurteilende und vorausschauende Fähigkeit (vgl. Nittel, 2000 nach Schämam, 2005, S.41). Das heißt, dass ein professioneller Umgang mit neuen Situationen den „Erwerb eines erfahrungswissenschaftlichen Habitus, verbunden mit dem Erwerb des erforderlichen Begründungswissens, und danach [den] Erwerb der professionellen Handlungskompetenz unter Anleitung eines erfahrenden Mentors“ erforderlich macht. (Ziegler, 2004, S.15).

Faktische Umsetzung findet dieser Professionalisierungsprozess beispielsweise in der universitären Ausbildung von Ärzten und der Tätigkeit als Famulus bzw. der daran anschließenden Assistentenzeit statt. Letzteres kann auch als ein Lernen am Modell bezeichnet werden, indem beispielsweise der Famulus den Stationsarzt in einem Gespräch mit einem Patienten beobachtet, Teile daraus antizipiert und in sein eigenes Handlungsrepertoire übernimmt. SIEGRIST bezeichnet diesen Prozess des Lernens am Modell als einen Teil der ärztlichen Sozialisation, den jeder Medizinstudent und Arzt in seiner Aus- und Weiterbildung durchläuft. Dieser Sozialisationsprozess stellt neben der Vermittlung von Wissen und spezifischen Fertigkeiten durch die Universität einen wichtigen Bestandteil in der Entwicklung und Verinnerlichung der ärztlichen Rollennorm dar (vgl. Siegrist, 1995, S.238ff).

1.1.6 Professionalismus

Unter Professionalismus wird aus soziologischer Sicht eine Berufsauffassung definiert, die eine wissenschaftliche Ausbildung voraussetzt, in der Spezialistenwissen vermittelt wird und in beruflicher Autonomie gearbeitet wird (vgl. Büschges, 1995c, S.521).

1.2 Aktueller Forschungsstand

In diesem Kapitel werden anhand von aktuellen Veröffentlichungen aus dem Gebiet der medizinischen Ausbildung die Themenkomplexe persönliche Entwicklung und professionelle Entwicklung erläutert. Dazu wurde eine Literaturrecherche in PubMed (Datenbank der National Library of Medicine and the National Institutes of Health) mit den Suchbegriffen ‚personal and professional development‘, ‚personal development‘, ‚professional development‘ jeweils in Kombination mit ‚medical education‘ durchgeführt und relevante Artikel der vergangenen elf Jahre von 1996 bis 07/2007 herangezogen. Einbezogen in die Literaturrecherchen wurden Überblicksartikel, Reviews und Veröffentlichungen, die von Expertengruppen geschrieben worden sind bzw. sich mit einem Kurskonzept für die persönliche Entwicklung und professionelle Entwicklung beschäftigt. Diese wurden durch Literatur aus der Entwicklungspsychologie ergänzt.

1.2.1 Persönliche Entwicklung

Die Persönlichkeitsentwicklung wird in der psychologischen Forschung von unterschiedlichen Seiten betrachtet. Die drei wesentlichen Ansätze werden im Folgenden kurz beschrieben. Die bereits in der Einleitung erwähnte Trait-Theorie versucht Persönlichkeitsmerkmale auszumachen, die sich in unterschiedlicher Ausprägung in allen Altersstufen wiederfinden lassen. Dagegen geht der stadienorientierte Ansatz davon aus, „dass Veränderungen der Erwachsenenpersönlichkeit sich als Folge der für die einzelnen Stadien der Lebensspanne typischen Entwicklungsaufgaben ergäben und dass diese Stadienübergänge nur lose an bestimmte Lebensalter gebunden seien“ (Filipp und Schmidt, 1995, S.471). Ein Resultat dieses Ansatzes ist, dass Persönlichkeit entgegen den herkömmlichen Annahmen im Erwachsenenalter nicht stabil ist, sondern dass lediglich mit Zunahme des Alters Entwicklungskrisen immer besser gelöst werden können. Als dritter Ansatz beschäftigt sich das kontextuelle Modell mit Lebenssituationen, die die Persönlichkeitsentwicklung jedes Einzelnen formen. Das Forschungsinteresse besteht vor allem in der Erwerbstätigkeit des Menschen. Ein Ergebnis dieses Ansatzes ist dabei, dass die Berufstätigkeit eines Menschen eine bedeutsame Rückwirkung auf sein Verhalten und Erleben besitzt und damit eine wesentliche Sozialisationsbedingung im Erwachsenenalter darstellt. Ein anderes Ergebnis besagt, dass Kompetenzen und Verhalten, die durch den individuellen Beruf vermittelt und geprägt werden, auf den außerberuflichen Alltag übertragen werden.

Ein weiterer Bereich der psychologischen Forschung beschäftigt sich mit den Zusammenhängen zwischen Erwerbstätigkeit und Persönlichkeit. Dabei setzt sich die Psychologie beispielsweise mit der Frage auseinander, ob bestimmte Personenmerkmale mit bestimmten Berufsmerkmalen korrelieren; oder ob eine Persönlichkeit durch den Beruf beeinflusst werden kann oder ob die Entwicklung bereits vor Berufseintritt determiniert ist. Dazu hat eine Studie von KOHN und SCHOOLER 1983 gezeigt, dass „Entwicklung [...] nicht im Sinne einer einseitigen Determination begriffen werden kann, sondern sich Arbeits- und Persönlichkeitsmerkmale gegenseitig beeinflussen und sich dabei zugleich verändern“ (Kohn und Schooler, 1983 nach Hoff, 1995, S.426).

In der Literatur, die sich mit der Ausbildung von Medizinstudierenden beschäftigt, setzen sich nur wenige Autoren mit der Definition von ‚personal development‘ bzw. persönlicher Entwicklung auseinander. Von insgesamt 70 relevanten Artikeln wird in nur zwei von

ihnen eine Begriffsbestimmung vorgenommen. Der bedeutsamste Artikel ist die Veröffentlichung der SCOTTISH DEANS' MEDICAL CURRICULUM GROUP über die "Learning Outcomes for the Medical Undergraduate in Scotland: A foundation for competent and reflective practitioners" (vgl. The Scottish Deans' Medical Curriculum Group, 2000a). In der Präambel der „Outcomes for Personal development“ stellen die Autoren fest, dass die persönliche Entwicklung jedes einzelnen Studierenden im großen Maße von der zugrunde liegenden Persönlichkeit und der Lebenserfahrung außerhalb der Universität geprägt ist, und einen anhaltenden, lebenslangen Prozess darstellt. Dabei sehen die Autoren einige Elemente der persönlichen Entwicklung als besonders wichtig für Medizinstudierende an und bezeichnen diese explizit als Ausbildungsziele („learning outcomes“) für das Medizinstudium (siehe Tab. 1).

Tabelle 1: Ausbildungsziele zur persönlichen Entwicklung von Medizinstudierenden (Basis für einen kompetenten und reflektierten Arzt)

- Fähigkeit zur Selbsterkenntnis und Selbsterfahrung
- Befähigung, seine eigenen Grenzen zu kennen
- Befähigung, sich Wissen anzueignen
- Befähigung zu lernen
- Achtsamkeit und Sorge um sich selbst, im privaten wie auch im beruflichen Leben
- Wahrnehmen und Planen der Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten
- Aufrechterhalten einer hohen Motivation
- Zeigen von hohem Engagement und Verbindlichkeit

(aus: The Scottish Deans' Medical Curriculum Group, 2000a)

Ein zweiter Artikel beschreibt ‚personal development‘ dagegen aus pädagogischer Sichtweise und nimmt weniger eine konkrete Definition vor. TAYLOR postuliert, dass die persönliche Entwicklung ähnlich dem Prozess des Lernens ist und veranschaulicht dies anhand eines Kreislaufes: Das Lernen beginnt mit einer Frage, die sich das Individuum stellt. Als nächster Schritt folgt das Sammeln von Informationen, dann die Integration der neuen Information in das bestehende System, welches letztendlich zu einer Änderung des Wissens bzw. zu Wissenszuwachs führt. Einen vergleichbaren Prozess durchläuft das Individuum während der persönlichen Entwicklung. Nach einer internen Analyse und Reflektion einer bestimmten Situation sammelt das Individuum Informationen zu dieser z.B. über Literatur, Unterricht, Gespräch oder Feedback durch einen Zweiten. Danach wird die neue Information in das eigene (Werte-) System integriert und führt zu

einer Veränderung oder Bekräftigung des Verhaltens. TAYLOR geht davon aus, dass professionelle Entwicklung ein Teil der persönlichen Entwicklung ist (vgl. Taylor, 1999).

1.2.2 Professionelle Entwicklung

In der Literatur für medizinische Ausbildung findet sich für professionelle Entwicklung bzw. ‚professional development‘ keine konkrete Definition. Vielmehr beschäftigen sich die einschlägigen Publikationen mit der Bestimmung des Begriffes ‚(medical) professionalism‘ innerhalb der medizinischen Aus- und Weiterbildung. Wie oben bereits beschrieben kann diese Begrifflichkeit im Deutschen am ehesten mit Professionalität oder auch professionellem Verhalten oder Handeln übersetzt werden (vgl. Schubert, et al., 2005). In dieser Diskussion bilden fünf Veröffentlichungen von nationalen und internationalen medizinischen Gesellschaften bzw. Zusammenschluss von Universitäten aus dem angloamerikanischen Raum den Mittelpunkt, die von anderen Autoren immer wieder zitiert werden. Im Folgenden werden deren fünf unterschiedlichen Definitionen von ‚(medical) professionalism‘ kurz erläutert.

Die erste Publikation über ‚professionalism‘ veröffentlichte das AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE (ABIM) 1995 mit dem Titel „Project Professionalism“ (American Board of Internal Medicine (ABIM), 1995). Die Autoren geben darin sechs Aspekte von ‚professionalism in medicine‘ an (siehe Tab. 2).

Tabelle 2: Definition von Professionalität in der Medizin

- **Altruism:** Altruismus steht im Mittelpunkt von *professionalism* und bedeutet, dass ein Arzt immer im Sinne des Patienten und nicht nach seinen eigenen Interessen handelt
- **Accountability:** sich für jeden einzelnen Patienten, für die Gesellschaft und den Berufsstand insgesamt verantwortlich fühlen
- **Excellence:** sich zu Exzellenz und lebenslangem Lernen verpflichtet zu fühlen
- **Duty:** die Verpflichtung, sich für den Patienten, die Gesellschaft und den Berufsstand zu engagieren, auch wenn dies mit persönlichen Risiken einhergehen kann
- **Honor and integrity:** Fairness und Verlässlichkeit, sowohl in persönlicher als auch professioneller Hinsicht
- **Respect for others:** mit anderen (z.B. Patienten, Pflegepersonal etc.) respektvoll umgehen

(aus: American Board of Internal Medicine (ABIM), 1995)

Im Jahr 2002 folgt eine zweite Veröffentlichung des AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE zusammen mit der AMERICAN SOCIETY OF INTERNAL MEDICINE und der EUROPEAN FEDERATION OF INTERNAL MEDICINE im Lancet bzw. Annals of Internal Medicine (Medical Professionalism Project, 2002; Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine, 2002). In einer Präambel, die der Definition von ‚professionalism‘ vorausgeht, postulieren die Autoren, dass ‚professionalism‘ als *die* Basis des Gesellschaftsvertrages zwischen Ärzteschaft und Gesellschaft zu sehen ist. Dieser besagt, dass die Interessen der Patienten über denen der Ärzte stehen, dass einheitliche Standards in der ärztlichen Kompetenz vereinbart und beibehalten werden müssen, und dass die Ärzteschaft der Gesellschaft als Fachexperten zur Verfügung steht. Im Austausch dazu erhalten die Ärzte das Vertrauen der Gesellschaft, welches jedoch im großen Maße von jedem einzelnen Arzt und der Ärzteschaft insgesamt abhängig ist. An die Präambel schließen drei grundlegende Prinzipien für Ärzte an: erstens die Fürsorge für den Patienten, zweitens der Respekt gegenüber der Patientenautonomie und drittens die Förderung der Gerechtigkeit im Gesundheitssystem. Damit beziehen sich die Autoren auf die Prinzipienethik nach BEAUCHAMP und CHILDRESS (vgl. Beauchamp and Childress, 2004 und Marckmann, 2000). Es folgt eine Auflistung *der* ärztlichen (professionellen) Verantwortlichkeiten aus Sicht des MEDICAL PROFESSIONALISM PROJECTS (siehe Tab. 3).

Tabelle 3: Definition ärztlicher (professioneller) Verantwortlichkeiten

Ärzte haben die Verpflichtung

- zu fachlicher Kompetenz, um eine qualitativ hohe Versorgung zu gewährleisten (dies kann beispielsweise durch lebenslanges Lernen erreicht werden);
- sicher zu stellen, dass jeder Patient vollständig und wahrheitsgemäß aufgeklärt worden ist, um eine eigene Entscheidung über eine Behandlung treffen zu können;
- das Vertrauen jedes einzelnen Patienten zu gewinnen (und gegebenenfalls in dessen Sinne zum Wohle des Patienten zu entscheiden und zu handeln);
- eine angemessene Beziehung mit den Patienten zu pflegen;
- die Behandlung und Versorgung des Patienten als auch den Zugang zu einer Behandlung ständig zu verbessern;
- sicher zu stellen, dass begrenzte Ressourcen im Gesundheitssystem gerecht verteilt werden;
- wissenschaftliche Forschung zu fördern und den adäquaten Umgang mit dem neuen Wissen zu sichern;
- bei der Verhandlung und Schlichtung von Interessenskonflikten mit und zwischen Patienten, Pflege, aber auch Krankenkassen, pharmazeutischen Firmen etc. das Vertrauen aller Parteien zu er- und behalten;
- respektvollen und kollegialen Umgang mit anderen Berufsgruppen und innerhalb des Berufsstandes zu pflegen.

(aus: Medical Professionalism Project, 2002; Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine, 2002; in deutscher Übersetzung vgl. Bauer, 2003; Köbberling, 2003)

Vor dieser zweiten erweiterten Publikation haben im Jahr 1996 das ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA'S COUNCIL und das CANADIAN MEDICAL EDUCATION DIRECTIONS FOR SPECIALISTS 2000 PROJECT (CANMEDS) Leitlinien für die Weiterbildung zum Facharzt veröffentlicht, die sich mit der Definition des Begriffes ‚professional‘ beschäftigen (vgl. Frank, et al., 1996). Der Autor bezeichnet Fachärzte als ‚professionals‘, deren Wissen, Fertigkeiten und Meinung dazu bestimmt ist, die Gesundheit und das Wohlergehen der anderen zu verbessern und dadurch eine einzigartige Position in der Gesellschaft erhalten. Daher sollten die Behandlung der Patienten und das ethische Verhalten immer nach dem höchsten Standard erfolgen. Dabei sollte es das Ziel eines ‚professionals‘ sein, individuelles Wissen und Fertigkeiten weiterhin zu perfektionieren. Ferner sollte der ‚professional‘ in der Lage sein, durch persönliche Integrität, Rechtsschaffenheit und Mitgefühl den Patienten die höchste Qualität in der Behandlung zukommen zu lassen; ein angemessenes, persönliches als auch zwischenmenschliches, professionelles Verhalten vorzuweisen und Medizin so zu praktizieren, dass ethische

Maßstäbe auf medizinischer, juristischer und professioneller Ebene respektiert werden (vgl. Frank, et al., 1996; The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2000). Des Weiteren wurden von CANMEDS sieben Rollen und Schlüsselkompetenzen eines Facharztes herausgearbeitet, die in Tabelle 4 erläutert werden (siehe Tab. 4).

Tabelle 4: Grundlegende Rollen und Schlüsselkompetenzen eines Facharztes

- **Medical expert:** Die Rolle des medizinischen Experten steht nach CANMEDS im Mittelpunkt der ärztlichen Kompetenzen. Er verbindet Wissen, klinische Fertigkeiten sowie eine professionelle Haltung miteinander und hat die patientenzentrierte Versorgung zum Ziel.
- **Communicator:** Der Facharzt kann sowohl mit den Patienten und deren Angehörigen als auch mit Vertretern anderer Gesundheitsberufe in unterschiedlichen Situationen (z.B. ‚shared decision making‘) angemessen kommunizieren.
- **Collaborator:** Der Facharzt arbeitet sowohl mit den Patienten und deren Angehörigen als auch mit den Mitgliedern eines multiprofessionellen Teams zum Wohle des Patienten zusammen.
- **Manager:** Der Facharzt bindet die Mitglieder des multiprofessionellen Teams in die alltägliche Stationsarbeit ein. In diesem Aufgabenbereich müssen die Ressourcen bedacht und die organisatorischen Aufgaben mit eingeschlossen werden. Darüber hinaus organisiert der Facharzt seine eigene Karriere und achtet auf die Balance zwischen Berufs- und Privatleben.
- **Health advocate:** Der Facharzt geht auf die individuellen, gesundheitlichen Bedürfnisse des Patienten und denen der Gesellschaft ein. Er erkennt wichtige Faktoren, die die Gesundheit des Individuums und der Gesellschaft unterstützen und setzt sich als deren Fürsprecher ein.
- **Scholar:** Der Facharzt fühlt sich lebenslangem Lernen verpflichtet. Als Lernender erkennt er den Nutzen von kontinuierlichem Lernen an, und ist damit Vorbild für andere. Durch seine wissenschaftliche Tätigkeit nimmt er an der Gewinnung, Verteilung, Anwendung und Übersetzung von neuem Wissen teil. Als Lehrender unterstützt er die Ausbildung von Studierenden, Patienten, Kollegen und anderen Mitarbeitern.
- **Professional:** Die Tätigkeit des Facharztes wird geleitet durch einen ethischen Kodex und die Verpflichtung zu klinischer Kompetenz, die eine angemessene Haltung und Verhalten, Integrität, Altruismus und die Sorge um das persönliche Wohlbefinden umfasst.

(aus: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2005)

In den „Learning Outcomes for the Medical Undergraduate in Scotland“ werden im Jahr 2000 folgende Ziele für die Ausbildung von zukünftigen Ärzten genannt. Dabei beziehen sich die Autoren auf die unterschiedlichen Funktionen und Verantwortungsbereiche eines Arztes, und zwar die Rolle des Forschers, die des Mentors und Lehrers, die des

Managers von Ressourcen und Mitarbeitern, die eines Mitgliedes in einem multiprofessionellen Team und die eines Verantwortungsträgers in der Klinik und in der Gesellschaft. Dazu gehört ein umfangreiches Wissen über die Struktur und das Funktionieren des Gesundheitssystems (vgl. The Scottish Deans' Medical Curriculum Group, 2000a). Zu diesen Aspekten werden im so genannten „Scottish Doctor“ die Fähigkeiten der persönlichen Entwicklung noch hinzugefügt, also die Fähigkeit zur Selbsterkenntnis und Selbsterfahrung; die Befähigung, sich Wissen anzueignen, zu lernen und seine eigenen Grenzen zu kennen; Achtsamkeit und Sorge um sich selbst, im privaten als auch beruflichen Leben; wahrnehmen und planen der Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten; das Aufrechterhalten einer hohen Motivation und das Zeigen von hohem Engagement und hoher Verbindlichkeit (vgl. The Scottish Deans' Medical Curriculum Group, 2000a), siehe hierzu Abb. 1.

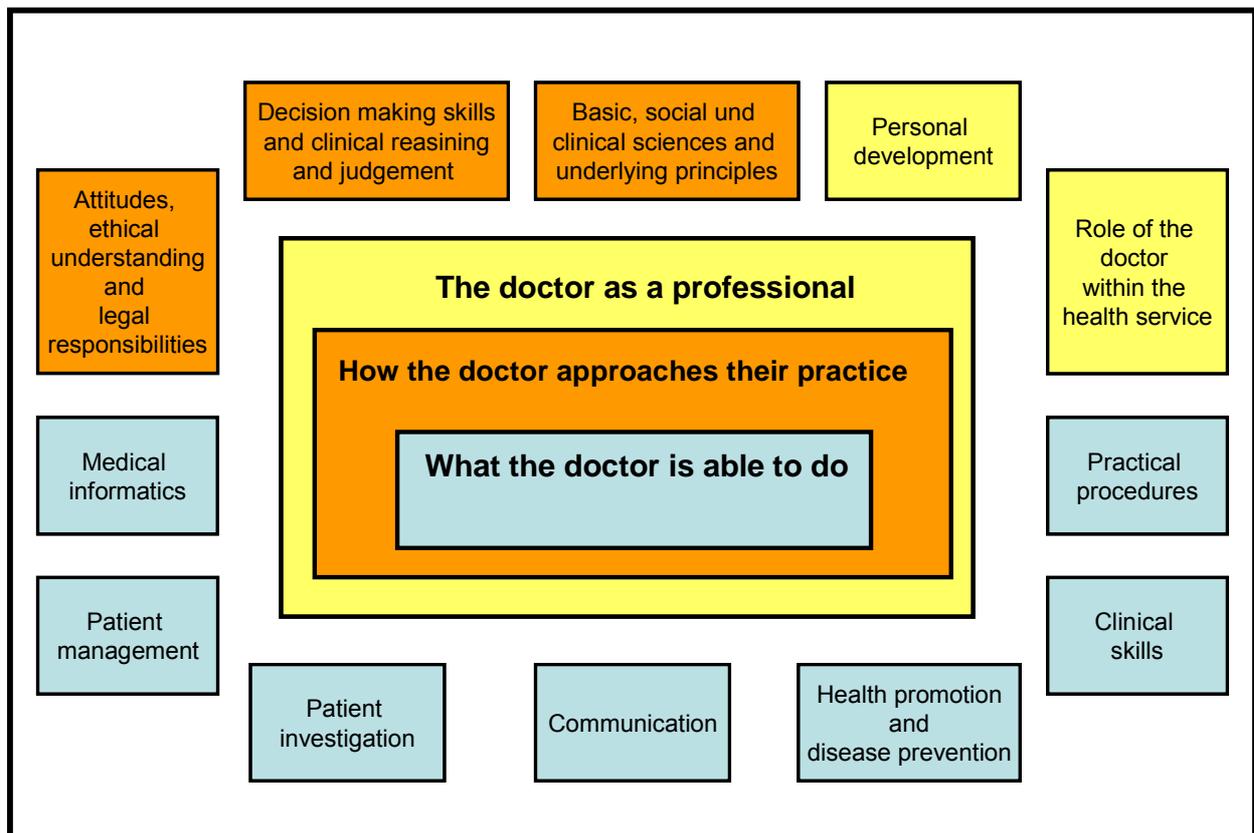


Abbildung 1: The Scottish Doctor: Learning Outcomes (The Scottish Deans' Medical Curriculum Group, 2000b)

Als letzte Veröffentlichung, die sich mit der Begriffsbestimmung von *medical professionalism* auseinandersetzt, ist der Bericht des ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS aus Großbritannien „Doctors in society. Medical professionalism in a changing world“ aus dem

Jahr 2005 zu nennen (Royal College of Physicians, 2005). In dem Bericht wird ‚medical professionalism‘ zunächst als eine Reihe von Werten, Verhaltensweisen und Beziehungen bezeichnet, die das Vertrauen der Öffentlichkeit gegenüber den Ärzten kennzeichnen. Die Autoren nennen Medizin als eine Berufung, in der das Wissen, die klinischen Fertigkeiten und das Urteil eines Arztes in den Dienst des Schutzes und der Aufrechterhaltung des menschlichen Wohlergehens gestellt werden. Diese Absicht wird durch die Partnerschaft zwischen Arzt und Patient realisiert, welche auf gegenseitigem Respekt, der Verantwortung jedes einzelnen und eine angemessene Verlässlichkeit basieren. In ihrem klinischen Alltag sind Ärzte bestimmten Werten verpflichtet, die denen des „Project Professionalism“ (siehe Tab. 2) zum Teil gleichen (siehe Tab. 5). Diese Werte werden jedoch im Text nicht weiter ausgeführt.

Tabelle 5: Definition von Professionalität in der Medizin:
Werte, Verhaltensweise und Beziehung zu anderen

- **Integrity:** Integrität
- **Compassion:** Mitgefühl
- **Altruism:** Altruismus
- **Continuous improvement:** kontinuierliche Verbesserung (von klinischem Wissen und praktischen Fertigkeiten)
- **Excellence:** Exzellenz
- **Working in partnership with members of the wider healthcare team:** Partnerschaftliche Zusammenarbeit mit allen Berufsgruppen, die in der Patientenversorgung tätig sind

(aus: Royal College of Physicians, 2005)

Diese Werte stellen die Grundlage für den Gesellschaftsvertrag zwischen der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit dar (vgl. Royal College of Physicians, 2005).

Zusammenfassend sind die unterschiedlichen Definitionen von ‚medical professionalism‘ vor dem jeweiligen gesellschaftlichen Hintergrund zu sehen. Dabei stehen sowohl die Beschreibung einer spezifischen ärztlichen Haltung, als auch die unterschiedlichen Funktionen und Rollen, die ein Arzt innehat im Vordergrund.

2 Herleitung der Fragestellung

Im Rahmen einer Literaturrecherche über die persönliche und professionelle Entwicklung von Medizinstudierenden konnten nur wenige Veröffentlichungen aus dem deutschsprachigen Raum gefunden werden. Im Resultat wird deutlich, dass bis dato in Deutschland, Österreich und der Schweiz nur eine begrenzte Diskussion zu dem Thema stattgefunden hat. Dagegen sind medizinische Fakultäten, vor allem aus dem angloamerikanischen Raum, in diesem Bereich weiter fortgeschritten und haben bereits die Unterstützung persönlicher und professioneller studentischer Entwicklung in ihre Curricula implementiert.

Vorausgesetzt im deutschsprachigen Raum soll in der medizinischen Ausbildung die persönliche und professionelle Entwicklung von Studierenden gefördert werden, so wird vor der Entwicklung und Implementierung eines entsprechenden Curriculums eine konkrete Determination dieser Begrifflichkeiten benötigt. Weiterführend bedeutet dies, dass eine Definition von persönlicher und professioneller Entwicklung einen großen Einfluss auf die Ausbildung von zukünftigen Mediziner*innen haben kann. Daher sollte eine Begriffsbestimmung sorgfältig diskutiert und vorgenommen werden. Die vorliegende Arbeit möchte mit den folgenden Fragestellungen einen Beitrag zur Diskussion in Deutschland leisten:

- Was verstehen Studierende und Lehrende unter den Begriffen: persönliche und professionelle (Weiter-) Entwicklung? Welche Erfahrungen wurden bisher in der persönlichen und professionellen Entwicklung gemacht?
- Wünschen Studierende eine Förderung der persönlichen und professionellen Entwicklung? Fordern Lehrende eine Förderung der persönlichen und professionellen Entwicklung an der Fakultät und durch diese? Halten sie eine Förderung der persönlichen Entwicklung für angebracht?
- Welche Veränderungen wünschen sich die Studierenden und Lehrenden von der Fakultät/Gesellschaft, um eine persönliche oder professionelle Entwicklung für Studierende zu ermöglichen?

3 Methode

3.1 Theoretischer Hintergrund

3.1.1 Die Wahl der Forschungsrichtung: Qualitative Sozialforschung

Forschungsgegenstand dieser Arbeit ist die persönliche und professionelle Entwicklung von Medizinstudierenden. Für diese Fragestellung gibt es im deutschsprachigen Raum bisher nur wenig Literatur (vgl. Schubert, et al., 2005, Schröder und Raspe, 2006, Köbberling, 2003, Bauer, 2003, Herzig, et al., 2006), d.h. die Forschungsfrage ist relativ neu. Um sich deren Beantwortung zu nähern, scheint es zunächst sinnvoll, im Rahmen einer qualitativen Sozialforschung Hypothesen zu diesem Thema zu generieren (*induktives Vorgehen*). Dies kann durch Befragung repräsentativer Personen oder Beobachtung typischer Situationen erreicht werden. Die qualitative Sozialforschung spricht in diesem Zusammenhang von der Abbildung der sozialen Wirklichkeit, dabei verfolgt sie das Prinzip der Offenheit und ermöglicht dadurch, sich der Forschungsfrage unvoreingenommen zu nähern.

In einem nächsten Schritt könnte eine quantitative Herangehensweise genutzt werden, um etwaige Theorien und Hypothesen zu überprüfen (*deduktives Vorgehen*), beispielsweise die Überprüfung unterschiedlicher Definitionen von persönlicher und professioneller Entwicklung von Studierenden anhand eines Fragebogens.

3.1.2 Die Erhebungsmethode: Gruppendiskussion

In der qualitativen Forschung gibt es nach MAYRING (vgl. Mayring, 1996, S.49ff und Bortz und Döring, 2002, S.308ff) vier unterschiedliche Erhebungsmethoden:

- problemzentriertes Interview
- narratives Interview
- Gruppendiskussion
- teilnehmende Beobachtung

Im Folgenden werden die einzelnen Verfahren und Anwendungsgebiete kurz erläutert:

- „Das *problemzentrierte Interview* wählt den sprachlichen Zugang, um seine Fragestellung auf dem Hintergrund subjektiver Bedeutung, vom Subjekt selbst formuliert, zu eruieren.“ (Mayring, 1996, S.51). Das Gespräch findet anhand eines Interviewleitfadens zwischen dem Interviewer und dem zu Interviewenden statt. Es dient vor allem der Forschung mit dezidierten Fragestellungen und damit vor allem der Problemanalyse. Es besteht bei hoher Fallzahl die Möglichkeit der Standardisierung.
- Das *narrative Interview* wählt ebenso den sprachlichen Zugang. Das Interview wird jedoch ohne Leitfaden geführt, da durch das freie Reden/ Erzählen des zu Interviewenden die „subjektive Bedeutungsstruktur“ (Mayring, 1996, S.54) eines bestimmten Ereignisses erfasst werden soll. Ein Leitfaden würde diese Ebene versperren (vgl. Mayring, 1996, S.49ff). Auch hier findet das Interview zwischen zwei Personen statt. „Narrative Interviews eignen sich für Thematiken mit starkem Handlungsbezug.“ (Mayring, 1996, S.56). Sie eignen sich auch zur Exploration bei neuen Forschungsfragen.
- Die *Gruppendiskussion* dient der Erhebung vieler subjektiver Bedeutungsstrukturen. Anders als beim problemzentrierten Interview bezieht es den sozialen Kontext der Gruppe und Gruppendenken bzw. -verhalten mit ein. Die Gruppendiskussion eignet sich für die Erhebung von kollektiven Meinungen. Sie ist zudem eine stark explorative Methode und wurde daher als Erhebungsmethode gewählt.
- Bei der *teilnehmenden Beobachtung* will der Forscher einen Eindruck von Alltagssituationen bekommen. Dafür muss der Forscher Teil dieser Gruppe werden. Die Ergebnisse der Beobachtung werden dann vom Forscher in einem vorher strukturierten Protokoll zusammengetragen. Es dient der Forschung von „Gegenstandsbereichen, die von außen nur schwer einsehbar sind“ und der „Strukturierung von Neuland“ (vgl. Mayring, 1996, S.63).

Zusammenfassend wählen die ersten drei Methoden einen sprachlichen Zugang zur Forschungsfrage, während die teilnehmende Beobachtung auf der Betrachtung des Forschungsgegenstandes beruht. Das narrative Interview und vor allem die Gruppendiskussion sind explorative Verfahren, die unter anderem zum Ziel haben, möglichst viele Meinungen und Haltungen zu einer Fragestellung zu sammeln, um damit neue Theorien und Hypothesen zu entwickeln. Darüber hinaus bietet die Gruppendiskussion

im Gegensatz zu Einzelinterviews folgende Vorteile: Die Gruppendiskussion ermittelt ein breiteres Meinungsspektrum und zeigt die Variationsbreite von Meinungen an. Durch eine entspannte Atmosphäre können sich die Teilnehmer gegenseitig anregen, offen über ein Thema zu sprechen und darüber hinaus spontane Äußerungen provozieren (vgl. Lamnek, 1998, S.74). Die genannten Vorteile führen dazu, dass die Gruppendiskussion eine gute Grundlage bietet, um Hypothesen zu einer Fragestellung zu entwickeln wie es bei dieser Forschungsaufgabe der Fall ist. („Die durch die Gruppendiskussion gewonnenen Einsichten erleichtern weiter die Generierung von Hypothesen“ (Lamnek, 1998, S.61).) Dazu passend bemerkt FRIEDRICHS: „, dass [...] erst einmal genauer bekannt sein [muss], welche Sachverhalte vorliegen, um Hypothesen zu formulieren und um Gesetzesaussagen zur Erklärung heranzuziehen,“ (Friedrichs, 1990, S.123) „und genau diese Voraussetzung kann eine qualitative Exploration durch eine Gruppendiskussion schaffen“ (Lamnek, 1998, S.61; vgl. Dreher und Dreher, 1995). Als Nachteil einer Gruppendiskussion können sich Meinungsführer beziehungsweise Schweiger in der Diskussion herausbilden, durch sprachliche Barrieren und soziale Anpassung kann die individuelle Meinungsäußerung verhindert werden und inhaltliche Kontroversen können zu Ausschweifungen des Themas führen (vgl. Lamnek, 1998, S.75).

Auf Grund der beschriebenen Erläuterungen wurde die Gruppendiskussion als Forschungsmethode ausgewählt (vgl. Barbour, 2005; Vermeire, et al., 2002). Im Folgenden bezieht sich die Arbeit in der Durchführung der Gruppendiskussion auf die Empfehlungen nach LAMNEK (vgl. Lamnek, 1998).

3.1.2.1 Gruppenzusammensetzung

Zur Rekrutierung der Teilnehmer standen folgende vier Kriterien hinsichtlich der Gruppenzusammensetzung zur Auswahl (vgl. Lamnek, 1998, S.80ff):

- Die heterogene Gruppe: Die heterogene Gruppe ist lediglich im Gegenstand der Diskussion homogen, in den übrigen Merkmalen (meist demographische) ist die Gruppe jedoch heterogen (hier: Medizinstudierende oder Lehrende der Charité). Dies hat zum Vorteil, dass die Gruppe sehr lebendig und kontrovers diskutiert. Nachteilig kann eine schon vorhandene asymmetrische Beziehung zwischen den Teilnehmern sein, die die Diskussion lähmen könnte.

- Die homogene Gruppe: Die homogene Gruppe ist nicht nur im Gegenstand der Diskussion homogen, sondern auch in einem oder mehreren Merkmalen (dies könnte hier z.B. sein: Medizinstudierende aus einem Semester). Dabei könnte sich als Nachteil eine einseitige Diskussion herausstellen, die einen geringen Erkenntniswert hat. Von Vorteil wäre, dass hierbei keine bzw. kaum Machtverhältnisse auftreten.
- Die natürliche Gruppe: Die natürliche Gruppe entspricht der Realität (dies könnte z.B. sein: Studierende aus einer Seminar- Gruppe). Die externe Validität wäre hier sehr hoch, da diese Zusammensetzung der Realität entspricht. Es gäbe auf Grund von persönlicher Bekanntschaft keine Anlaufschwierigkeiten, die Offenheit könnte jedoch begrenzt sein. Nachteilig wäre jedoch, dass keine neuen Impulse von Außen auf die natürliche Gruppe einwirken könnten.
- Die künstliche Gruppe: Die künstliche Gruppe wird von dem Forscher künstlich zusammengestellt (dies könnte z.B. sein: Studierende aus allen Semestern des Reformstudiengangs und Regelstudiengangs Medizin gemischt). Hierbei könnten Anlaufschwierigkeiten in der Diskussion von Nachteil sein, allerdings sind diese Gruppen laut LAMNEK oft viel lebendiger und offener, und besitzen eine hohe interne Validität (vgl. Lamnek, 1998, S.96ff).

Um das Ziel der Arbeit, die Ermittlung von Hypothesen zum Thema „Persönliche und professionelle Entwicklung im Medizinstudium aus Sicht der Studierenden und der Lehrenden“, im Sinne des Forschungsansatzes zu erreichen, sollten so viele Informationen und Meinungen wie möglich zusammen getragen werden. Daher wurde entsprechend der Literaturempfehlung eine heterogene Gruppe künstlich zusammengesetzt.

3.1.2.2 Der Diskussionsleitfaden

Es gibt laut LAMNEK in der Gruppendiskussion zwei Formen von Diskussionsleitfäden (Lamnek, 1998, S.87ff):

- Der „topic guide“: „grobe Rahmenthemen werden vorgegeben, [...] anhand dessen der Diskussionsleiter die Teilnehmer durch die Diskussion zu führen versucht“ (Lamnek, 1998, S.87). Der Moderator kann sich in der Flexibilität und Geschwindigkeit der Themenwechsel und der Sprache der Diskutanten anpassen. Ein flexibler

Leitfaden bietet sich laut LAMNEK (Lamnek, 1998, S.87ff) vor allem bei explorativen Verfahren an.

- Die „questioning route“ ist ein ausgearbeiteter und differenzierter Leitfaden. Er dient vor allem der Beleuchtung von unterschiedlichen Aspekten („details“), ist aber nicht so flexibel einsetzbar. Ein weiterer Vorteil ist die Konsistenz der Fragen bei unterschiedlichen Moderatoren.

Ziel dieser Gruppendiskussion ist die Ermittlung von möglichst vielen Meinungen zu dem Forschungsthema. LAMNEK favorisiert in diesem Fall den „topic guide“ (vgl. Lamnek, 1998, S.87ff), weil er einen nicht so engen Rahmen bildet und durch seine Flexibilität so viele Informationen wie möglich zulässt. LAMNEK schlägt folgenden Aufbau der zu diskutierenden Fragen vor. Dieser Aufbau ist für die Entwicklung des Diskussionsleitfadens bei den Gruppendiskussionen zum Thema persönliche und professionelle Entwicklung von Medizinstudierenden übernommen worden.

1. Eröffnungs- oder Eisbrecherfrage (Opening Question): soll ein Gemeinschaftsgefühl zwischen den Diskutanten schaffen.
2. Einleitungs- oder Hinführungsfrage (Introductory Question): soll zum eigentlichen Thema hinführen
3. Überleitungsfrage (Transition): Vertiefung der Hinführungsfrage
4. Schlüsselfrage (Key Question): eigentliche(n) Forschungsfrage(n)
5. Schlussfrage (Ending Question): Zusammenführung und Zusammenfassung der Diskussion
6. Zusammenfassungen (Summary Question)
7. Rückversicherungsfragen
8. Retrospektivfragen

3.1.3 Das Auswertungsverfahren: zusammenfassende Inhaltsanalyse

Gruppendiskussionen können laut LAMNEK „sowohl unter inhaltlich-thematischen als auch unter gruppendynamischen Gesichtspunkten“ (Lamnek, 1998, S.162) ausgewertet werden. Dabei nennt LAMNEK drei unterschiedliche Analyseformen und zwar die deskriptive, die reduktive und die explikative Form. Forschungsziel dieser Arbeit ist es, aus

dem Material alle inhaltswichtigen Gegenstände zum Thema „persönliche und professionelle Entwicklung“ zu erschließen. Aus dieser Forderung leitet sich ein inhaltlich-reduktives Verfahren ab. Zum einen, weil die Gruppendiskussion inhaltlich und nicht gruppendynamisch ausgewertet werden soll. Zum anderen wird durch die Reduktion versucht, „die Fülle des Datenmaterials so zu reduzieren, dass [ein] Informationsgewinn entsteht“ (Lamnek, 1998, S.167). Dieses Verfahren wird in der qualitativen Forschung „Inhaltsanalyse“ genannt. MAYRING hat hier eine detaillierte Beschreibung des Analyseansatzes geschaffen, der sowohl ein theoriegeleitetes als auch ein offenes Herangehen anbietet. Gläser erläutert die Inhaltsanalyse wie folgt: „Die qualitative Inhaltsanalyse wertet Texte aus, indem sie ihnen in einem systematischen Verfahren Informationen entnimmt. Zu diesem Zweck wird der Text mit einem vorher konstruierten Analyseraster auf relevante Informationen hin durchsucht. Ob eine Information relevant ist, hängt von den theoretischen Vorüberlegungen ab, d.h. vom Untersuchungsziel. Die dem Text entnommenen Informationen werden den Kategorien des Analyserasters zugeordnet und relativ unabhängig vom Text weiterverarbeitet [...]“ (Gläser und Laudel, 1999). Dabei unterscheidet sich die Inhaltsanalyse in zwei Punkten von anderen qualitativen Verfahren. Zum einen durch ein zuvor festgelegtes Kategoriensystem, „das im Gegensatz zu einem Kodierschema steht, welches erst im Verlauf der Analyse entsteht“ wie es beispielsweise bei der Grounded Theory der Fall ist (vgl. Glaser, 1998 und Legewie, 2005). (Grounded Theory bezeichnet eine sozialwissenschaftliche Methode zur systematischen Auswertung von qualitativen Daten mit dem Ziel der Theorienerhebung.) Und zum anderen „verbleibt die Inhaltsanalyse nicht am Text, sondern extrahiert Informationen und verarbeitet diese Informationen getrennt vom Text weiter“. Dabei ist nicht der Text an sich Untersuchungsgegenstand, sondern die „Beschreibung einer sozialen Welt“ wie hier durch die Diskutanten in der Gruppendiskussion (vgl. Gläser und Laudel, 1999).

Nach MAYRING gibt es drei unterschiedliche Ansätze in der Inhaltsanalyse, nämlich die Zusammenfassung, Explikation und die Strukturierung (vgl. Mayring, 2003, S.58). Dabei führt die Zusammenfassung durch Abstraktion und Generalisation zur Reduktion des Materials, die Explikation dient der Erläuterung von Textstellen, um das Verständnis zu erweitern und die Strukturierung soll bestimmte Aspekte durch ein vorher festgelegtes Kategoriensystem herausfiltern. Vorteil der Zusammenfassung ist das eher induktive Herangehen an den Text, das dem Prinzip der Offenheit folgt. Dies steht laut GLÄSER und LAUDEL im Gegensatz zur inhaltlichen Strukturierung, welches auf Grund eines the-

oriegeleiteten Kategoriensystems sich eher deduktiv dem Text nähert (vgl. Gläser und Laudel, 1999). Ein explikatives Verfahren kommt auf Grund seiner oben ausgeführten Zielsetzung nicht in Frage.

3.2 Durchführung

3.2.1 Auswahl, Planung und Einladung der Diskussionsteilnehmer

Nach den in Kapitel 4.1.2.1 genannten Kriterien: heterogen und künstlich wurden jeweils zwei unterschiedliche Gruppen gebildet, die der:

- Medizinstudierenden an der Charité (Studierende) und
- Lehrenden an der Charité (Lehrende)

3.2.1.1 Die Gruppe der Studierenden

Um eine ausgewogene Gruppenzusammensetzung sicherzustellen, wurde nach folgenden Gruppenmerkmalen stratifiziert:

- nach Studiengang: jeweils vier Studierende des Sommersemesters 2003 aus dem Regelstudiengang Medizin (RGS) und dem Reformstudiengang Medizin (RSM).
- nach Semester: aus den Semestern 2, 4, 6 und 8, da es im Sommersemester 2003 im RSM nur diese vier unterschiedlichen Studienjahrgänge gab.

Die Auslosung der vier Studierenden aus dem RGS und dem RSM wurde nach folgendem Verfahren randomisiert: Die Namen und Adressen der Studierenden des RSM waren durch das Sekretariat des RSM zugänglich. Aus den vier laufenden Semestern wurde jeweils ein Pool gebildet. Aus den vier unterschiedlichen Pools wurden jeweilig zwei direkte Kandidaten und zwei Vertreter gelost. Dies waren insgesamt 16 Studierende (siehe Tab. 6).

Tabelle 6: Auslosung der Studierenden im Reformstudiengang

Semester	Studierende gesamt	Anzahl Direktkandidaten	Anzahl Vertreter
2	59	2	2
4	62	2	2
6	55	2	2
8	37	2	2

Mit einem Brief (siehe Anhang) wurden die Direktkandidaten angeschrieben und um eine Anmeldung gebeten. Bei Absage durch diesen wurde dann der Vertreter angeschrieben. Die Antworten und damit auch Anwesenheiten der Studierenden können der Tab. 7 entnommen werden.

Tabelle 7: Reaktionen der Studierenden im Reformstudiengang

Semester	Zusage Direkt- kandidaten	Zusage Vertreter	ohne Zusage gekommen	Zufällige Einladung*	gesamt
2	1	1	1	1	4
4	1	1	-	-	2
6	2	-	-	-	2
8	1	1	-	-	2
gesamt:					10

* = *zufällige Einladung* beinhaltet einen RSM- Studierenden, der nicht durch den Forscher selbst, sondern aus dem Pool des Referats für Studienangelegenheiten gelost wurde (siehe unten).

Die Auslosung und Einladung der Regelstudiengangsstudenten erfolgte aus dem Pool der Studierenden des Referats für Studienangelegenheiten und Lehre der Akademischen Verwaltung der Charité. Hier gab es wegen des Datenschutzes für die Forscherin keinen Zugang zu den Namen und Adressen. Die Auslosung erfolgte durch den Leiter des Referats für Studienangelegenheiten und Lehre. Um eine ausreichende Anzahl an Teilnehmern zu gewährleisten, wurden von Anfang an vier Direktkandidaten gelost. Dies ermöglichte gegebenenfalls abzusagen, wenn sich zu viele angemeldet hätten. Die Auslosung erfolgte nach folgenden Vorgaben (siehe Tab. 8):

Tabelle 8: Auslosung der Studierenden im Regelstudiengang

Semester	Anzahl Direktkandidaten	Anzahl Vertreter	gesamt
2	4	0	4
4	4	0	4
6	4	0	4
8	4	0	4

Mit einem Brief (siehe Anhang) wurden die Studierenden angeschrieben und um eine Anmeldung gebeten. Die Antworten und Anwesenheit können Tab. 9 entnommen werden.

Tabelle 9: Reaktionen der Studierenden im Regelstudiengang

Semester	Zusage Direktkandidaten	davon zufällig aus RSM	davon zum Termin nicht erschienen	gesamt
2	2	1	-	1
4	2	-	1	1
6	1	-	-	1
8	1	-	-	1
gesamt:				4

Bei Teilnahme an der Gruppendiskussion haben alle Studierenden einen Büchergutschein im Wert von 10 € erhalten.

3.2.1.2 Die Gruppe der Lehrenden

Die Auswahlkriterien für die Gruppe der Lehrenden:

- Dozent lehrt an der Charité,
- Dozent lehrt sowohl im RSM als auch im RGS,
- weibliche und männliche Dozenten,
- ausgeschlossen wurden Mitglieder der Arbeitsgruppe RSM und externe Dozenten.

Aus allen im Wintersemester 2002/03 und Sommersemester 2003 im RSM tätigen 332 Dozenten wurde nach den obigen Vorgaben ein Pool von 278 Lehrenden gebildet. Um eine ausgewogene Gruppenzusammensetzung sicherzustellen, wurde nach folgenden Gruppenmerkmalen stratifiziert:

- Vorklinik (z.B. Physik, Chemie, Biologie, Humangenetik, Anatomie, Physiologie, Biochemie): VK
- Human- und Gesundheitswissenschaften (z.B. Medizingeschichte, Sexualmedizin, Sozialmedizin, Epidemiologie, Med. Psychologie, Med. Soziologie): HGW
- Klinisch- theoretische Fächer (z.B. Pharmakologie, Pathologie, Immunologie, Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie, Radiologie): KT
- Klinik, nicht- operativ (z.B. Innere Medizin, Pädiatrie, Anästhesie, Neurologie, Psychiatrie, Physikalische Medizin, Dermatologie, Allgemeinmedizin): Kno
- Klinik, operativ (z.B. HNO, Augenheilkunde, Gynäkologie, Chirurgie, Dermatochirurgie, Orthopädie): Ko

Der Hintergrund für diese Unterteilung war die Überlegung, dass die persönliche Meinung der Diskutanten abhängig ist vom persönlichen Werdegang jedes Einzelnen. Eine Vielfalt der Meinungen sollte damit erzeugt werden, dass aus jedem Bereich mindestens ein Teilnehmer bei einer Diskussion anwesend war. Die jeweilige Gewichtung der unterschiedlichen Schwerpunktbereiche erfolgte entsprechend der Lehrtätigkeit im Studium. Die Lehrenden wurden per Brief (siehe Anhang) zu der Gruppendiskussion eingeladen. Bei Absage durch einen Direktkandidaten wurde dann der Vertreter angeschrieben. Da in einigen Fällen auch die Vertreter abgesagt haben, wurde daraufhin eine erneute Auslosung von neuen Vertretern vorgenommen. Die Verteilung der Lehrenden kann Tab. 10 entnommen werden.

Tabelle 10: Auslosung der Lehrenden

Fach	Verteilung Lehrende	Anzahl Direktkandidaten	Vertreter
VK	33	2	1
HGW	22	2	1
KT	61	4	5
Kno	152	4	3
Ko	64	4	4

Die Antworten auf die Einladungen und die Anwesenheit bei den Gruppendiskussionen können in Tab. 11 ersehen werden.

Tabelle 11: Reaktionen der Lehrenden.

Fach	Zusage Direktkandidaten	Zusage Vertreter	davon am Termin nicht erschienen	erschiene und wieder gegangen	gesamt
VK	2	-	-	-	2
HGW	1	1	-	-	2
KT	2	2	-	-	4
Kno	2	2	-	-	4
Ko	1	3	1	1	2
gesamt:					14

3.2.2 Entwicklung des Diskussionsleitfadens

Die Entwicklung des Diskussionsleitfadens erfolgte nach der Vorgabe eines ‚topic guide‘ (vgl. Lamnek, 1998, S.87ff), welcher in Kapitel 4.1.2.2. beschrieben wurde. Da die Diskussion mit zwei unterschiedlichen Gruppen (also mit Lehrenden und Studierenden) durchgeführt werden sollte, wurden zwei Diskussionsleitfäden (nämlich „Leitfaden für die Moderatoren zur Strukturierung der Gruppendiskussion mit Studierenden“ und „Leitfaden für die Strukturierung der Gruppendiskussion mit Lehrenden“) entwickelt. Die Diskussionsleitfäden sind in Gruppenarbeit entwickelt worden und im Pretest von den Mo-

deratoren vor der Gruppendiskussion auf ihre Eignung hin überprüft worden (vgl. Lamnek, 1998, S.88).

3.2.2.1 Leitfaden für die Moderatoren zur Strukturierung der Gruppendiskussion mit Studierenden

1. Eröffnungsfrage („Opening Question“):

Sie sind alle Studierende hier an der Charité. Bitte stellen Sie sich doch mal der Reihe nach vor und berichten Sie, aus welchem Semester Sie sind.

2. Einleitungsfrage („Introductory Question“):

Welche berufliche Laufbahn möchten Sie nach Ihrem Studium einschlagen und warum haben Sie sich dafür entschieden?

Haben Sie das Gefühl, dass die medizinische Ausbildung, die Sie zurzeit erfahren, Sie auf diese Laufbahn vorbereitet?

3. Überleitung („Transition“):

An einigen Universitäten im Ausland wird zunehmend die Rolle der persönlichen Weiterentwicklung und die professionelle Entwicklung von Studierenden als ein Ziel der medizinischen Ausbildung diskutiert. In Deutschland befindet sich diese Diskussion noch ganz am Anfang. Diese beiden Aspekte möchten wir heute Abend mit Ihnen diskutieren.

4. Schlüsselfrage („Key Question“):

Was verstehen Sie unter persönlicher Entwicklung?

Was bedeutet für Sie professionelle Entwicklung?

Und was unterscheidet Ihrer Meinung nach die persönliche von der professionellen Entwicklung?

An welchen Merkmalen machen Sie professionelle Entwicklung fest?

Was ist dann für Sie als Studierende Professionalität in Bezug auf den ärztlichen Beruf?

Die Fakultät hat den Auftrag, die medizinische Ausbildung sicher zu stellen. Meinen Sie, dass damit auch ein Auftrag zur Unterstützung der persönlichen und professionellen Entwicklung von Medizinstudierenden verbunden ist?

Können Sie sich an eine konkrete Situation erinnern, in denen Sie persönlich in Ihrer persönlichen oder professionellen Entwicklung im Rahmen Ihrer medizinischen Ausbildung unterstützt wurden?

Was wünschen Sie sich generell, damit dies optimal gewährleistet wäre?
Muss die Fakultät dafür bestimmte Bedingungen schaffen? Wenn ja, welche?

5. Schlussfrage („Ending Question“):

Glauben Sie, dass es sinnvoll wäre, diese Fragestellung auch in einem breiteren Rahmen innerhalb der Fakultät zu diskutieren?

6. Zusammenfassungsverfrage („Summary Question“):

An dieser Stelle hat der Moderator die Diskussion zusammengefasst und nachfragt, ob alles richtig verstanden wurde oder wesentliche Aspekte vergessen wurden.

7. Abschluss

3.2.2.2 Leitfaden für die Moderatoren zur Strukturierung der Gruppendiskussion mit Lehrenden

1. Eröffnungsfrage („Opening Question“):

Sie sind alle Lehrende hier an der Charité. Bitte stellen Sie sich doch mal der Reihe nach vor und berichten Sie, aus welchem Fach oder Institut Sie kommen.

2. Einleitungsfrage („Introductory Question“):

Welche Lehrerfahrung haben Sie bereits? Welche Bedeutung hat die Lehre für Sie persönlich?

Was ist für Sie persönlich das zentrale Ziel in der medizinischen Ausbildung?

3. Überleitung („Transition“):

An einigen Universitäten im Ausland wird zunehmend die Rolle der persönlichen Weiterentwicklung und die professionelle Entwicklung von Studierenden als ein Ziel der medizinischen Ausbildung diskutiert. In Deutschland befindet sich diese Diskussion noch ganz am Anfang. Diese beiden Aspekte möchten wir heute Abend mit Ihnen diskutieren.

4. Schlüsselfrage („Key Question“):

Was verstehen Sie unter persönlicher Entwicklung?

Was bedeutet für Sie persönliche Entwicklung?

Und was unterscheidet Ihrer Meinung nach die persönliche von der professionellen Entwicklung?

An welchen Merkmalen machen Sie professionelle Entwicklung fest?

Was ist dann für Sie als Dozentinnen und Dozenten Professionalität in Bezug auf den ärztlichen Beruf?

Die Fakultät hat den Auftrag, die medizinische Ausbildung sicher zu stellen. Glauben Sie, dass damit auch ein Auftrag zur Unterstützung der persönlichen Entwicklung von Medizinstudierenden verbunden ist?

Können Sie sich an eine konkrete Situation erinnern, in denen es Ihnen persönlich möglich war, die persönliche oder professionelle Entwicklung von Studierenden zu unterstützen?

Was brauchen Sie generell, um Studierende optimal hinsichtlich der persönlichen und professionellen Entwicklung unterstützen zu können?

Muss die Fakultät dafür bestimmte Bedingungen schaffen? Wenn ja, welche?

5. Schlussfrage („Ending Question“):

Glauben Sie, dass es sinnvoll wäre, diese Fragestellung auch in einem breiteren Rahmen innerhalb der Fakultät zu diskutieren?

6. Zusammenfassungsverfrage („Summary Question“):

An dieser Stelle hat der Moderator die Diskussion zusammengefasst und nachfragt, ob alles richtig verstanden wurde oder wesentliche Aspekte vergessen wurden.

7. Abschluss

3.2.3 Auswahl der Moderatoren

Es wurden zwei Moderatoren ausgewählt, die durch Studium und berufliche Erfahrung für die Gruppenmoderation geeignet waren. Diese gehörten einer geisteswissenschaftlichen Berufsgruppe an und arbeiteten nicht in dem hier behandelten Forschungskontext. Vor den Terminen für die Gruppendiskussion erhielten beide Moderatoren den Diskussionsleitfaden und ein Exposé. Die Moderation erfolgte unentgeltlich.

3.2.4 Durchführung der Gruppendiskussionen

Die vier Gruppendiskussionen:

- zwei Diskussionen mit Studierenden und
- zwei Diskussionen mit Lehrenden

haben an drei unterschiedlichen Terminen mit zwei unterschiedlichen Moderatoren in folgender Aufteilung stattgefunden:

Tabelle 12: Termine und Moderation der Gruppendiskussionen

Datum	05. 06. 2003	05. 06. 2003	12. 06. 2003	18. 06. 2003
Moderator	Mod. 1	Mod. 2	Mod. 1	Mod. 1
Gruppe	Studierende	Lehrende	Studierende	Lehrende
Teilnehmer gesamt	6	6	8	8

Die Gruppendiskussion war für eine Dauer von etwa 90 min. veranschlagt. Zu Beginn haben die Moderatoren die Teilnehmer willkommen geheißen. Im zweiten Schritt informierten die Moderatoren die Teilnehmer über die Videoaufnahme der Gruppendiskussion. Aus rechtlichen Gründen wurde jeder darum gebeten, eine Einwilligung für die Videoaufnahme zu unterschreiben (siehe Anhang), und sie wurden über die Anonymisierung im Rahmen der Transkription aufgeklärt. Danach begann die Videoaufzeichnung der Gruppendiskussion. Die Diskussion konnte von beiden Moderatoren individuell nach dem Diskussionsleitfaden (siehe Kap. 3.2.2) gestaltet werden, d. h. inhaltlich sollten alle „Schlüsselfragen“ gestellt werden. Die Reihenfolge und den Aufbau der Diskussion, und die Dauer eines Themas konnten von jedem Moderator selbst festgelegt werden. Auch das Ende wurde von jedem Moderator selbst festgelegt. Im Anschluss an die Gruppendiskussion bekamen die Teilnehmer Literatur in Form von Kopien zu dem Thema persönliche und professionelle Entwicklung angeboten (American Board of Internal Medicine (ABIM), 1995; The Scottish Deans' Medical Curriculum Group, 2000a; Burger, et al., 2003).

3.2.5 Datenerfassung

Die Erfassung der Gruppendiskussion erfolgte in Form einer Videoaufzeichnung. Anschließend wurde die Aufzeichnung nach folgenden Regeln transkribiert:

- Zur Anonymisierung der einzelnen Diskutanten werden die vom Forscher vorgegeben Abkürzungen genutzt.
- Zur Strukturierung der Gesprächsbeiträge werden die Fragen aus dem Diskussionsleitfaden in das Transkript eingefügt und vom Originaltext durch Markierung abgehoben.
- Nicht verständliche Beiträge werden wie folgt gekennzeichnet: (...).
- Beiträge wie „Äh“ und „Öh“ etc. werden ausgelassen.
- Der Satzbau darf sinnvoller konstruiert werden, jedoch ohne den Sinn zu verändern.
- Bei Unterbrechungen durch anderen Diskutanten, Telefonanrufe etc. wird die Unterbrechung kursiv markiert.
- Nicht zu Ende geführte Sätze werden wie folgt gekennzeichnet: „...“.

3.2.6 Auswertungsschritte: zusammenfassende Inhaltsanalyse

MAYRING hat allgemein für die qualitative Inhaltsanalyse und speziell für die Analyseform zusammenfassende Inhaltsanalyse ein konkretes Ablaufmodell zur qualitativen Forschung entwickelt, welches allgemein die Grundlage für die Auswertung von Gruppendiskussionen bildet. Für die vorliegende Arbeit wird dieses Vorgehen in leichter Modifizierung gleichermaßen gewählt. Im Folgenden wird der inhaltsanalytische Ablauf skizziert und jeder Punkt im Anschluss bezogen auf die vorliegende Studie erläutert (vgl. Mayring, 2003, S.53 ff).

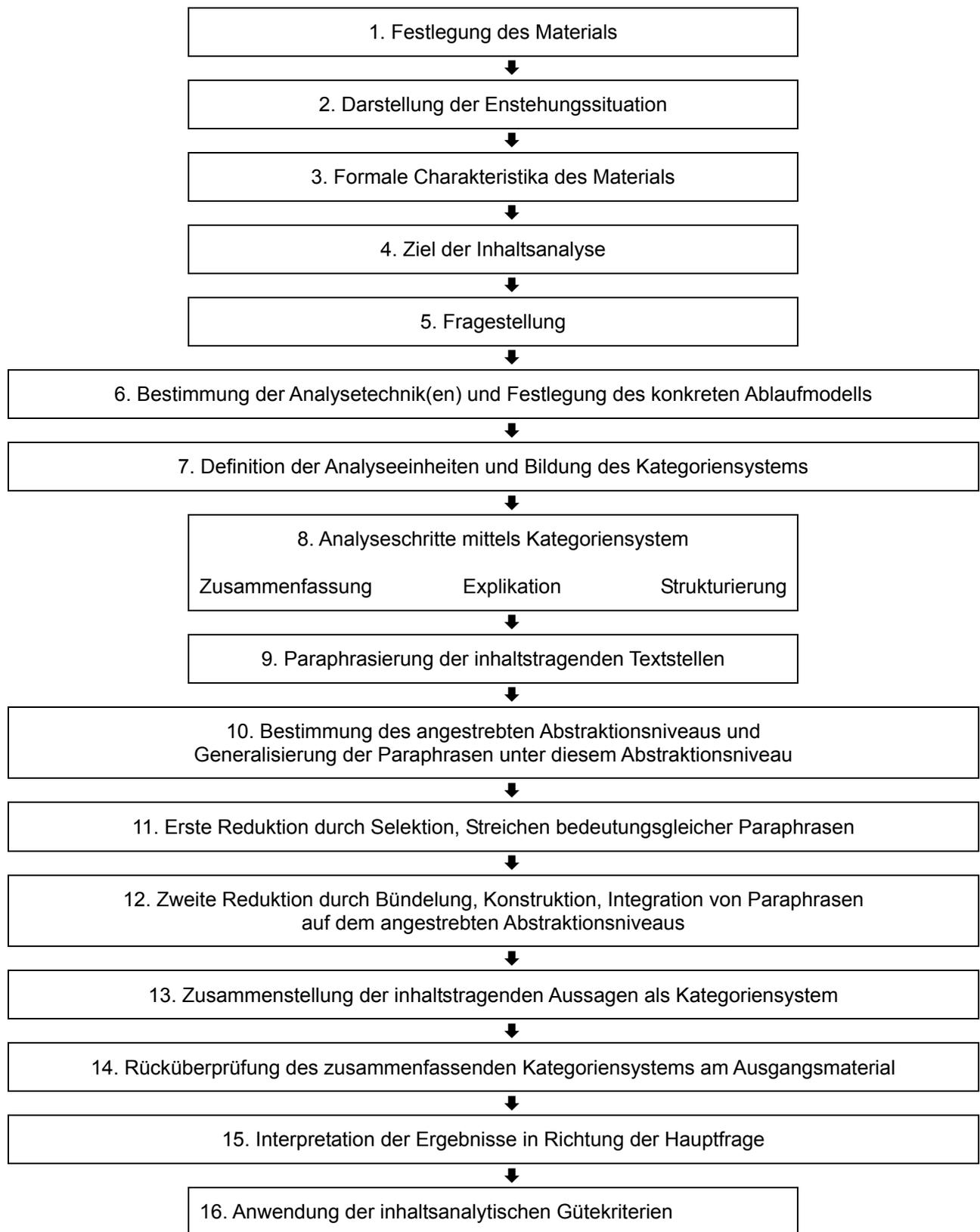


Abbildung 2: Allgemeines und zusammenfassendes inhaltsanalytisches Ablaufmodell (leicht modifiziert)

Die Schritte 1- 5 werden in den Kapiteln 1. und 3.1- 3.2.4 beschrieben.

6. Entsprechend dem „Allgemein inhaltsanalytisches Ablaufmodell“ und dem „Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse“ nach MAYRING (Mayring, 2003, S. 54 und 60) wird für die vorliegende Studie ein leicht modifiziertes Modell entwickelt (siehe Abb. 2).

7. Definition der Analyseeinheiten: Eine inhaltstragende Aussage entspricht folgenden Kriterien, um sie zur Analyse hinzuzuziehen. Eine Aussage:

- besteht mindestens aus einem Wort und
- ist nicht größer als eine Aussage eines Teilnehmers. Ausnahmen bilden Textstellen, die sich nur durch ergänzende Gesprächsbeiträge des Moderators oder eines zweiten Diskutanten erklären lassen.

Bildung des Kategoriensystems: Das System der Haupt- und Mittelkategorien wird durch die Fragestellung bestimmt.

- persönliche Entwicklung (Hauptkategorie)
 - Definition von persönlicher Entwicklung (Mittelkategorie)
 - Wodurch wird persönliche Entwicklung beeinflusst? (Mittelkategorie)
 - Ist die persönliche Entwicklung Aufgabe der Fakultät? (Mittelkategorie)
 - Veränderungswünsche für persönliche Entwicklung (Mittelkategorie)
- professionelle Entwicklung (Hauptkategorie)
 - Definition von professioneller Entwicklung (Mittelkategorie)
 - Wodurch wird professionelle Entwicklung beeinflusst? (Mittelkategorie)
 - Ist professionelle Entwicklung Aufgabe der Fakultät? (Mittelkategorie)
 - Veränderungswünsche für professionelle Entwicklung (Mittelkategorie)

Auswertungseinheiten: Alle vier Gruppendiskussionen werden getrennt voneinander anhand des Kategoriensystems analysiert. Danach werden die beiden Diskussionen mit den Studierenden und die beiden der Lehrenden zu jeweils einer neuen Gruppe Studierende bzw. Lehrende zusammengefasst, so dass zwei Gruppen entstehen, die miteinander verglichen werden können.

8. Festlegen der Analyseschritte mittels des Kategoriensystems: Die nächsten Analyseschritte folgen dem Prinzip der Zusammenfassung des Ablaufmodells (siehe

Punkt 6). Dafür wird das „Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse“ nach MAYRING (Mayring, 2003, S. 60) der vorliegenden Studie angepasst (siehe Abb. 2).

9. Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen: Inhaltstragende Textstellen werden aus der Gruppendiskussion entsprechend der vorgegebenen Haupt- und Mittelkategorie ausgewählt, markiert und zugeordnet. Anschließend werden die Textstellen in einer grammatikalischen Kurzform paraphrasiert und damit auf eine einheitliche Sprachebene transformiert.

Beispiel: „*Die persönliche Entwicklung, nur rein die Selbsterkenntnis, ist, was kann man machen, wie weit kommt man, wo sind die eigenen Grenzen.*“ (Lehrende 05.06.03)

wird paraphrasiert zu: „*Selbsterkenntnis, wo sind die eigenen Grenzen.*“ und der Mittelkategorie „Definition“ der Hauptkategorie „persönliche Entwicklung“ zugeordnet.

Bereits zu Beginn zeigt sich, dass einige Textstellen inhaltlich nicht klar den Hauptkategorien persönliche oder professionelle Entwicklung zugeordnet werden können. Um diese Textstellen jedoch nicht zu verwerfen, wird eine weitere Hauptkategorie mit dem Titel „persönliche und professionelle Entwicklung“ gebildet.

- Persönliche und professionelle Entwicklung (Hauptkategorie)
 - Definition von persönlicher und professioneller Entwicklung (Mittelkategorie)
 - Wodurch wird die persönliche und professionelle Entwicklung beeinflusst? (Mittelkategorie)
 - Gibt es einen Zusammenhang zwischen persönlicher und professioneller Entwicklung? (Mittelkategorie)
 - Veränderungswünsche für die persönliche und professionelle Entwicklung von Studierenden (Mittelkategorie)

10. Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus: Die Paraphrasen werden so generalisiert, dass unter der neuen Generalisierung mehrere Paraphrasen subsumiert werden können.

Generalisierung: „*Selbsterkenntnis*“ in der Mittelkategorie „Definition“ der Hauptkategorie „persönliche Entwicklung“.

11. Erste Reduktion durch Selektion: Dabei werden bedeutungsgleiche Paraphrasen unter einer generalisierten Paraphrase zusammengefügt.

Beispiele:

„Die persönliche Entwicklung, nur rein die Selbsterkenntnis, ist, was kann man machen, wie weit kommt man, wo sind die eigenen Grenzen“ (Lehrende 05.06.03).

„Und ich denke, ein Stück Erfahrung gibt es ja doch noch, was auch wichtig ist für die Persönlichkeitsentwicklung und solche Dinge wie: Was bin ich? Was kann ich leisten? Wie schätze ich mein eigenes Leistungsvermögen überhaupt ein“ (Lehrende 05.06.03).

Beide Textstellen werden unter „*Selbsterkenntnis*“ in der Mittelkategorie „Definition“ der Hauptkategorie „persönliche Entwicklung“ zusammengefasst.

12. Zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion und Integration: Paraphrasen werden auf ein höheres Abstraktionsniveau zusammengeführt. Dadurch entstehen Unterkategorien. Dabei werden inhaltlich gleiche Aussagen und unterschiedliche Aussagen über den gleichen Gegenstand zusammengefasst.

Beispiel: Zweite Reduktion: „*Selbsterkenntnis*“ in der Unterkategorie „*intrapersonelle Entwicklung*“ der Mittelkategorie „Definition“ der Hauptkategorie „persönliche Entwicklung“.

13. Zusammenstellung der inhaltstragenden Aussagen als Kategoriensystem: Als Folge der Reduktionen entsteht ein überarbeitetes Kategoriensystem mit Hauptkategorien, Mittelkategorien und Unterkategorien (siehe Kapitel 4).
14. Eine Rücküberprüfung des zusammengestellten Kategoriensystems wird durch die Fragestellungen und das Ausgangsmaterial vorgenommen.
15. Die Interpretation der Ergebnisse in Richtung der Hauptfrage wird in Kapitel 5 näher gelegt.
16. In der vorliegenden Arbeit finden nachstehende spezifisch inhaltsanalytische Gütekriterien nach KRIPPENDORF (Krippendorf, 1980 nach Mayring, 2003, S.111ff) ihre Anwendung, die zum einen eine hohe Validität und zum anderen eine hohe Reliabilität ausdrücken.

Folgende Kriterien qualitativer Studien (nach KRIPPENDORF) sprechen für eine hohe *Validität*:

- Die *semantische Gültigkeit* drückt sich in möglichst genau definierten Analyseeinheiten (Kodierregeln, Ankerbeispiele, etc.) aus, dessen Überprüfung am Material wiederholt stattfinden muss (so genannte „Checks“).
- Um eine *Stichprobengültigkeit* zu erlangen, werden zunächst heterogene Gruppen künstlich zusammengesetzt (siehe Kapitel 3.1.2.1.), anschließend erfolgt eine merkmalspezifische Stratifizierung (so genannte geschichtete Stichprobe) der beiden Gruppen und nachstehend eine Randomisierung nach dem einfachen Zufallsprinzip (siehe Kapitel 3.2.1.). Damit ist die Stichprobe nach BORTZ und DÖRING merkmalspezifisch repräsentativ (vgl. Bortz und Döring, 2002, S.398ff).
- Eine *Vorhersagegültigkeit* entsteht dann, wenn sich bestimmte Annahmen aus dem Material ableiten lassen, dessen anschließende Überprüfung die Behauptungen bestätigt und diese Hypothesen dazu ein aussagekräftiges Ergebnis haben. Dies kann beispielsweise anhand eines Fragebogens geschehen.
- „Ein Test ist *konstruktvalid*, wenn aus dem zu messenden Zielkonstrukt Hypothesen ableitbar sind, die anhand der Testwerte bestätigt werden können“ (Bortz und Döring, 2002, S.200). Da Inhaltsanalysen zwar Hypothesen produzieren, aber keine Testwerte, werden die generierten Annahmen mit konventionellen Modellen und Theorien und anderen repräsentativen Untersuchungen verglichen. Dies erfolgt in Kapitel 5.

Folgende Kriterien qualitativer Studien (nach Krippendorf, 1980) drücken eine hohe *Reliabilität* aus:

- Die *Stabilität* des Kodiersystems wird zum einen durch das wiederholte Überarbeiten innerhalb der ersten Gruppendiskussion und zum anderen durch das sich daran anschließende Anwenden des Systems auf die verbleibenden drei Gruppendiskussionen erreicht.
- *Reproduzierbarkeit*: Die Inhaltsanalyse wurde von drei Analytikern unabhängig voneinander durchgeführt und anschließend miteinander verglichen. Beim Vergleich der kodierten Textstellen zeigte sich, dass die Analytiker weitgehend in der Zuordnung zu den Haupt- und Mittelkategorien übereinstimmten. Nach der Konkretisierung der einzelnen Unterkategorien konnte ebenfalls eine hohe Überein-

stimmung in den Unterkategorien erzielt werden. Dadurch wurde eine Interkoderreabilität erreicht.

- *Exaktheit* wird durch Stabilität und Reproduzierbarkeit des Meßinstrumentes ausgedrückt. Wenn die vier möglichen Fehlerquellen nach KRIPPENDORF beachtet werden, ist es möglich, eine große Exaktheit zu erlangen.
 - Kodierer: In der vorliegenden Arbeit beginnt die Inhaltsanalyse mit einer Gruppendiskussion (GD Studierende 05.06.03), die von drei Analytikern unabhängig voneinander kategorisiert wird. Die Ergebnisse werden anschließend miteinander verglichen und unterschiedliche Resultate diskutiert. In einem nächsten Schritt wird das Kategoriensystem überarbeitet und erneut auf die erste Gruppendiskussion (GD Studierende 05.06.03) angewendet. Dieser Prozess findet so lange statt, bis ein einheitliches Kategoriensystem für die erste Gruppendiskussion gefunden ist. Anschließend wird dieses erarbeitete Kategoriensystem auf die übrigen drei Gruppendiskussionen angewendet (siehe Kap.4). Ziel dieser Arbeitsschritte ist die Erlangung einer Interkoderreabilität.
 - Unklare Textstellen: Werden von den Kodierern Textstellen ungleich kodiert, werden diese dahingehend diskutiert und überprüft, ob sie sich systematisch vom übrigen Material unterscheiden. Wenn dies zutrifft, entfällt die Kodierung.
 - Unklare Kategorien: Kategorien, bei denen zwischen den Kodierern immer wieder Unstimmigkeiten auftreten, werden durch eine klarere Definition verschärft.
 - Kategoriendifferenzierung: Zeigt sich, dass zwischen zwei Kategorien die Unschärfe nicht behoben werden kann, werden beide Kategorien zusammengefasst und durch eine umfassendere Bezeichnung gebündelt (vgl. Krippendorf, 1980 nach Mayring, 2003, S.115).
- *Objektivität* wird zum einen durch die Transparenz des methodischen Vorgehens und zum anderen durch den „interpersonalen Konsens“ zwischen den Kodierern erreicht. Dies führt zu einer „gewissen Standardisierung“ der entsprechenden Studie (Bortz und Döring, 2002, S.326ff).

Die Auswertung erfolgt mittels Softwareprogramm des Textanalysesystems MAX Qualitative Datenanalyse (Version 1995-2001, Kuckartz, 2001).

3.3 Diskussion der Methode

Rückblickend haben sich einige Aspekte in der Methodik und Umsetzung der Forschungsfrage als nicht ganz optimal herausgestellt. Ein Defizit lag in der Gestaltung des Diskussionsleitfadens. Zum einen sind einige Fragen nicht ausreichend präzise formuliert, um exakte Antworten und damit Definitionen von persönlicher und professioneller Entwicklung zu erhalten. Zum anderen sind bei einer Diskussionsdauer von etwa 90 Minuten zu viele Fragen zu unterschiedlichen Themen formuliert worden, welche im Ergebnis z. T. die Aussagekraft vermindert. Eine noch Ziel führende Fragestellung zur Definition der persönlichen und professionellen Entwicklung und weniger Fragen hätten möglicherweise zu einer konkreteren Beantwortung der Fragestellung geführt.

Ein weiterer Bias erwächst aus dem Einsatz der Moderatoren. Die Moderatoren erhielten vor deren Einsatz eine Einführung in das Forschungsthema. Eine noch deutlichere Aufgabenstellung an die Moderatoren und ein präziserer Diskussionsleitfaden hätten den Moderatoren geholfen, die Diskutanten noch stärker auf die eigentliche Fragestellung zu fokussieren, um Nebenthemen zu vermeiden. In der vorliegenden Arbeit gab es daher einige durchaus interessante Gesprächsbeiträge zu themenverwandten Bereichen, die jedoch letztendlich nicht im Bezug zur Fragestellung standen.

Im Vergleich der unterschiedlichen Definitionen über persönliche und professionelle Entwicklung von Studierenden und Lehrenden zeigte sich, dass eine Gruppendiskussion unter jungen Ärzten eine sinnvolle Ergänzung für die Begriffsbestimmung gewesen wäre. In der vorliegenden Arbeit präsentieren sich daher zum Teil konträre Meinungsbilder zu den einzelnen Fragestellungen, die dadurch geprägt sind, dass die Gruppe der Studierenden für einige Erfahrungen noch zu jung ist und daher nur theoretisch über einige Sachverhalte diskutieren konnte, während die Lehrenden aufgrund z. T. langjähriger Berufstätigkeit, bestimmte Voraussetzungen und professionelle Qualitäten bereits in das eigene Berufsbild implementiert hatte, ohne diese jedoch zu benennen. Eine Befragung von jungen Ärzten hätte aufgrund der neuen Berufserfahrungen hier eventuell die Begriffsbestimmung von persönlicher und professioneller Entwicklung ergänzen können.

Um Störeinflüsse wie unterschiedliche Merkmale der Versuchspersonen oder äußere Faktoren, die die interne Validität des Experiments beeinflussen können, zu minimieren,

wurde zum einen eine Randomisierung durchgeführt und zum anderen eine stringente Systematik in der Auswertung der Ergebnisse (Inhaltsanalyse) verfolgt (vgl. auch Kap. 3.2.6, Punkt 16). Aufgrund der vergleichsweise kurzen Befragungsdauer bei jeweils 8 Teilnehmern pro Gruppendiskussion konnten möglicherweise persönliche Hintergründe, wie beispielsweise unterschiedliche soziale und familiäre Kontexte der Versuchspersonen nicht ausreichend einbezogen werden. Hier wären eventuell zusätzliche Einzelinterviews hilfreich gewesen.

4 Ergebnisse

Zuerst wird das Kategoriensystem mit den Haupt-, Mittel- und Unterkategorien abgebildet, welches für die Analyse der vier Gruppendiskussionen entwickelt wurde. Die Zahlen in der rechten Spalte geben die Anzahl der Diskussionsbeiträge der Studierenden und Lehrenden an, die einer bestimmten Kategorie zugeordnet wurden. Sie geben jedoch keine Auskunft darüber, wie viele Personen sich an der jeweiligen Diskussion tatsächlich beteiligt haben. Für die Fragestellung der vorliegenden Studie ist dies unerheblich, da es nicht das Ziel war, möglichst viele Meinungen von unterschiedlichen Diskutanten zu erhalten, sondern möglichst viele und unterschiedliche Aussagen zu einem Thema zu sammeln. Im Anschluss an die tabellarische Übersicht (siehe Tab. 13) werden die einzelnen Kategorien, getrennt nach Lehrenden und Studierenden beschrieben (siehe Kapitel 4.2). Anschließend folgt eine Zusammenfassung der Kategorien (siehe Kapitel 4.3) inklusive graphischer Darstellungen. Die Balkendiagramme (ebenfalls Kapitel 4.3) sollen vor allem das Mengenverhältnis der Unterkategorien aufzeigen.

4.1 Kategoriensystem

Die nachfolgende Tabelle stellt das Kategoriensystem zur persönlichen und professionellen Entwicklung anhand der Aussagen von Studierenden und Lehrenden als ein Ergebnis der Inhaltsanalyse dar. Die Äußerungen werden innerhalb der einzelnen Kategorien im darauf folgenden Kapitel 4.2 erläutert.

Tabelle 13: Kategoriensystem zur persönlichen und professionellen Entwicklung von Studierenden und Lehrenden

Hauptkategorie (HK)	Mittelkategorie (MK)	Unterkategorie (UK)	Anzahl der Aussagen	
			Studenten	Lehrende
Persönliche Entwicklung	<i>Definition</i>	Intrapersonelle Fähigkeiten	16	12
		Interpersonelle Fähigkeiten	6	1
		Lernen und Wissen	0	2
		Fortentwicklung	0	6
	<i>Einflussfaktoren</i>	<i>(keine Unterkategorie)</i>	28	19
	<i>Aufgabe der Fakultät</i>	Zustimmung	7	4
		Unentschlossenheit	4	9
Verneinung		3	3	
Professionelle Entwicklung	<i>Definition</i>	Intrapersonelle Fähigkeiten	8	8
		Interpersonelle Fähigkeiten	17	8
		Lernen und Wissen	12	31
		Arztbild	5	5
		ökonomisches Denken und Handeln	0	4
	<i>Einflussfaktoren</i>	<i>(keine Unterkategorie)</i>	18	9
	<i>Aufgabe der Fakultät</i>	Zustimmung	4	2
Unentschlossenheit		1	0	
Persönliche und professionelle Entwicklung	<i>Definition</i>	Fortentwicklung	0	7
		<i>Einflussfaktoren</i>	<i>(keine Unterkategorie)</i>	44
	<i>Zusammenhang zwischen persönlicher und professioneller Entwicklung</i>	Zustimmung	19	2
		Unentschlossenheit	3	1
Verneinung		0	3	
Veränderungswünsche	<i>(keine Mittelkategorie)</i>	Intrapersonelle Fähigkeiten	0	29
		Interpersonelle Fähigkeiten	0	13
		Lernen und Wissen	0	6
		Unterrichtsinhalte und Themen	6	31
		Unterrichtsformate	5	13
		Lehr- und Lernmethoden	16	31
		Rahmenbedingung	2	29

4.2 Erläuterung der Kategorien

Im Folgenden werden zunächst die einzelnen Mittel- und Unterkategorien inhaltlich beschrieben, in einem zweiten Schritt erfolgt die Zusammenfassung der vier Gruppendiskussionen innerhalb der Mittel- bzw. Unterkategorien; zuerst Studierende, dann Lehrende. Diese Zusammenschau wird durch Zitate aus den Gruppendiskussionen ergänzt. Für die Darstellung der Ergebnisse wird folgendes Format gewählt, welches die Lesbarkeit erleichtern soll: **Hauptkategorie**, **Mittelkategorie**, Unterkategorie und „Zitate“.

4.2.1 Hauptkategorie: Persönliche Entwicklung

4.2.1.1 Mittelkategorie: Definition von persönlicher Entwicklung

Aus den 22 Beiträgen von Studierenden und 21 Aussagen der Lehrenden konnten fünf Unterkategorien für die Definition von persönlicher Entwicklung identifiziert werden. Nachfolgend werden diese fünf Unterkategorien beschrieben.

Zwei Äußerungen der Studierenden beinhalten, dass sie eine Definition über die persönliche Entwicklung nicht vornehmen können.

4.2.1.1.1 Unterkategorie: Intrapersonelle Fähigkeiten

Unter intrapersonelle Fähigkeiten werden im Allgemeinen persönlichkeitsbezogene Eigenschaften wie Einstellungen, Werthaltungen, Selbstwahrnehmung und die Reflexion des eigenen Denkens und Handelns verstanden.

Die Aussagen der Studierenden beschreiben intrapersonelle Fähigkeiten wie folgt: Sicher aufzutreten, seine eigenen Grenzen zu erkennen und diese nicht zu missbrauchen, sowie mit Krankheit und Sterben adäquat umgehen zu können. Ferner bezeichnen Studierende die Suche nach einer Spezialisierungsrichtung und die Auseinandersetzung mit selbiger als persönliche Entwicklung, die auch beinhalten kann, dass man bereit ist, mehr Zeit in diesen „Bereich“ zu investieren (vgl. Studierende 12.06.03). Einige Studierende nehmen im Studium einen Unterschied zwischen Realität und Idealzustand wahr. Auf die Frage, wie sie persönliche Entwicklung erleben, geben sie an, dass

sie aktuell lernen, „*hart [zu] arbeiten*“, „*sich durchbeißen [zu] können*“, „*Prioritäten setzen [zu] können*“ und auch „*[zu] scheitern*“ (Studierende 05.06.03). Diese Aussagen werden überwiegend von Studierenden des Regelstudienganges gemacht.

Die Lehrenden definieren in der Unterkategorie intrapersonelle Fähigkeiten die persönliche Entwicklung vor allem als Selbsterkenntnis. Dabei verstehen sie diese Erkenntnis sowohl im persönlichen: Wo sind meine Grenzen? Was bin ich? Was kann ich? Was kann ich nicht? als auch im ärztlichen Kontext: Damit umgehen zu können, „*dass ich nicht allmächtig bin, und dass ich nicht Patienten retten kann, die nicht zu retten sind*“ und eine Vorstellung davon zu haben, „*was es bedeutet, Arzt zu sein*“. Andere Äußerungen beziehen sich auf Fähigkeiten wie „*Selbstbewusstsein entwickeln*“ und „*in sich zu ruhen*“ (Lehrende 05.06.2003).

4.2.1.1.2 Unterkategorie: Interpersonelle Fähigkeiten

Wenn von interpersonellen Fähigkeiten die Rede ist, werden im Allgemeinen kommunikative und kooperative Verhaltensweisen beschrieben.

Die Studierenden definieren die Fähigkeiten, sich in einem Team integrieren und mit Patienten umgehen zu können als persönliche Entwicklung. Ein Student beschreibt persönliche Entwicklung allgemein als eine „*Entwicklung zum Menschen [...] sein in der Gesellschaft*“ (Studierende 12.06.03).

Die Aussage einer Dozentin beinhaltet „*empathisch sein*“ (Lehrende 05.06.2003).

4.2.1.1.3 Unterkategorie: Lernen und Wissen

Unter Lernen und Wissen werden das berufsspezifische Wissen, der Umgang damit und das Aneignen von Wissen verstanden.

Die Lehrenden nennen in dieser Unterkategorie „*lebenslanges Lernen*“, den „*Umgang mit Wissen*“ (Lehrende 05.06.2003), aber auch die Kenntnis darüber, wie man sich Wissen aneignet.

Bei den Studierenden finden sich für diese Unterkategorie keine Äußerungen.

4.2.1.1.4 Unterkategorie: Wann ist persönliche Entwicklung abgeschlossen?

Die Diskussion über die Endlichkeit von persönlicher Entwicklung hat bei den Lehrenden großen Raum eingenommen. Ein Teil der Lehrenden hält die persönliche Entwicklung für einen „Prozess, der niemals abgeschlossen ist“. Der andere Teil meint, dass *„persönliche Entwicklung [...] mit dem Beginn des Studiums schon zum großen Teil abgeschlossen ist“*. Einige Aussagen stellen in Frage, dass Eigenschaften wie *„soziale Kompetenz in dem Alter, wo man studiert, noch [...] wesentlich modifiziert werden kann“* (Lehrende 05.06.2003).

Bei den Studierenden lassen sich für diese Unterkategorie keine Aussagen identifizieren.

4.2.1.2 Mittelkategorie: Wodurch wird persönliche Entwicklung beeinflusst?

Um die Frage umfassend zu beantworten, was persönliche Entwicklung sei, muss neben der Frage nach Kriterien für eine Definition auch die Frage gestellt werden, wodurch persönliche Entwicklung beeinflusst wird. Insgesamt können zu dieser Mittelkategorie 28 Äußerungen von Studierenden und 19 von den Lehrenden subsumiert werden.

Einflussfaktoren auf die persönliche Entwicklung finden sich nach Aussagen der Studierenden inner- und außerhalb des Studiums. Studierende des Reformstudienganges geben explizit das Studium an sich als eine Ursache für Entwicklung an. Es werden aber auch Lehrmethoden (Seminare in Dialogform, Peergroup-Learning), Lernbedingungen (Pflicht-Eigeninitiative im Studium, selbstbestimmtes Lernen mit intrinsischer Motivation), spezielle Unterrichtsformate (Praktika auf Station) und die Auseinandersetzung mit bestimmten Themen wie ethische und medizingeschichtliche Fragen und dem Begriff Krankheit, mit Fachrichtungen im Sinne von Berufsfindung und mit der ärztlichen Gesprächsführung genannt. Die Studierenden des Regelstudiengangs haben bisher die Erfahrung gemacht, dass *„es persönliche Entwicklung im Sinne von Vorwärtsentwicklung, Positiventwicklung im Studium nicht gibt“* (Studierende 12.06.03), sondern dass sie vielmehr daran gehindert werden. Daraus ableitend ist nach Aussagen dieser eine persönliche Entwicklung nur außerhalb des Studiums möglich, beispielsweise durch ein Jahr Pause, *„um zu sich selber zu finden“* (Studierende 12.06.03). Von einem Studierenden wird gesagt, dass seine persönliche Entwicklung in der Ausbildung vor dem Studium stattgefunden hätte.

Auf die Frage, welche Umstände eine persönliche Entwicklung herbeiführen können, nennen die Lehrenden Methoden wie die Modellfunktion des Dozenten bzw. Hochschullehrers sowie Studierenden Feedback geben. Außerdem kann man durch Seminare, Vorlesungen etc. Studierende persönlich berühren, was wiederum zu einer persönlichen Entwicklung des einzelnen Studenten führen kann. Eine Entwicklung nur „*durch eine theoretische Erziehung*“ sei nicht möglich (Lehrende 18.06.2003). Neben den Lernmethoden werden sowohl interaktionelle Situationen wie der Patientenkontakt, die Arbeit im Team, der gemeinsame Austausch über Erfahrungen, als auch intrapersonelle Fähigkeiten wie die eigenen konkreten Erfahrungen und deren Reflexion, Selbsterkenntnis und Selbstbewusstsein von den Lehrenden als entwicklungsfördernd bezeichnet.

4.2.1.3 Mittelkategorie: Ist die persönliche Entwicklung Aufgabe der Fakultät?

Um die Annahme zu überprüfen, ob die persönliche Entwicklung ein Ausbildungsziel in der medizinischen Ausbildung sei, wurde an die Probanden die Frage gestellt, ob die persönliche Entwicklung Aufgabe der Fakultät sei. Insgesamt fanden sich 14 Äußerungen von Studierenden und 16 von den beteiligten Lehrenden.

Auf die Frage, ob die persönliche Entwicklung eine Aufgabe der Fakultät sein sollte, fallen die Antworten der Studierenden heterogen aus. Ein Befürworter erläutert seine Aussage mit den Worten: „*Zu was [anderes] als Menschen, sollen sie uns denn sonst ausbilden?*“ (Studierende 12.06.03). Aus den insgesamt sieben Aussagen, die davon ausgehen, dass die persönliche Entwicklung Aufgabe der Fakultät ist, ließen sich keine weiteren Begründungen ableiten. Vier Aussagen weisen auf eine Unentschlossenheit hin, etwa drei Aussagen verneinen gänzlich, dass die Fakultät einen Auftrag in diesem Sinne habe.

Auch die Antworten der Lehrenden bezüglich der Frage, ob persönliche Entwicklung eine Aufgabe der Fakultät sei, fallen inhomogen aus. Neun Aussagen spiegeln eine Unentschlossenheit wider. Der Inhalt einer Aussage sieht eine gewisse Verantwortung der Fakultät für die persönliche Entwicklung der Studierenden. Eine weitere Aussage enthält den Vorschlag, „*Angebote zu machen, die dann zur persönlichen Weiterentwicklung führen*“ könnten, ist aber dagegen, bewusst in die persönliche Entwicklung einzugreifen (Lehrende 18.06.2003). Sechs Aussagen enthalten Äußerungen über die Haltung des Dozenten in moralischen und ethischen Fragen. Dabei setzen diese Lehrenden voraus,

dass eine gemeinsame Diskussion über diese Fragen eine persönliche Weiterentwicklung herbeiführt. Einige Aussagen fordern eine neutrale Position der Lehrenden in Diskussionen über ethische und moralische Gesichtspunkte ein, andere wiederum geben an, dass man *„in einer Situation, wo offensichtlich unmoralisches [...] oder unethisches Verhalten an den Tag gelegt wird, man doch schon kommentieren und klar machen müsste, dass das nicht gerade die Meinung ist oder die moralische Vorstellung, die man selber vertritt“* (Lehrende 05.06.2003). Neben neun Aussagen, in denen sich eine Unentschlossenheit widerspiegelt, ob die persönliche Entwicklung Aufgabe der Fakultät ist, gibt es auch vier Stimmen dafür und drei, die dagegen sind, *„jemanden persönlich entwickeln zu wollen“* (Lehrende 18.06.2003).

4.2.2 Hauptkategorie: Professionelle Entwicklung

4.2.2.1 Mittelkategorie: Definition von professioneller Entwicklung

Zur Definition von professioneller Entwicklung ergaben sich fünf Unterkategorien, die aus den 42 bzw. 56 Aussagen der Studierenden und Lehrenden resultieren.

4.2.2.1.1 Unterkategorie: Intrapersonelle Fähigkeiten

Studierende verstehen hinsichtlich der professionellen Entwicklung unter intrapersonellen Fähigkeiten allgemein die Befähigung zur Reflexion über sich selbst und die eigenen Grenzen, und speziell über Medizin und die Arztrolle aus Sicht der Gesellschaft. Darüber hinaus lassen sich unter intrapersonellen Fähigkeiten Aussagen subsumieren, wie mit Krankheit und Sterben umgehen und aufgrund der Beschäftigung mit einem Fachgebiet andere Ansichten entwickeln zu können. Ein Teil der Diskussionsbeiträge beschreibt professionelle Entwicklung in dem Sinne, *„dass man aktiv daran gearbeitet hat, Arzt zu werden“*, und nicht, *„dass einem das einfach passiert“*. Dafür ist auch wichtig, *„einen Entwurf im Kopf zu haben“*, davon was für ein *„Arzt man später mal sein möchte“* (Studierende 12.06.03).

Lehrende verstehen unter intrapersonellen Fähigkeiten das Wissen, dass (eigene) Meinungen sich verändern können und dass Werte und Normen kulturspezifisch unterschiedlich sein können, aber auch das Erkennen der eigenen Grenzen und sich selbst und die anderen in Frage zu stellen. Bezogen auf das Berufsleben nennen die Lehren-

den die Fähigkeit, sich das Berufsleben selbständig zu gestalten, damit *„sie ihr Leben zufriedenstellend verbringen können“* und auch, dass *„man gesund durch das Berufsleben kommt“* (Lehrende 18.06.2003). In einer Aussage wird formuliert, dass man rationale Entscheidungen treffen können muss. Eine weitere Äußerung definiert professionelle Entwicklung als das Wissen, dass man sich als Arzt nicht von anderen Mitmenschen abgrenzt und infolge dessen *„nicht den weißen Kittel als Schutzwall versteht“* (Lehrende 18.06.2003).

4.2.2.1.2 Unterkategorie: Interpersonelle Fähigkeiten

In der Unterkategorie interpersonelle Fähigkeiten konnten folgende Aussagen der Studierenden untergeordnet werden: sich in den Klinikalltag und ein Team integrieren können, so *„dass man sich selber behaupten kann, aber auch Rücksicht auf andere nimmt“* (Studierende 12.06.03); mit Patienten, Kollegen etc. kommunizieren können; mit Patienten umgehen können, so *„dass man [...] den Patienten versteht, [und] der Patient einen selber versteht“* (Studierende 12.06.03); sich selbst und den Klinikalltag organisieren können sowie *„ethisches Handeln“* (Studierende 05.06.03).

Die Auswertung der Aussagen der Lehrenden zeigt ein sehr ähnliches Bild. Auch bei den Lehrenden stehen Teamarbeit und der Arzt-Patienten-Kontakt im Fokus der interpersonellen Fähigkeiten: im Arzt-Patienten-Kontakt speziell die Fähigkeit, angemessen ein Arzt-Patienten-Gespräch zu führen, dem Patienten gegenüber empathisch zu sein und die Perspektive wechseln zu können, allgemein helfen und interagieren zu können sowie spezifisch im Bereich Team, in einem Team arbeiten und andere mit einbeziehen zu können.

4.2.2.1.3 Unterkategorie: Lernen und Wissen

Die Studierenden definieren in der Unterkategorie Lernen und Wissen professionelle Entwicklung zum einen als das Wissen über Grundlagen, als Überblick über das ganze Fach Medizin und als Fachkenntnisse im Speziellen. Zum anderen verstehen die Studierenden darunter auch Wissen über die Interaktion zwischen Mensch und Umwelt. Aussagen, wie Wissen anwenden können und Wissen erwerben im Sinne von lebenslangem Lernen schließen die studentischen Diskutanten in die professionelle Entwicklung mit ein. Außerdem finden sich Aussagen, dass eine gute fachliche Ausbildung dazu

führt, dass man sich selbst einordnen kann. Dies stünde im engen Zusammenhang mit den intrapersonellen Fähigkeiten, die dazu führen, dass man weiß, wo die eigenen Grenzen sind.

In die Unterkategorie Lernen und Wissen konnten über die Hälfte der Diskussionsbeiträge der Lehrenden im Rahmen der Definitionsfindung für professionelle Entwicklung verortet werden. Für eine professionelle Entwicklung spricht das Aneignen, den Umgang und die Anwendung von Wissen. Unter „Aneignen von Wissen“ verstehen die Lehrenden das Wissen, wie man sich (persönlich) Kenntnisse aneignet, die richtigen Informationen zu einem bestimmten Thema auswählt, eine Literaturrecherche durchführt und die Haltung, lebenslang lernen zu wollen. Unter „Umgang mit Wissen“ verstehen die Lehrenden den kritischen Umgang mit Informationen und Wissen, Akzeptanz über die Halbwertszeit von Wissen und der Umgang mit Evidenz basierter Medizin sowie die eigene Erfahrung. Unter Aussagen, die sich auf die „Anwendung von Wissen“ beziehen, fallen die Nutzung von Wissen im Einzelfall (z.B. Toleranz von pharmakologischen Nebenwirkungen abhängig von der jeweiligen Lebenssituation, wie beispielsweise *„wenn Haarausfall [eine] Nebenwirkung ist, dann kommt es ganz individuell darauf an. Ein alter Mann wird das tolerieren, eine Frau nicht“*) und das Zusammenspiel von Erfahrung, Wissenschaft und Forschung. Zusätzlich zu diesen Fähigkeiten werden noch *„Wissenschaftlichkeit“* und *„Fachkenntnisse haben“* genannt.

4.2.2.1.4 Unterkategorie: Arztbild

Die Unterkategorie beinhaltet Diskussionsbeiträge, die sich mit dem Arztbild als Ausdruck professioneller Entwicklung auseinandersetzen.

Die Aussagen der Studierenden spiegeln ein vielseitiges Bild des Arztberufes wieder. Auf der einen Seite wird der *„Standardarzt“* genannt, bei dem es *„überhaupt nicht funktioniert mit der Kommunikation zwischen Arzt und Patient“* (Studierende 12.06.03) und auf der anderen Seite ist der ideale Arzt, der fachlich gut ausgebildet ist und welcher *„den Patienten versteht [und] der Patient [den Arzt] versteht.“* Aus Sicht eines Studierenden sei dieser *„seit einer Generation über uns“* kaum noch vorhanden (Studierende 12.06.03). Zudem wird in zwei Aussagen der Beruf des Arztes als ein eher handwerklicher Ausbildungsberuf beschrieben und weniger als ein wissenschaftliches Studium, da man während des Medizinstudiums eine breit gefächerte und Praxis angewandte Aus-

bildung erhält und sich nicht nur mit einem theoretischen Themenkomplex beschäftigt wie beispielsweise im Studium der „Soziologie“ (Studierende 05.06.03). Zwei Aussagen beinhalten, dass *„professionell ärztlich sein, professionell menschlich [zu] sein“* bedeutet (Studierende 12.06.03).

Die Lehrenden stellen den Arztberuf mit folgenden Bildern dar: Es wird der „gute“ oder auch „klassische“ Arzt beschrieben, der *„kompetent und [...] wohlwollend zu seinen Patienten“* ist und als *„jemand, der in sich ruht, weise ist und sich soziale Kompetenz [...] erworben hat“* (Lehrende 05.06.2003). Ein anderer bezeichnet den „modernen“ Arzt als *„einen Beruf [...] mit hoher Verantwortung, [...] in dem] man mit Wissen [...] und Empathie Menschen helfen kann“*. Eine Dozentin berichtet von ihrem Unterricht, in welchem Studierende folgendes Bild von einem Hausarzt beschrieben haben, nämlich dass *„in diesem Bereich die Medizin gar nicht so eine große Rolle spielt. Da geht es eher darum, sich in den Patienten hinein zu versetzen und ihn zu verstehen [...]“* (Lehrende 05.06.2003).

4.2.2.2 Unterkategorie: Ökonomisches Denken und Handeln

Die Unterkategorie ökonomisches Denken und Handeln wurde gebildet, weil insgesamt vier Aussagen identifiziert wurden, die sich mit der Wirtschaftlichkeit in der Medizin und der Gesundheitspolitik auseinandersetzen.

Die Lehrenden definieren professionelle Entwicklung als ökonomisches Denken und das daraus resultierende Handeln so, *„dass man [...] abwägen muss, nicht nur vor dem Hintergrund, dass die Mittel begrenzt sind, sondern auch vor dem Hintergrund, dass nicht immer für jeden Patienten das teuerste und meiste [...] wichtig ist [...] sei es im Krankenhaus, sei es im niedergelassenen Bereich“* (Lehrende 18.06.2003).

Die Studierenden sind auf dieses Thema nicht zu sprechen gekommen.

4.2.2.3 Mittelkategorie: Wodurch wird professionelle Entwicklung beeinflusst?

Nachdem sich die Teilnehmer damit auseinandergesetzt haben, was professionelle Entwicklung für sie bedeutet, stellt sich die Frage, ob es Einflussfaktoren gibt, die diese positiv begünstigt.

Als Einfluss auf die professionelle Entwicklung wird aus Sicht der Studierenden vor allem das Studium an sich genannt, d.h. „Medizin studieren, um sich in einem Fachgebiet zu professionalisieren“ (Studierende 05.06.03). Dazu gehört auch das Anwachsen von Fachwissen im Vergleich zu vor dem Studium, welches mit Neugierde verbunden sein sollte. Darüber hinaus werden in diesem Zusammenhang Unterrichtsveranstaltungen wie die Übung „ärztliche Gesprächsführung“ und Unterrichtsformate wie Praktika genannt, die eine professionelle Entwicklung begünstigen. Einfluss haben Lern- und Lehrmethoden, in denen Zusammenhänge vermittelt werden und selbstbestimmtes Lernen möglich ist. Auch die Vorbildfunktion von Lehrenden wird als hilfreiche Professionalisierungsmethode genannt.

In den Aussagen der Lehrenden wird deutlich, dass sie die Frage vor einem anderen Erfahrungshintergrund beantworten. Als eine wichtige Voraussetzung für professionelle Entwicklung werden unterschiedliche Entwicklungsmöglichkeiten angesehen. Einige Lehrende halten das Aufarbeiten oder Supervidieren von Patientenfällen, beispielsweise durch Fallkonferenzen, für eine Möglichkeit der professionellen Entwicklung. Andere sehen einen bedeutenden Entwicklungsschritt durch das Schreiben einer Dissertation. Eine Äußerung beinhaltet autogenes Training als einen positiven Einfluss auf professionelle Entwicklung. Zudem werden die eigene Erfahrung und der Patientenkontakt als Einflussfaktoren genannt.

4.2.2.4 Mittelkategorie: Ist professionelle Entwicklung die Aufgabe der Fakultät?

Auf die Frage, ob die professionelle Entwicklung Aufgabe der Fakultät sein sollte, antworten die Studierenden mit ja. Nur in einer Aussage werden Bedenken geäußert, dass es *„schwer für die Fakultät [ist] einen darauf [Umgang mit Krankheit und Sterben als professionelle Entwicklung] vorzubereiten. Die können einen ja nicht an die Hand nehmen und auf eine Palliativstation bringen“* (Studierende 05.06.2003).

Auch die Lehrenden bejahen, dass die Fakultät die Aufgabe hat, denn sie wird *„von der Gesellschaft bezahlt, Leuten bestimmte Fähigkeiten zu vermitteln, die sie hinterher in die Lage versetzt, als Mediziner zu arbeiten“* (Lehrende 05.06.2003).

4.2.3 Hauptkategorie: Persönliche und professionelle Entwicklung

Ausgehend von den Aussagen zu persönlicher oder professioneller Entwicklung gab es eine Reihe von Diskussionsbeiträgen, die sich nicht eindeutig einer der beiden Hauptkategorien zuordnen ließen. Aus diesem Grund wurde eine Hauptkategorie „persönliche und professionelle Entwicklung“ ins Ergebnis aufgenommen (siehe auch Kap. 3.2.6., Punkt 9).

4.2.3.1 Mittelkategorie: Definition von persönlicher und professioneller Entwicklung

4.2.3.1.1 Unterkategorie: Wann ist Entwicklung abgeschlossen? (Fortentwicklung)

Ob eine Entwicklung überhaupt noch möglich ist, wird von den Lehrenden kontrovers diskutiert. Die sieben dazu identifizierten Aussagen reichen von, „*dass man immer veränderbar ist*“, bis zur Frage, „*inwieweit man einen erwachsenen Menschen noch charakterlich schulen kann*“ (Lehrende 18.06.2003).

Die Studierenden stellten sich diese Frage nicht.

4.2.3.2 Mittelkategorie: Wodurch wird persönliche und professionelle Entwicklung beeinflusst?

Die Studierenden geben in ihren Aussagen Gründe und Ursachen an, durch die sie selbst eine Entwicklung erfahren haben bzw. eine Entwicklung ihrer Meinung nach möglich ist. Sie erleben Einflüsse auf die persönliche und professionelle Entwicklung in verschiedenen Unterrichtsformaten etwa in klinischen Praktika, Praktika in der ambulanten Versorgung, im Pflegepraktikum, in der Veranstaltung „Problemorientiertes Lernen“, in der Übung „Interaktion“ bzw. Veranstaltung zur ärztlichen Gesprächsführung oder auch in Kursen wie „Medizinische Soziologie“. Peer-Group-Learning bzw. Lernen am Modell werden als hilfreicher erlebt, als nur die Vermittlung von Theorien und Techniken. Als einen weiteren Einflussfaktor werden Rückmeldungen über (ärztliche) Tätigkeiten genannt, beispielsweise im Praktikum. Es wird diskutiert, dass life-long-learning eine wichtige Haltung sei, um eine lebenslange Entwicklung zu ermöglichen. Entwicklung werde auch durch Personengruppen beeinflusst, in erster Linie werden Dozenten/Ärzte ge-

nannt, die sowohl positive als auch negative Modellfunktion ausüben können. Darüber hinaus werden Patienten, Kommilitonen und Mitarbeiter der Ausbildungsorganisation genannt. Einige Aussagen beziehen sich auf die Konzeption des Studiums. Die Studierenden finden es entwicklungsfördernd, wenn ihnen Eigenverantwortung und Eigeninitiative einen großen Freiraum im Studium erlauben. Ähnlich wird auch das Vertrauen beurteilt, welches den Studierenden in den klinischen Praktika entgegen gebracht wird.

Dem gegenüber äußern sich die Lehrenden, dass unterschiedliche Umstände begünstigend auf eine Entwicklung wirken würden. Sie nennen Lehr- und Lernmethoden wie Lernen am Modell, das Prinzip „See One, Do One, Teach One“, Entwicklung durch eigene Erfahrungen und weniger durch Simulation. Die Lernatmosphäre wird als sehr wichtig erachtet, als ein vertrauter und verbindlicher Kontakt zwischen Studierenden und Lehrenden mit einer gewissen Kontinuität, obwohl dies in einer Massenuniversität unter Umständen nicht umsetzbar sei. Ein herausragendes Unterrichtsformat wird nicht genannt- lediglich eine Aussage bezieht sich darauf, dass Vorlesungen allein für die Entwicklung nicht förderlich seien. Als intrapersonelle Eigenschaft, welche eine Entwicklung ermöglicht, wird die Haltung bezeichnet, *„niemals still zu stehen, sondern dass die Entwicklung immer weiter geht“* (Lehrende 05.06.2003).

4.2.3.3 Mittelkategorie: Zusammenhang zwischen persönlicher und professioneller Entwicklung

Neunzehn Aussagen der Studierenden beschreiben einen Zusammenhang zwischen persönlicher und professioneller Entwicklung. Ein Teil der Aussagen enthält die Meinung, dass die *„professionelle Entwicklung Teil der persönlichen Entwicklung“* (Studierende 05.06.03) sei, und reicht bis zu dem Standpunkt, dass eine Entwicklung auf professioneller Ebene nicht möglich sei, wenn man sich daneben nicht persönlich entwickeln würde. Sieben Aussagen beschreiben die Wechselwirkung zwischen persönlicher und professioneller Entwicklung. Es gibt drei Aussagen zu der Ansicht, dass eine professionelle Entwicklung dazu führt, *„dass man ganz andere Ansichten kriegt, und sich dadurch auch [...] verändert, sich persönlich weiterentwickelt“* (Studierende 05.06.03). Andere Wortmeldungen wiederum stellen dar, dass die *„private Entwicklung [...] Einfluss auf das Professionelle hat“* (Studierende 05.06.03), dabei können die beiden Entwicklungsstränge *„teilweise unterschiedlich schnell voran gehen“* (Studierende 12.06.03). In drei Aussagen wird die Frage gestellt, ob es einen Zusammenhang zwi-

schen der persönlichen und der professionellen Entwicklung überhaupt gibt und wenn ja, ob eine Wechselwirkung zwischen beiden existiert. Exemplarisch steht dafür folgende Aussage: „*Persönliche Entwicklung geht [...] privat und beruflich [...]. Und deswegen habe ich überlegt, ob diese Professionalität [...] sich [...] im Privaten [...] wieder findet?*“ (Studierende 05.06.03).

Die Aussagen aus der Gruppe der Lehrenden spiegeln ähnlich wie die der Studierenden ein differentes Meinungsbild wieder. In zwei Aussagen wird ein Zusammenhang zwischen persönlicher und professioneller Entwicklung beschrieben, nämlich dass „*Lebenszufriedenheit*“ sowohl durch das Privat- als auch durch das Berufsleben entsteht und dass eine Unzufriedenheit in einem dieser Bereiche in hohem Maße Einfluss auf den anderen haben würde, vor allem wenn man als Arzt tätig ist (vgl. Lehrende 18.06.2003). Andere Aussagen betonen, dass gerade die „*persönliche und professionelle Entwicklung der Studierenden [...] nicht so verzahnt*“ (Lehrende 05.06.2003) sein solle, da ein Arzt nur dann auf die Bedürfnisse der Patienten eingehen könne, wenn er in Abgrenzung zur Patientenbetreuung einen ausreichenden Freizeitausgleich habe. Ein Beitrag der Lehrenden betitelt die Schulzeit als die Phase der Persönlichkeitsentwicklung und sieht den Eintritt in die Universität als den Start der professionellen Entwicklung.

4.2.4 Hauptkategorie: Veränderungswünsche

Von Interesse für den Forschungsansatz war ebenso die Frage, was sich verändern müsse, um eine persönliche oder professionelle Entwicklung in der medizinischen Ausbildung zu ermöglichen. Unter den Beiträgen der Teilnehmer an den vier Gruppendiskussionen lassen sich sieben Aspekte (Unterkategorien) identifizieren, welche diese Veränderung begünstigen könnten. Insgesamt gibt es 29 Beiträge der Studierenden und 152 der Lehrenden.

4.2.4.1.1 Unterkategorie: Intrapersonelle Fähigkeiten

Unter dieser Rubrik lassen sich 29 Aussagen der Lehrenden subsumieren, die Studierenden äußern in dieser Unterkategorie keine Vorschläge.

Die Lehrenden nennen die Fähigkeit zur Reflexion, beispielsweise des realen und des idealen Arztbildes, der individuellen Erfahrungen und der eigenen Grenzen. Gefördert wird Reflexion mitunter durch Feedback. Weiter führen sie an, dass Studierende lernen sollten, das eigene Wissen sowie Lehrbuchwissen kritisch zu hinterfragen. Dazu gehört ebenfalls, dass die Studenten lernen sollen, ihr eigenes Wissen einzuschätzen. Außerdem wollen die Lehrenden die Studierenden darin unterstützen, ihre eigene Meinung zu finden und diese begründen zu können, sowie eigene Entscheidungen treffen zu können. In einer Wortmeldung wird gefordert, dass den Studierenden mit den kommunikativen Fertigkeiten auch eine bestimmte Haltung vermittelt werden sollte. Die Lehrenden wünschen sich für die Studierenden, *„dass sie Selbstbewusstsein entwickeln. Dass sie sich bewusst werden, was sie sind, was sie können, was sie nicht können. Dass sie Selbstbewusstsein entwickeln [, und dass sie wissen], was sie dürfen, was sie nicht dürfen. Dass sie einfach in sich ruhen, und sich nicht vor jeden Karren spannen lassen“* (Lehrende 18.06.2003, dieses Zitat findet sich auch im Kapitel 4.2.1.1.1 Mittelkategorie: Definition von persönlicher Entwicklung. Unterkategorie: Intrapersonelle Fähigkeiten). Ferner möchten sie *„den Studenten klar [...] machen, dass sie auch noch eine Person sind jenseits ihres Arztseins“* (Lehrende 05.06.2003).

4.2.4.1.2 Unterkategorie: Interpersonelle Fähigkeiten

Dreizehn Beiträge der Lehrenden konnten der Unterkategorie interpersonelle Fähigkeiten zugeordnet werden. Um die persönliche und professionelle Entwicklung in der medizinischen Ausbildung zu etablieren, sehen die Lehrenden Möglichkeiten im Bereich der interpersonellen Fähigkeiten. Die Vorschläge beziehen sich auf allgemeine Fähigkeiten wie soziale Kompetenz und konkrete wie Teamfähigkeit, die Fähigkeit zu guter ärztlicher Gesprächsführung, Empathiefähigkeit und entsprechende Umgangsformen. Neben diesen Fähigkeiten wollen die Lehrenden auch eine Haltung vermittelt wissen, nämlich das Interesse an Menschen bzw. an Patienten. Dazu gehört auch das Wissen darüber, wie man als Arzt Patienten psychosozial unterstützen kann.

Bei den Studierenden finden sich keine Aussagen zu dieser Unterkategorie.

4.2.4.1.3 Unterkategorie: Lernen und Wissen

In sechs Wortmeldungen kommen die Lehrenden zu dem Ergebnis, dass es in der Lehre nicht nur um reine Wissensvermittlung gehen sollte. Sie wollen Basiswissen lehren und die Fähigkeit vermitteln, die Informationen einordnen zu können, um die Studierenden auf diese Weise zu einer Weiterentwicklung zu befähigen.

Die Studierenden haben sich zu diesem Thema nicht geäußert.

4.2.4.1.4 Unterkategorie: Unterrichtsinhalte und Themen

Die Unterkategorie „Unterrichtsinhalte und Themen“ beinhaltet Aussagen, in denen bestimmte thematische Veranstaltungen oder konkrete Inhalte für Veranstaltungen genannt werden. Sechs Aussagen von Studierenden und 31 von Lehrenden konnten der Unterkategorie zugeordnet werden.

Die Studierenden des Regelstudiengangs wünschen sich mehr Veranstaltungen aus dem Bereich „Ärztliche Gesprächsführung“, als ein Veranstaltungsthema wird „Das Überbringen schlechter Nachrichten“ genannt. Außerdem fordern sie, dass ethisches Denken und Handeln in die Studieninhalte eingeflochten wird. Als hilfreich empfinden sie es, wenn sie schon frühzeitig *„ein Bild vermittelt bekommen würden, was überhaupt der Arztberuf bedeutet“* (Studierende 12.06.03). Das Chemiepraktikum würden die Regelstudierenden gerne abschaffen. In einer Aussage wird von den Studierenden die Ausbildung in menschlichen Werten gefordert.

Inhaltlich wünschen sich die Lehrenden Themen wie Burn-out, soziale Kompetenz, Tod und Sterben, ökonomisches Denken und Handeln und Umgang mit Evidenzbasierter Medizin. Zusätzlich halten sie es für wichtig, ein bzw. das eigene Arztbild oder Leitbild zu vermitteln. Dadurch wollen sie erreichen, dass die Studierenden auf der einen Seite ein realistisches Berufsbild bekommen und auf der anderen Seite ein Vorbild erhalten, welches den Studierenden ärztliche Wertvorstellungen, einen empathischen Zugang zu Patienten und ein Bewusstsein für deren Individualität vermitteln. Ferner fordern die Lehrenden Angebote zur persönlichen Entwicklung und zum Problemorientierten Denken und Handeln. Die Lehrenden schlagen Veranstaltungen aus den Bereichen Interaktion und Supervision, Unterricht am Krankenbett und autogenes Training vor. Der Anatomiekurs sollte laut einer Aussage der Lehrenden ganz abgeschafft werden.

4.2.4.1.5 Unterkategorie: Unterrichtsformate

Als geeignetes Unterrichtsformat, welches eine persönliche und professionelle Entwicklung ermöglicht, sehen Studierende die Kleingruppenarbeit. Zudem wünschen sie sich mehr Praktika und mehr fallorientierte Veranstaltungen auf der Station.

In allen 13 Aussagen der Lehrenden werden als entwicklungsfördernde Unterrichtsformate ebenfalls die Arbeit in Kleingruppen oder in Seminaren genannt. Dabei werden ein größerer Praxisanteil und Fallkonferenzen gewünscht, während Frontalunterricht oder Vorlesungen die Entwicklung nicht begünstigen würden.

4.2.4.1.6 Unterkategorie: Lehr- und Lernmethoden

In der Unterkategorie „Lehr- und Lernmethoden“ sind alle Aussagen zusammengefasst, die sich mit der Unterrichtsweise und dem Vorgehen während des Unterrichts beschäftigen. In der Gruppe der Studierenden konnten 13 Aussagen darunter subsumiert werden, bei den Lehrenden waren dies 31.

Die Studierenden wünschen sich, dass im Unterricht mehr Patientennähe aufgebaut werden sollte, sei es durch echte Patienten oder durch Lernen an Patientenfällen. Als eine geeignete Methode sehen sie den fächerübergreifenden Unterricht und erhoffen sich davon, dass Dozenten den Dialog untereinander und mit den Studierenden suchen. Dabei sollte der Unterricht die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Fachgebieten aufzeigen. Als weitere entwicklungsförderliche Methode erachten die Studierenden das modellhafte Lernen. Dies würde vor allem durch mehr Praktika mit klinischen Bezügen erreicht werden (siehe Unterrichtsformate). Eine weitere Möglichkeit, um eine Entwicklung zu beschleunigen, sehen die Studierenden in der individuellen Wahlfreiheit wie zum Beispiel der persönlichen Wahl einer Klinik oder Praxis bei Wahlpflichtpraktika. In einer Aussage wird der Wunsch nach mehr „Zugzwang“ ausgedrückt, „wenn man sich [beispielsweise] nicht direkt traut“ ein Gespräch mit einem Patienten aufzunehmen (Studierende 05.06.03).

Die Lehrenden wünschen sich ein anderes Studenten-Dozenten-Verhältnis. Sie möchten gerne als kontinuierliche Ansprechpartner und Begleiter durch das Studium fungieren. Dies kann nur gelingen, wenn durch das Studium ein konstanter Kontakt ermöglicht wird wie beispielsweise in Kleingruppenunterricht, der über ein Semester fort dauert, oder durch gemeinsame Zusammenarbeit auf einer Station während eines Praktikums.

Ein kontinuierlicherer Kontakt würde auch die Möglichkeit für Feedback und Supervision verbessern, um beispielsweise Situationen aus dem klinischen Praktikum und Gruppenprozesse aus der Kleingruppenarbeit diskutieren und aufarbeiten zu können. Überdies könnten sie durch den kontinuierlichen Kontakt mit den Studierenden das Interesse an Wissen und Forschung fördern. Die Aussagen weisen darauf hin, dass dieses Anliegen teilweise bereits im Reformstudiengang umgesetzt worden ist. In einer Aussage der Lehrenden wird der Wunsch nach neuen Lehr- und Lernmethoden deutlich, konkret wird in den Äußerungen der Lehrenden ein höherer Praxisanteil im Studium gefordert. Methodisch könnte dies durch Simulationspatienten und Rollenspiele, durch die Simulation von ärztlichem Handeln und Selbsterfahrung, durch „Learning by Doing“ und Patientenkontakt umgesetzt werden. Dazu sollte die Theorie mit der Praxis verbunden werden. In einer Aussage wird zudem vorgeschlagen, Patienten in den Unterricht zu integrieren, weil dies *„weit über den üblichen Einfluss, den solch eine Vorlesung hat, hinausgehen kann“* (Lehrende 18.06.2003).

4.2.4.1.7 Unterkategorie: Rahmenbedingungen

Diese Unterkategorie umfasst insgesamt 31 Wortmeldungen, die sich mit den organisatorischen, finanziellen und ähnlichen Vorbedingungen des Medizinstudiums beschäftigen.

Von den Studierenden werden zur Veränderung der Rahmenbedingungen zwei wesentliche Aspekte angesprochen. Zum einen wird in den Aussagen die Aufhebung der Trennung von Vorklinik und Klinik gefordert. Und zum anderen wünschen sie für die Dozenten mehr Vorbereitungszeit für die Lehre als Teil ihrer Tätigkeit an der Universität.

In den Diskussionen der Lehrenden nehmen die Rahmenbedingungen einen großen Raum ein, die durch 29 Aussagen belegt werden. Zum einen verlangen sie ebenso wie die Studierenden ein modifiziertes Curriculum, in dem vorklinische und klinische Fächer miteinander verzahnt sind oder verweisen auf Studienmodelle in Großbritannien oder Frankreich, in denen es einen höheren klinischen Anteil gibt. Zum anderen beziehen sich zwei Aussagen darauf, Selektionskriterien oder Auswahlverfahren für zukünftige Medizinstudenten zu entwickeln und anzuwenden. Die Definition von Ausbildungszielen stellt einen weiteren Vorschlag dar. Die Forderung nach veränderten Rahmenbedingungen für Lehrende spielt jedoch die größte Rolle. Die Aussagen beziehen sich darauf,

dass es eine professionelle Ausbildung für Dozenten, eine gleichberechtigte Honorierung von Lehre, Klinik und Forschung und Freiraum für Lehre und Lehrende geben sollte. In diesem Zusammenhang steht der Vorschlag einer Trennung in professionell Forschende, Kliniker und Lehrende, „*denen Wissensvermittlung Spaß*“ (Lehrende 18.06.2003). Eine weitere Forderung besteht aus dem Wunsch nach regelmäßigem Feedback in allen beruflichen Situationen bis hin zur Supervision auf der Station, externer Evaluation, einer flacheren Hierarchie und letztendlich der Förderung der Weiterbildung von Assistenten. Denn „*jemand, der in seiner Arbeitswirklichkeit [erfährt, dass daran Interesse besteht, dass man sich] persönlich und professionell entwickelt, [...] der wird das auch mit seinen Studenten machen*“ (Lehrende 05.06.2003). Eine Aussage sieht dies in der „*Unternehmensphilosophie Human Resource Development*“ verwirklicht (Lehrende 05.06.2003).

4.3 Zusammenfassung der Kategorien

Bezogen auf die Fragestellungen erfolgt nun eine Zusammenfassung der identifizierten Merkmale aus den Gruppen der Studierenden und Lehrenden.

4.3.1 Hauptkategorie: Persönliche Entwicklung

Persönliche Entwicklung wird von den Lehrenden inhaltlich umfassender als von den Studierenden definiert. Quantitativ gibt es in der Gesamtmenge der Wortmeldungen nur einen geringen Unterschied. Beide Parteien sehen in der persönlichen Entwicklung vorrangig *intrapersonelle Fähigkeiten* betroffen, wobei in den Aussagen der Studierenden für die eigene persönliche Entwicklung eine Diskrepanz zwischen der Wirklichkeit und dem Ideal wahrgenommen wird. Als eine Ursache wird eine ungenügende Selbstentfaltung angesichts einer hohen Leistungsorientierung durch die Fakultät genannt.

Von Studierenden und Lehrenden werden gleichermaßen *intrapersonelle Fähigkeiten* wie Selbsteinschätzung, Selbsterkenntnis und Selbstsicherheit im Umgang mit bestimmten Themen und Situationen genannt. Lehrende ergänzen in diesem Kontext die Fähigkeit, die eigene Rolle als Arzt reflektieren zu können. Beide Gruppen nennen nur wenige Inhalte, die sich auf *interpersonelle Fähigkeiten* beziehen. Die genannten As-

pekte beziehen sich in den Aussagen der Studierenden auf den Umgang mit Patienten und auf die Teamfähigkeit. Die Lehrenden präzisieren dies mit dem Begriff Empathie.

Zwei Aussagen der Lehrenden sind der Unterkategorie *Lernen und Wissen* zugeordnet worden. Sie beschäftigen sich zum einen mit lebenslangem Lernen als Haltung und zum anderen damit, Wissen praktisch anwenden zu können. Die Lehrenden haben in etwa einem Drittel ihrer Gesprächsbeiträge, die der Mittelkategorie Definition von persönlicher Entwicklung zugeordnet worden sind, darüber diskutiert, ob und wann persönliche Entwicklung endet. Ein Teil der Lehrenden sieht in der persönlichen Entwicklung einen niemals endenden Prozess, ein anderer Teil hält diese Entwicklung bei Eintritt ins Studium für abgeschlossen. Zusätzlich wird in zwei Aussagen der Studierenden angegeben, dass sie Schwierigkeiten mit einer Definitionsfindung von persönlicher Entwicklung hätten.

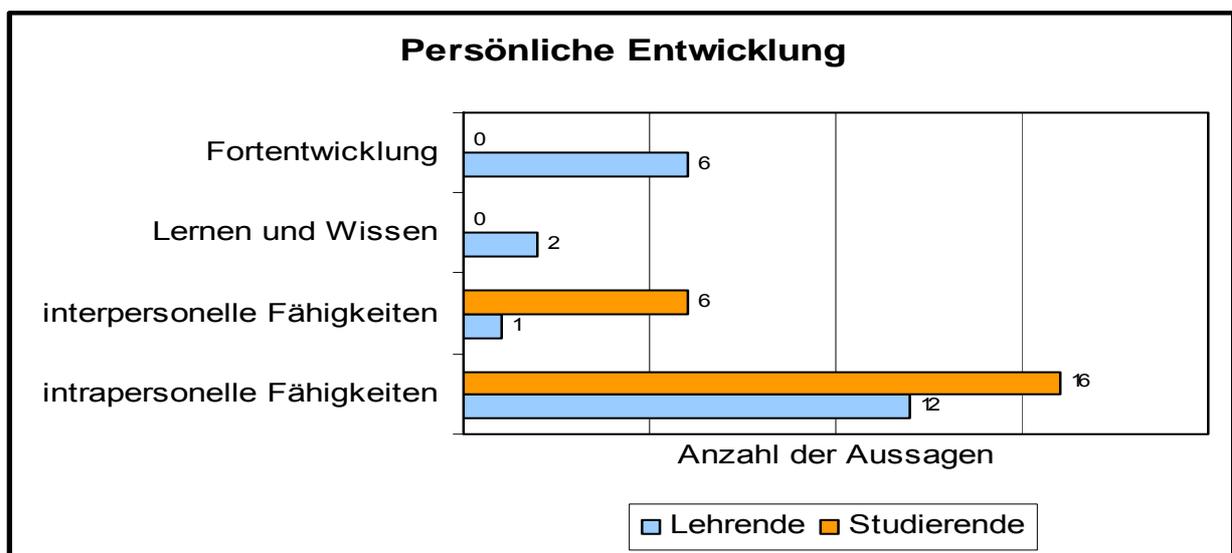


Abbildung 3: Kategorie „Persönliche Entwicklung“. Verteilung aller Wortbeiträge der Studierenden und Lehrenden

Die Frage, ob die Fakultät der persönlichen Entwicklung von Medizinstudierenden Raum geben sollte, wird von den Studierenden zu 50% bejaht. Die Studierenden begründen ihre Zustimmung damit, dass sie sich dabei eine Unterstützung in der eigenen Persönlichkeitsbildung zum Menschen hin wünschen, präzisieren dies jedoch nicht weiter. Zwei Drittel der Aussagen der Lehrenden weisen darauf hin, dass die Fakultät nur eine eingeschränkte Verantwortung gegenüber der persönlichen Entwicklung von Studierenden habe. So wird in einem Teil der Aussagen gefordert, dass sich Dozenten in moralischen und ethischen Fragen neutral zu verhalten haben. Der andere Teil der Aus-

sagen schränkt ein, dass Lehrende moralische und ethische Fragestellungen und schwierige Situationen im Unterricht zumindest mit einer persönlichen Meinung oder Haltung kommentieren sollten. Vier der Aussagen bejahen jedoch direkt, dass die persönliche Entwicklung Aufgabe der Fakultät sei. Sowohl in der Gruppe der Lehrenden als auch der Studierenden gibt es jeweils drei Wortbeiträge, die es nicht als Aufgabe der Fakultät sehen, den Studierenden Raum für eine persönliche Entwicklung einzuräumen, und keine Beeinflussung wünschen.

4.3.2 Hauptkategorie: Professionelle Entwicklung

Professionelle Entwicklung wird von den Studierenden und Lehrenden unterschiedlich wahrgenommen. Die Differenzen sind sowohl inhaltlicher als auch quantitativer Art. Insgesamt konnten in den Beiträgen fünf Kriterien identifiziert werden, die nach Meinung der Befragten zur professionellen Entwicklung gehören.

Hinsichtlich *intrapersoneller Fähigkeiten* finden sich sowohl bei den Studierenden als auch bei den Lehrenden Fertigkeiten wie: Selbsteinschätzung und Selbsterkenntnis, Self-care, Arztrolle reflektieren können und offen sein für (eigene) Veränderungen. Darüber hinaus finden sich bei den Studierenden Aspekte wie: mit bestimmten Themen und Situationen umgehen können, und bei den Lehrenden: unterschiedliche Umgebungsfaktoren (wie kulturelle, situative Faktoren) beurteilen können und rationale Entscheidungen treffen können.

Auch in der Unterkategorie *interpersonelle Fähigkeiten* gibt es Übereinstimmung in den Aussagen. Beide Gruppen nennen Aspekte wie: kommunizieren können, mit Patienten umgehen können, sich in ein Team integrieren können und teamfähig sein. Dabei schildern die Studierenden in ihren Formulierungen ein anschaulicheres Bild von interpersonellen Fähigkeiten als die Lehrenden mit Wortbeiträgen wie z. B. mit Patienten umgehen können, so „*dass man [...] den Patienten versteht, [und] der Patient einen selber versteht*“ (Studierende 12.06.03). Darüber hinaus finden sich bei den Studierenden noch Aussagen wie: den eigenen Arbeitsalltag organisieren können und ethisch handeln können, und bei den Lehrenden: empathisch sein.

In der Unterkategorie *Lernen und Wissen* finden sich bei den Lehrenden ausführlichere Beschreibungen mit fast zwei Drittel mehr Wortmeldungen als bei den Studierenden. Diese betreffen den Erwerb, den kritischen Umgang und die patientenorientierte An-

wendung von Wissen. Gleichmaßen nennen die Studierenden und Lehrenden Aspekte wie: lebenslanges Lernen, Kenntnis über die Wissensaneignung und richtige Wissensanwendung. Lehrende nennen zudem Aspekte wie: kritischer Umgang mit Wissen und wissenschaftlich denken können.

Sowohl Studierende als auch Lehrende beschreiben das *Bild* vom guten *Arzt* als sozial und medizinisch kompetent. Studierende bezeichnen Ärzte ohne diese Kompetenzen als „Standardärzte“ (Studierende 12.06.03). Die Lehrenden halten eine Kombination des sozial und medizinisch kompetenten Arztes verbunden mit ökonomischem und wissenschaftlichem Denken als das Arztbild der Zukunft. In den Äußerungen der Studierenden werden Studium und Beruf des Mediziners eher als ein handwerklicher Beruf beschrieben. Die Unterkategorie *Ökonomisches Denken und Handeln* erscheint nur bei den Lehrenden, da bei den Studierenden keine Angaben zu dieser Kategorie gemacht worden sind.

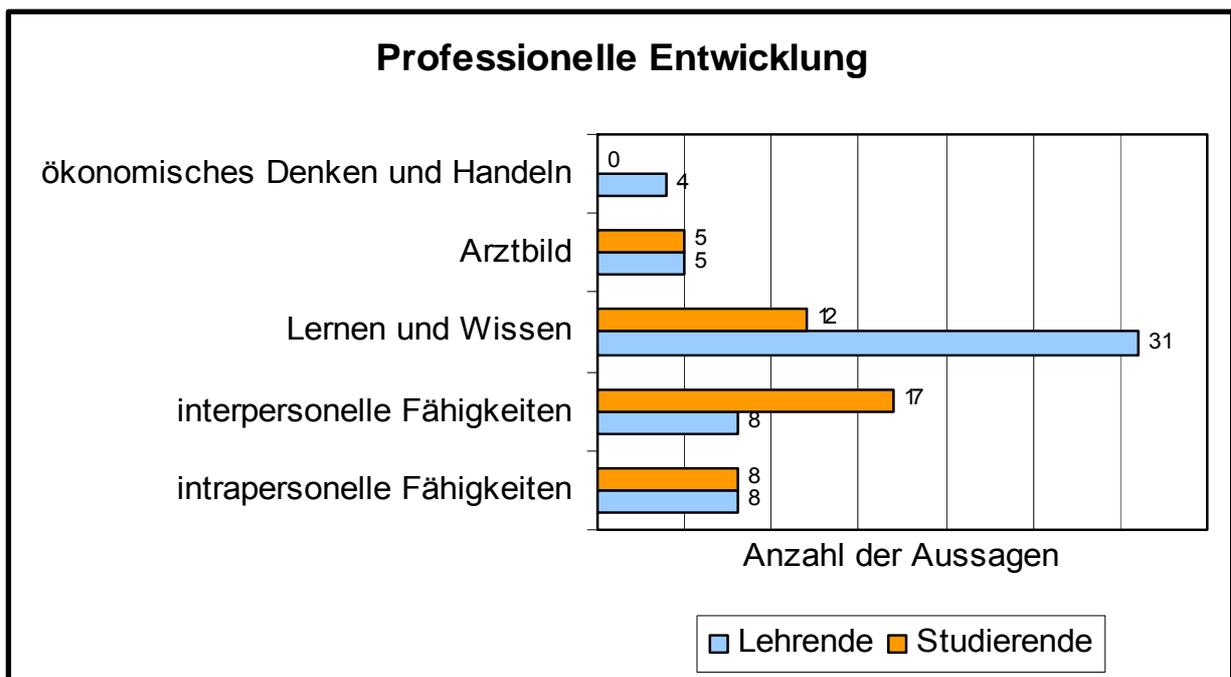


Abbildung 4: Kategorie „professionelle Entwicklung“. Verteilung aller Wortbeiträge der Studierenden und Lehrenden

Sowohl Lehrende als auch Studierende bejahen, dass die professionelle Entwicklung von Medizinstudenten Aufgabe der Fakultät ist. Während bei der Fragestellung, ob die persönliche Entwicklung Aufgabe der Fakultät sei, kein klares Meinungsbild vorhanden ist, scheinen beide Parteien jedoch hierin einen wichtigeren Auftrag zu sehen.

4.3.3 Hauptkategorie: Veränderungswünsche

Auf die Frage nach Veränderungswünschen, um persönliche und professionelle Entwicklung im Studium zu verbessern, wünschen sich sowohl Studierende als auch Lehrende einen praxisnahen Unterricht in Kleingruppen, der einen persönlichen Bezug zwischen Lehrenden und Studierenden zulässt und dadurch Feedback, Lernen am Modell bzw. generell den Austausch zwischen Medizinstudenten und Ärzten ermöglicht. Unterricht sollte neben der Vermittlung von Fachwissen, sowohl Diskussionen über Rollenmodelle, eigene oder gesellschaftliche Arztmodelle und Leitbilder, ethische Aspekte und humanitäre Werte erlauben als auch Raum für Supervision und Selbstreflexion bieten. Weiterhin fordern beide Gruppen eine bessere Ausbildung in kommunikativen Fertigkeiten sowohl zu allgemeinen sozialen Kompetenzen, Teamfähigkeit und Empathie als auch speziell in der ärztlichen Gesprächsführung. Begleitend dazu sollte nach Aussage der Lehrenden eine Haltung vermittelt werden, diese wird jedoch nicht weiter konkretisiert. Darüber hinaus sehen Studierende und Lehrende in der Verbindung von Theorie und Praxis einen Entwicklungsvorteil. Umgesetzt sehen sie dies in klinisch-theoretischen Seminaren, in denen Dialoge sowohl zwischen Lehrenden und Studierenden als auch zwischen den Lehrenden zweier unterschiedlicher Fachrichtungen stattfinden; außerdem werden Fallkonferenzen, Patientenvorstellung, Unterricht am Krankenbett genannt. Ergänzt werden diese Nennungen durch Problem orientiertes Lernen (POL) im Kleingruppenunterricht.

Die Lehrenden diskutieren intensiv über die *Rahmenbedingungen*, die eine persönliche und professionelle Entwicklung von Studierenden verbessern würde. Dabei wünschen die Lehrenden eine gleichberechtigte Honorierung von Lehre, Klinik und Forschung sowie eine professionelle Ausbildung für Dozenten. Ein Teil der Lehrenden sieht dies in der Trennung zwischen professionell Forschenden, Klinikern und Lehrenden umgesetzt. Insgesamt fordern die Lehrenden mehr Feedback und Supervision für ihre Dozenten (-tätigkeit) und eine Förderung der Weiterbildung von Assistenzärzten an den Universitätskliniken. Die Studierenden wünschen hier mehr Vorbereitungszeit für Dozenten. In der Einführung von Selektionskriterien bzw. Auswahlverfahren für zukünftige Medizinstudenten und der Definition von konkreten Ausbildungszielen für Studierende der Medizin nehmen die Lehrenden eine weitere Chance für eine Entwicklung wahr. Eine mög-

liche Entwicklung könnte nach Aussage der Lehrenden durch flachere Hierarchien im Krankenhaus beschleunigt werden.

Es werden *Veranstaltungen und Inhalte* genannt, in denen die Studierenden und Lehrenden eine Unterstützung der persönlichen oder professionellen Entwicklung erkennen wie autogenes Training, Auseinandersetzung mit Burn-out, Tod und Sterben, ökonomisches Denken und Handeln sowie den Umgang mit Evidenz basierter Medizin. In Veranstaltungen wie dem Chemiepraktikum, Anatomiekurs und Frontalunterricht bzw. Vorlesungen sehen sie eine geringere Entwicklungsunterstützung. Darüber hinaus fordern die Lehrenden allgemein Angebote zur persönlichen Entwicklung, in dem Studierende beispielsweise lernen, neue Informationen zu bewerten und kritisch zu hinterfragen, eine eigene Meinung zu bilden und eigene Entscheidungen zu treffen, selbstsicher sein und ein Privatleben zu haben. Die Studierenden äußerten sich stärker zu *Lehr- und Lernmethoden*, dagegen wünschen sich die Lehrenden weiterführende Veränderungen für inter- und intrapersonelle Fähigkeiten. Die Lehrenden diskutieren ebenfalls mehr über die Rahmenbedingungen als die Studierenden. Ähnlich viele Beiträge finden sich für die Unterkategorie Unterrichtsinhalte und -formate (siehe Abb. 5).

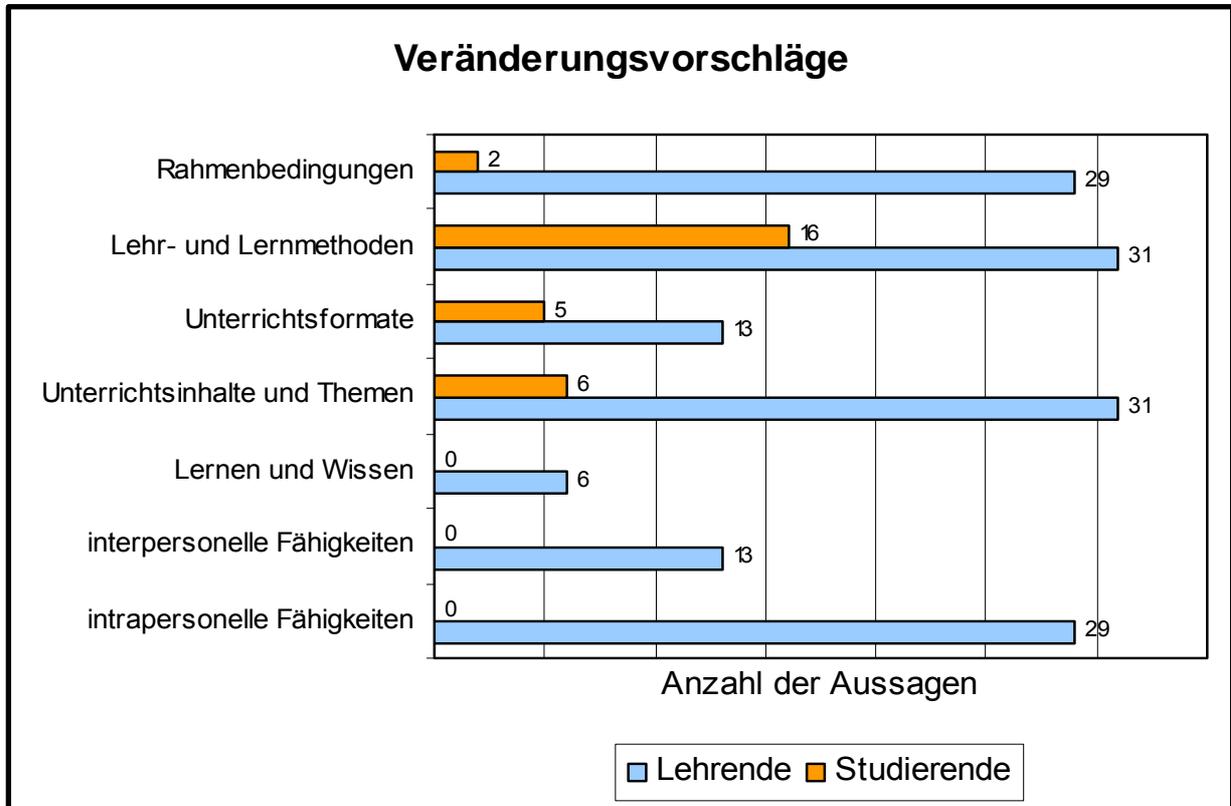


Abbildung 5: Kategorie „Veränderungswünsche“. Verteilung aller Wortbeiträge der Studierenden und Lehrenden

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Ergebnisse und Literaturvergleich

5.1.1 Persönliche Entwicklung

Wie bereits in der Einleitung beschrieben, gibt es über die Definition der persönlichen Entwicklung von Studierenden bisher nur wenige Veröffentlichungen in der Literatur, die sich mit der medizinischen Ausbildung beschäftigt. Aus diesem Grunde ist ein Literaturvergleich nur bedingt möglich.

Die Autoren des „Scottish Doctor“ gehen in ihrer Präambel von dem Grundsatz aus, dass persönliche Entwicklung ein lebenslanger Prozess ist (vgl. The Scottish Deans' Medical Curriculum Group, 2000a). Bezogen auf diese Feststellung des „Scottish Doctor“ und die Inhalte der einleitenden Definitionen ist die Diskussion der Lehrenden, ob die persönliche Entwicklung ein lebenslanger Prozess ist oder ob sie zu einem bestimmten Zeitpunkt endet, überraschend. Dass persönliche Entwicklung ein lebenslanger Prozess ist, findet bei der Hälfte der Aussagen Zustimmung. Die zweite Hälfte hingegen vertritt die Meinung, dass die persönliche Entwicklung bereits vor dem Studium abgeschlossen sei, zwei Drittel davon beurteilen die *Fortentwicklung* sozialer Kompetenzen mit Eintritt ins Studium sogar als unmöglich.

Im Gegensatz zu den Beiträgen der Diskussionsteilnehmer, die eine persönliche Entwicklung in Frage stellen, gehen auch psychologische Theorien davon aus, dass sich persönliche Merkmale in ihrer Ausprägung mit dem Lebensalter verändern (Trait-Theorie), die Persönlichkeit sich im Rahmen unterschiedlicher Entwicklungsaufgaben wandelt (stadienorientierter Ansatz) und Berufstätigkeit sowohl Kompetenzen als auch das Verhalten prägen (kontextuelles Modell) (Filipp und Schmidt, 1995). Diese Forschungsansätze setzen eine lebenslange Entwicklung voraus. Darüber hinaus konnte neben den obigen Theorien in Studien der angewandten Psychologie nachgewiesen werden, dass soziale Kompetenzen veränderbar und vor allem erlernbar sind. Beispielhaft dafür ist das „Gruppentraining sozialer Kompetenz“ nach PFINGSTEN (vgl. Pfingsten und Hinsch, 1991, S.55ff). Dabei stellt die sozial-kommunikative Kompetenz (vgl. Erpenbeck und von Rosenstiel, 2003, S.XVff) bzw. Sozialkompetenz (vgl. Heyse und

Erpenbeck, 1997 S.51) eine der fünf Schlüsselkompetenzen der Persönlichkeit dar, welche im Rahmen von selbstorganisiertem Lernen wie Diskussionen oder Verhaltenstrainings vermittelt werden können (vgl. Heyse und Erpenbeck, 1997, S.198). (Weitere Schlüsselkompetenzen sind nach HEYSE: Fachkompetenz, Methodenkompetenz, personale Kompetenz und berufliche Handlungskompetenz (Heyse und Erpenbeck, 1997, S.51f).) Eine *Fortentwicklung* scheint demnach möglich zu sein, insbesondere wenn ein neuer Lebensabschnitt einen neuen Entwicklungsschritt impliziert. Insofern stellt sich die Frage, warum in der Hälfte der Aussagen der Lehrenden diese Möglichkeiten nicht identifiziert werden konnten. Bei den Studierenden wurde diese Diskussion nicht geführt.

Eine mögliche Erklärung für die von der Literatur abweichenden Meinung der Lehrenden findet sich in den von ihnen genannten *Einflussfaktoren* auf eine persönliche Entwicklung. Sowohl von Lehrenden als auch von Studierenden werden *Einflussfaktoren* auf die persönliche Entwicklung genannt, denen im aktuellen Medizinstudium wenig Raum geboten wird. Ein persönlicher Kontakt ist bei Studienjahrgängen von bis zu 300 Studierenden pro Semester schwierig, Kleingruppenunterricht wird nur in geringem Maße angeboten und eine Mitgestaltung des eigenen Curriculums ist nur begrenzt möglich. Dies könnten Gründe sein, warum Lehrende der persönlichen Entwicklung von Studierenden so zwiespältig gegenüber stehen. Es zeigt sich, dass die Teilnehmer davon ausgehen, dass eine persönliche Entwicklung der Studierenden nicht durch die Vermittlung von Theorie herbeigeführt werden kann, sondern dass diese durch Kontakte zwischen Lehrenden, Kommilitonen, Patienten etc. zugelassen wird, welche wiederum Rückmeldung an die Studierenden ermöglicht. Dies schließt an die Theorie von TAYLOR an, der die persönliche Entwicklung als einen Prozess beschreibt, der, durch eine Frage oder ein neues Problem ausgelöst, das Individuum dazu bewegt, Informationen einzuholen, wozu auch Feedback gehört (vgl. Taylor, 1999). Diese neuen Informationen werden dann in das eigene Wertesystem integriert, um daraufhin das Verhalten zu ändern oder andernfalls beizubehalten. Auch in der Sozialpädagogik gilt Feedback als Methode, den Zwischenstand einer (Lern-) Situationen zurückzumelden und gegebenenfalls zu einer Korrektur anzuregen bzw. eine Schlussbewertung zu zulassen (vgl. Kunert, 2001, S.753). BANDURA erklärt dazu, dass Feedback und positive Verstärkung zum einen Leistungsmotivation und -niveau erhöhen können und zum anderen dem Probanden ermöglichen, die Effektivität des eigenen Handelns besser einzuschätzen

(vgl. Bandura, 1995 nach Pervin, 2000, S.389). Neben persönlichen Kontakten, neuen Erfahrungen, unterschiedlichen Unterrichtsformaten wie Praktika, Seminare oder Kleingruppenunterricht, benötigen die Studierenden ausreichend Freiraum, der von ihnen selbst gestaltet werden kann und muss. Studierende, die diese Möglichkeiten bisher nur in einem geringen Ausmaß erlebt haben, sehen ihre Chance für eine persönliche Weiterentwicklung z.B. nur in einer sechs- bis zwölfmonatigen Unterbrechung des Studiums.

Eine weitere Frage in der Gruppendiskussion beschäftigte sich mit dem *Einfluss*, den die *medizinische Fakultät* auf die persönliche Entwicklung nehmen könnte oder sollte. Die Autoren des „Scottish Doctor“ gehen davon aus, dass persönliche Entwicklung vor allem von der Persönlichkeit und der Lebenserfahrung außerhalb der Universität geprägt werde, darüber hinaus nehmen jedoch auch Erlebnisse innerhalb des Studiums Einfluss auf die Entwicklung (vgl. The Scottish Deans' Medical Curriculum Group, 2000a). Der Einfluss, den eine *Fakultät* auf die persönliche Entwicklung hat, wird auch von den Studierenden diskutiert. In den Gruppendiskussionen beklagen sie, dass eine persönliche Entwicklung an der Fakultät nicht möglich sei, eine Ursache dafür wird nicht explizit genannt. Indessen nehmen sie an, dass eine persönliche Entwicklung nur außerhalb des Studiums stattfinden kann. Diese Erfahrungen stehen im Widerspruch zu den Wünschen der Studierenden. In 50% der Beiträge wünschen sich die Studierenden in ihrer persönlichen Entwicklung eine Unterstützung durch die Fakultät und in vier Aussagen der Lehrenden wird eine solche Verantwortung der Fakultät bejaht. Dabei beziehen sich die Studierenden vor allem auf die Vermittlung von menschlichen Werten. Vier Aussagen der Studierenden und neun der Lehrenden drücken eine Ambivalenz bezüglich der Rolle der Fakultät auf die persönliche Entwicklung von Studenten aus. Sie fordern eine neutrale Position der Dozenten, können sich aber freiwillige Unterrichtsangebote vorstellen, die die persönliche Entwicklung fördern. In je drei Aussagen der Studierenden und Lehrenden wurde die persönliche Entwicklung als eine Aufgabe der Fakultät abgelehnt. Bei den Lehrenden zeigt sich diesbezüglich eine stärkere Ablehnung oder abwartende Haltung. Ursächlich für diese Haltung kann zum einen das bereits beschriebene Meinungsbild sein, dass eine (persönliche) Entwicklung mit Eintritt ins Studium abgeschlossen sei. Es ist daher zu vermuten, dass einem Teil der Lehrenden nicht klar ersichtlich ist, dass Entwicklung fortwährend stattfindet (vgl. Oerter und Montada, 2002). Zum anderen werden auch Bedenken geäußert, dass Lehrende sich für die per-

sönliche Entwicklung der Studierenden nicht zuständig fühlen oder sich nicht als ausreichend kompetent bezeichnen. Des Weiteren lässt die Diskussion bei den Studierenden und Lehrenden die Annahme vermuten, dass die persönliche Entwicklung eine private Angelegenheit sei, die nicht von außen beeinflusst werden könne und dürfe. Dahinter steckt eventuell auch die Angst, dass eine persönliche Entwicklung von außen (fehl-)gesteuert werden könnte. Bemerkenswert ist, dass die Autoren des „Scottish Doctor“ die Rolle der Fakultät hinsichtlich ihrer Verantwortung für die persönliche Entwicklung von Medizinstudenten gar nicht erst in Frage stellen. In ihrer Präambel legen sie eine Unterstützung der persönlichen Entwicklung als Ausbildungsziel fest. Damit stellen sich die schottischen Fakultäten ihrer Verantwortung als Bildungseinrichtung.

Eine Methode, welche die persönliche Entwicklung der Studierenden fördern kann, und welche sowohl von den Lehrenden als auch von den Studierenden genannt wird, ist Feedbackgeben (vgl. auch Fidler, et al., 1999). BRANCH erklärt darüber hinaus, dass das kritische Reflektieren in Kleingruppen und/oder role modelling einen positiven Einfluss auf die (moralische) Entwicklung haben kann (vgl. Branch, 2000).

Die Gegenüberstellung der Definition von persönlicher Entwicklung seitens des „Scottish Doctor“ (siehe Tab. 1) und der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit weist in der Gesamtbetrachtung auf eine große inhaltliche Kongruenz hin. Die Diskussionsteilnehmer identifizierten ebenso wie die Autoren des „Scottish Doctor“ folgende Inhalte einer persönlichen Entwicklung bei Medizinstudenten:

- die Fähigkeit zur Selbsterkenntnis und Selbsterfahrung
- die Befähigung, seine eigenen Grenzen zu kennen
- die Befähigung, sich Wissen anzueignen
- die Befähigung, zu Lernen
- das Wahrnehmen und Planen der Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten.

Das Ausbildungsziel ‚*Achtsamkeit und Sorge um sich selbst, im privaten wie auch im beruflichen Leben*‘ erleben die Diskussionsteilnehmer eher unter dem Aspekt professioneller Entwicklung und nicht als Teil der persönlichen Entwicklung. Interessant ist, dass die Studierenden und Lehrenden der vier Gruppendiskussionen sich nicht mit folgenden Gesichtspunkten auseinander gesetzt haben:

- das Zeigen von hohem Engagement und Verbindlichkeit

- das Aufrechterhalten einer hohen Motivation

Diese werden weder in der Definition der persönlichen noch in jener der professionellen Entwicklung genannt. Daraus ableitend ist anzunehmen, dass diese Aspekte für einen angehenden Mediziner von den Diskutanten stillschweigend vorausgesetzt werden oder aber nicht explizit mit dem Arztberuf in Verbindung gebracht werden. Diese Frage lässt sich nicht abschließend beantworten.

5.1.2 Professionelle Entwicklung

In der Einleitung wurde darauf hingewiesen, dass professionelle Entwicklung inhaltlich nicht mit dem englischsprachigen Begriff ‚professionalism‘ übersetzt werden kann. Die Bedeutung von ‚professionalism‘ entspricht eher professionellem Verhalten oder Handeln (vgl. Schubert, et al., 2005). Daher ist eine direkte Vergleichbarkeit zwischen den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit und den hinzugezogenen Publikationen über die Definition von professioneller Entwicklung nur bedingt möglich. Dieser Aspekt wurde in der nun folgenden Diskussion berücksichtigt.

Für das Verständnis von ‚medical professionalism‘ oder ‚professionalism‘ ist die Betrachtung des historischen und gesellschaftlichen Kontextes notwendig, auf dem die Definition der Begrifflichkeiten beruht. Sie entstand einerseits vor dem Hintergrund der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitssystems und der Bürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit und andererseits aufgrund der wachsenden Emanzipation der Patienten und Assistentenberufe. Gleichzeitig veränderte sich die öffentliche Wahrnehmung des Arztberufes, Kritik an einzelnen Ärzten aber auch an der gesamten Ärzteschaft wurde vorgetragen (vgl. Schröder und Raspe, 2006). Darüber hinaus wandelte sich die Tätigkeit des Arztes durch ein verändertes Krankheitsspektrum. Wurden Anfang des 20. Jahrhunderts die Patienten vorrangig wegen einer akuten Erkrankung behandelt, betreut heute der niedergelassene Arzt vor allem chronisch erkrankte Patienten. Damit hat sich nicht nur das Behandlungskonzept verändert, sondern auch das Krankheitskonzept, welches ursprünglich monokausal bzw. organbezogen war nun aber multifaktoriell ist (vgl. Hohner, 1997, S.19 ff). Aufbauend auf diesen gesellschaftlichen Veränderungen haben die in der Einleitung bereits angeführten (internationalen) medizinischen Organisationen und Fachgesellschaften (siehe Kapitel 2.2: American Board of Internal Medicine (ABIM), 1995, Medical Professionalism Project, 2002, Project of the ABIM

Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine, 2002, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2000, The Scottish Deans' Medical Curriculum Group, 2000a, Royal College of Physicians, 2005) Definitionen von ‚professionalism‘ oder ‚professional development‘ entwickelt, deren Ziel es war, ein Modell eines modernen Arztes zu schaffen, der bereits im Studium gelernt hat, mit den neuen Herausforderungen umzugehen.

Neben den oben genannten Veröffentlichungen werden zur Vergleichbarkeit mit der internationalen Entwicklung zum Thema professionelle Entwicklung Studien herangezogen, die überwiegend auf deduktiven Untersuchungsmethoden basieren. Das heißt, es wurden Befragungen mittels Fragebogen und vorgegebenen Items durchgeführt, in denen die Probanden vor allem Gewichtungen vornehmen mussten. Die für die vorliegende Arbeit verwendeten Methoden der Gruppendiskussion in Verbindung mit der Fragestellung implizieren ein induktives Vorgehen. Dieses offene Verfahren ermöglicht z. B. die Entwicklung einer Definition aus Einzelaussagen. Zusammenfassend könnte daher ein Vergleich erschwert sein.

In der vorliegenden Arbeit wird die professionelle Entwicklung in der Unterkategorie *interpersonelle Fähigkeiten* von den Lehrenden und Studierenden mit Aspekten wie Empathie, gute Kommunikation und guter Umgang mit Patienten sowie insgesamt gutes Arzt-Patienten-Verhältnis beschrieben. Vergleicht man diese Nennungen mit Studien über ‚medical professionalism‘, so findet man auf gleicher (also *interpersoneller*) Ebene Begriffe wie *Altruismus* („*altruism*“), *Verantwortlichkeit* („*accountability*“), *Respekt* („*respect*“) und *Rechtschaffenheit* („*integrity*“) (vgl. Van de Camp, et al., 2004). Ähnliche Resultate zeigten sich in den Ergebnisse von zwei Fragebogen-Untersuchungen aus dem nordamerikanischen Raum, die Studierende, Assistenzärzte, Mitglieder der Fakultät und Vertreter anderer Gesundheitsberufe nach der Definition von ‚professionalism‘ befragt haben. In beiden Fragebögen waren Kriterien vorgegeben, die Teilnehmer mussten eine Gewichtung der Items anhand einer Likert-Skala vornehmen. In der Studie von MANN wurden folgende Items am höchsten bewertet: ‚*handelt ehrlich und korrekt*‘ („*acts with honesty and integrity*“) und ‚*zeigt Mitgefühl und Empathie in der Betreuung und Behandlung von Patienten*‘ („*displays compassion and empathy in patient care*“). Die geringste Punktzahl erhielt das Item ‚*hält Anforderungen im Privat- und Berufsleben im Gleichgewicht*‘ („*balance demands of personal and professional life*“) (vgl. Mann, et al., 2005). Eine Befragung von BROWNELL zeigt ähnliche Ergebnisse. Die drei

Items *Kompetenz* („*competence*“), *Respekt* („*respect*“) und *Empathie* („*Empathie*“) wurden am höchsten bewertet, während ‚*eine Balance zwischen Privat- und Berufsleben finden*‘ („*balance between personal and professional life*“) an letzter Stelle zu finden ist (vgl. Brownell and Cote, 2001).

Vergleichbare Definitionen finden sich auch in den Veröffentlichungen von medizinischen Organisationen und Fachgesellschaften über ‚*professionalism*‘ bzw. ‚*professional development*‘. Auch hier nehmen die Autoren starken Bezug auf die Haltung des Arztes. Beispielhaft dafür steht der Begriff ‚*altruism*‘, welcher eine zentrale Rolle in den Publikationen einnimmt. In den Gruppendiskussionen finden sich vergleichsweise wenige Aussagen, die die Haltung der Medizinstudenten bzw. Ärzte gegenüber den Patienten beschreiben. Begriffe wie Altruismus, Rechtschaffenheit oder Verantwortlichkeit werden nicht explizit genannt. Ursächlich hierfür könnte möglicherweise die geringe Teilnehmerzahl an den Fokusgruppen sein. Es bleibt daher offen, ob die Durchführung weiterer Gruppendiskussionen eventuell zur Nennung von Aspekten wie Altruismus oder Rechtschaffenheit geführt hätte. Des Weiteren könnten auch kulturspezifische Unterschiede zwischen dem englisch- und deutschsprachigen Raum als Ursache diskutiert werden.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen der anfangs genannten Studien bzw. Veröffentlichungen wird in der vorliegenden Arbeit professionelle Entwicklung in der Unterkategorie *intrapersonelle Fähigkeiten* unter anderem mit dem Aspekt ‚für sich selbst sorgen können‘ beschrieben. Dies ist ein Aspekt, der in den Studien als letztes Item auf einem Ranking genannt bzw. in den Definitionen der führenden Publikationen über ‚*professionalism*‘ gar nicht aufgeführt wird. In der Veröffentlichung der SCOTTISH DEANS’ MEDICAL CURRICULUM GROUP wird der Aspekt ‚*Achtsamkeit und Sorge um sich selbst, im privaten als auch beruflichen Leben*‘ aufgezählt, dort jedoch der persönlichen Entwicklung zugeordnet. Dies bedeutet, dass in den bisher veröffentlichten Definitionen professionelles Handeln oder Verhalten auf den Patienten und sein Wohlergehen zentriert ist. Das Wohlergehen des Arztes wird in diesem Zusammenhang nicht berücksichtigt. Seit wenigen Jahren ist jedoch eine aufkeimende Diskussion zu beobachten, die den Zusammenhang zwischen Empathie und dem eigenen Wohlbefinden („*Self-Care*“) von Ärzten erörtert. Laut GORDON sollte daher ein Element eines möglichen PPD-Curriculums (PPD = personal and professional development) ‚*Self-care*‘ beinhalten, da Ärzte im großen Maße für Erkrankungen wie Burn-Out, Suchtverhalten oder stressbedingte Störungen empfänglich sind (vgl. Gordon, 2003b; Gordon, 2003a). Darüber hinaus besagt das Er-

gebnis einer Studie von STEPIEN, dass Studierende, die sowohl an Veranstaltungen zu Empathie als auch an Veranstaltungen teilgenommen hatten, die das Wohlbefinden fördern sollen, in ihrem Verhalten als empathischer beurteilt worden sind als Studierende, die nur eine der beiden Veranstaltungen besucht hatten (vgl. Stepien and Baernstein, 2006). Dieses Ergebnis lässt sich dahingehend interpretieren, dass ein empathischer Umgang mit Patienten zum einen erlernt werden kann und zum anderen das Wohlergehen des Arztes voraussetzt. Auch BEAUCHAMP betrachtet in seinem Artikel das Thema ‚professionalism‘ unter der Frage ‚Self-Care‘. Dabei kommt er zu der Meinung, dass professionelles Verhalten im hohen Maße mit einer ausreichenden Balance zwischen Berufs- und Privatleben zusammenhängt. Diese Beurteilung ist auch damit verbunden, dass sich laut BEAUCHAMP der Lebensstil und -entwurf eines Mediziners beispielsweise im Freizeitverhalten im Gegensatz zu den Ärzten noch vor einigen Jahrzehnten geändert hat. Als ein Stichwort nennt er die ‚Work-Life-Balance‘ (vgl. Beauchamp, 2004). RATANAWONGSA befragte in ihrer Studie nordamerikanische Ärzte in der Facharztausbildung über die Ursache für Wohlbefinden, und diese antworteten, dass nur ein Gleichgewicht zwischen Beruf, Familie, sozialen Kontakten, Finanzen, psychischem und physischen Wohlergehen zu einem generellen Wohlbefinden führt. Diese Balance kann durch Stressoren oder den Verlust der Selbstbestimmung aus dem Gleichgewicht geraten, kann aber durch berufliche Zufriedenheit, Coping-Strategien und dem Erhalt der Selbstbestimmung wieder hergestellt werden. Laut RATANAWONGSA können diese Faktoren durch entsprechende Schulungsprogramme unterstützt werden, so dass insgesamt ein stärkeres Wohlbefinden erlangt werden kann (vgl. Ratanawongsa, et al., 2007). Zusammenfassend stellt sich die Frage, warum das eigene Privatleben und Wohlbefinden von Ärzten eine so untergeordnete Rolle in der Definition von ‚professionalism‘ in der hinzugezogenen Literatur spielt, und ob dies gegebenenfalls als Resultat einer gesellschaftlichen Entwicklung im angloamerikanischen Raum bezeichnet werden kann.

Eingangs wurde bereits auf die Schwierigkeit des Vergleichs der hinzugezogenen Literatur hingewiesen. Dabei handelt es sich um Veröffentlichungen bzw. Empfehlungen von medizinischen Fachgesellschaften, deren Ziel es war, normative Standards zum Begriff ‚professionalism‘ zu entwickeln (vgl. Schubert, et al., 2005). Vergleichbare Veröffentlichungen finden sich in Deutschland bei der Bundesärztekammer bzw. den Ärztekammern der Länder. In der „Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte“ der BUNDESÄRZTEKAMMER sind Grundsätze verfasst worden, welche die Aufgaben und

Pflichten der Ärzte beschreiben (Bundesärztekammer, 2006). Darüber hinaus finden sich in der Berufsordnung Verhaltensregeln, die eine korrekte ärztliche Berufsausübung formulieren. Die Ärzte sind dazu aufgefordert, „das Vertrauen zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten zu erhalten und zu fördern“, und im Kollegialitätsprinzip mit anderen Ärzten zusammenzuarbeiten (Bundesärztekammer, 2006, S.6). Die Verhaltensregeln definieren den Umgang mit Patienten sowie nichtärztlichen Mitarbeitern und nennen Behandlungsgrundsätze wie beispielsweise einen respektvollen Umgang. Aspekte wie Empathie oder Altruismus werden ebenso wenig wie das Wohlergehen des Arztes genannt.

In der vorliegenden Befragung gibt es in der Unterkategorie *intrapersonelle Fähigkeiten* zwischen den Lehrenden und Studierenden inhaltlich weitgehende Übereinstimmung. Beide Gruppen bezeichnen die Fähigkeit zur Selbstreflexion als ein wichtiges Ziel in der professionellen Entwicklung. Diese Erkenntnis stimmt mit der internationalen Literatur überein. Sowohl im „Scottish Doctor“ findet sich die Fähigkeit zur Selbstreflexion als Teil der professionellen Entwicklung wieder als auch in Artikeln, welche die Definition von ‚professionalism‘ vor unterschiedlichen Hintergründen diskutieren. Bei BROWNELL findet sich der Aspekt Selbsteinschätzung („self-appraisal“) und bei VAN DE CAMP Selbsterkenntnis („self-awareness“) sowie Grenzen der ärztlichen Kompetenz kennen („knows limits of professional competence“) als Kennzeichen einer professionellen Entwicklung (vgl. Brownell and Cote, 2001; Van de Camp, et al., 2004,). In einem weiteren Artikel beschreibt NIEMI einen guten Arzt als jemanden, der neben seinem medizinischen Wissen und seinen klinischen Fähigkeiten auch gute kommunikative Fertigkeiten und eine Bereitschaft zur Selbstreflexion haben müsse. Und er erklärt weiterhin, dass ein reflektierter Arzt charakteristische professionelle Probleme erkennt, selbstverständliche Wahrheiten in Frage stellt, Feedback sucht, und dies für seine individuelle professionelle Entwicklung nutzt, denn „readiness for self-reflection constitutes an important basis for lifelong learning and professional development“ (Niemi, 1997). Ergänzend dazu wird von BAUMANN ein Arzt als kompetent bezeichnet, wenn er den Ablauf einer medizinischen Problemlösung beherrscht, über ein breites Wissen und klinische Fertigkeiten verfügt, eine gründliche wissenschaftliche Ausbildung besitzt, flexibel ist, seine eigenen Grenzen kennt und sich weiter entwickelt sowie die richtige Einstellung wie beispielsweise Einfühlungsvermögen und Rollendistanz besitzt (vgl. Baumann, 1995 nach Hohner, 1997). Und dies wird noch von HERZIG durch Aspekte wie Authentizität, Koope-

rativität und Patientenorientierung vervollständigt, die unter anderem einen so genannten „guten Arzt“ definieren (vgl. Herzig, et al., 2006).

Interpersonelle Fähigkeiten werden von den Studierenden stärker diskutiert als von den Lehrenden. Professionelle Entwicklung wird von den Studierenden in dieser Kategorie mehrfach beschrieben als ‚*sich in ein Team integrieren und darin arbeiten können*‘ und ‚*mit Patienten, Kollegen und Mitarbeitern anderer Gesundheitsberufe umgehen können*‘. Es scheint, dass sich die Studierenden in der Definition von interpersonellen Fähigkeiten hinsichtlich der professionellen Entwicklung einig sind. Möglicherweise entsteht dabei die Konvergenz ihrer Aussagen dadurch, dass die Studierenden ihre Meinungen mit ihren eigenen Beobachtungen auf Station begründen. Dies könnte wiederum auf einen erlebten Mangel etwa von Teamfähigkeit der Stationsärzte oder auf erlebte Positivbeispiele von funktionierender Teamarbeit hinweisen. Die weniger ausgeprägte Diskussion von interpersonellen Fähigkeiten bei den Lehrenden könnte dahingehend interpretiert werden, dass eine aktive Auseinandersetzung mit interpersonellen Fähigkeiten nicht mehr stattfindet bzw. diese unausgesprochen vorausgesetzt werden, da die Lehrenden Aspekte wie Teamfähigkeit, Arzt-Patienten-Gesprächsführung etc. bereits in ihr Bild der ärztlichen Profession internalisiert haben. Die Lehrenden haben damit eine Binnenwahrnehmung auf die ärztliche Tätigkeit. Wohingegen die Studierenden, die ihren zukünftigen Beruf von außen betrachten, einen enormen Bedarf am Erwerb interpersoneller Fähigkeiten sehen (Luft, 1983).

Zur Unterkategorie *Lernen und Wissen* äußerten sich die Lehrenden mehr als doppelt häufig wie die Studierenden, umgekehrt verhält es sich in der Kategorie *interpersonelle Fähigkeiten*. Die Ursache für den höheren Anteil an Aussagen in der Unterkategorie *Lernen und Wissen* könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Lehrenden sich als Wissensvermittler für die Studierenden erleben und aus dieser Rolle heraus ein größeres Gewicht auf die Unterrichtung von medizinischem Wissen legen. Gleichzeitig wollen sie, dass die Studierenden sich mit dem Wissenserwerb kritisch auseinander setzen und das Wissen bewusst in unterschiedlichen Situationen oder bei Patienten einsetzen. Dieses Anliegen könnte ein Verweis auf die erlebten Erfahrungen der Lehrenden beim Einstieg in den beruflichen Klinikalltag sein. Der Wissenstransfer vom Studium in die Praxis wird für Berufsanfänger häufig als schwierig wahrgenommen. Möglicherweise möchten sie den Studierenden schon vor deren Eintritt in den klinischen Alltag diese Erkenntnis weitergeben. Das Hauptproblem scheint darin zu bestehen, dass das gelern-

te Wissen des traditionellen Medizinstudiums nicht ausreichend handlungsorientiert ist und der Transfer des autonomen Fachwissens in die Berufspraxis oft als langwierig und mühsam erlebt wird. Ein Lehr- und Lernkonzept, welches transferfähiges Wissen und Können fördert, ist etwa der Lehr- und Lernansatz des Problemorientierten Lernens (POL), welches den Wissenserwerb direkt an Fragestellungen und Probleme aus dem Berufsalltag knüpft (vgl. Barrows, 1983; Burger, et al., 2003; Burger und Rolle, 2004 und Zumbach, 2006) und darüber hinaus das Erlernen von Problemlösungsstrategien ermöglicht sowie die Fähigkeit und Motivation zu lebenslangem Lernen fordert (vgl. Gräsel, 1997, S.16ff). Ein weiteres Konzept, welches lebenslanges Lernen fördert und eine professionelle Entwicklung herbeiführen kann, ist das Prinzip des selbstbestimmten Lernens, welches beispielsweise durch POL erlernt werden kann (vgl. Lewkonia, 2001). Bei den Studierenden und Lehrenden wird selbstbestimmtes Lernen nur am Rande diskutiert, welches durch intrinsische Motivation bedingt, zum Wissenserwerb und der kritischen Auseinandersetzung neu erworbener Informationen führen sollte.

Bezogen auf die vier Äußerungen der Lehrenden in der Unterkategorie *ökonomisches Denken und Handeln* spiegelt sich ihre berufliche Realität wieder, sich zunehmend mit ökonomischen Fragen und Problemen auseinanderzusetzen. Möglicherweise haben sie diesen Mangel während ihres Studiums nachträglich erkannt und möchten daher dieses Thema vor dem Berufseintritt mit den zukünftigen Ärzten problematisieren und diskutieren. Insofern ist es nicht überraschend, dass dieser Aspekt durch die studentischen Diskussionsteilnehmer nicht thematisiert wurde.

5.1.3 Definition von persönlicher und professioneller Entwicklung

Auf der Grundlage der erhobenen Informationen und der vorliegenden Literatur soll nun eine Definition von persönlicher und professioneller Entwicklung vorgenommen werden. Ziel ist die Formulierung einer Definition, die den ärztlichen Rollenbildern und gesellschaftlichen Werten und Normen im deutschsprachigen Raum angepasst ist. In der folgenden Begriffsbestimmung wird die Definition von persönlicher und professioneller Entwicklung getrennt voneinander vorgenommen. Es bleibt jedoch zu diskutieren, ob die Definition auch in einer Erklärung hätte zusammengefasst werden können, da persönliche und professionelle Entwicklung einander bedingen. Zunächst werden Axiome

formuliert, auf welchen die Definition der persönlichen und professionellen Entwicklung aufbaut.

Grundsätze einer persönlichen und professionellen Entwicklung

1. Persönliche und professionelle Entwicklung ist ein lebenslanger Prozess.
2. Die professionelle Entwicklung folgt zeitlich der persönlichen Entwicklung und knüpft an diese an.
3. Im weiteren Verlauf bedingen persönliche und professionelle Entwicklung einander.
4. Soziale Kompetenz ist lebenslang erlernbar.
5. In der Ausbildung von Medizinstudenten trägt die medizinische Fakultät *eine* Mitverantwortung, die persönliche Entwicklung der Studierenden zu fördern und *die* Hauptverantwortung, die professionelle Entwicklung von zukünftigen Ärzten zu ermöglichen.
6. Die Förderung der persönlichen und professionellen Entwicklung von Medizinstudierenden setzt eine entsprechende Aus- und Weiterbildung der Lehrenden und die Unterstützung der medizinischen Fakultät voraus.

Aus diesen Grundsätzen leitet sich eine Definition mit einzelnen Teilbereichen ab (siehe Tab. 14). Es wird dabei deutlich, dass professionelle Entwicklung auf persönlicher Entwicklung aufbaut. Dabei endet die persönliche Entwicklung jedoch nicht mit Beginn der professionellen Entwicklung durch Eintritt in das Medizinstudium, sondern wird lebenslang weitergeführt. Auch professionelle Entwicklung ist ein stetiger Prozess (vgl. Ansorg, 2006), in dem sich persönliche und professionelle Entwicklung beeinflussen können und miteinander verquickt sind.

Tabelle 14: Definition von persönlicher und professioneller Entwicklung

Entwicklung beinhaltet	Persönliche Entwicklung	Professionelle Entwicklung
die Fähigkeit zur Selbsterkenntnis und Selbsterfahrung.	•	•
die Fähigkeit, angemessen mit unterschiedlichen Personengruppen und in unterschiedlichen Situationen kommunizieren zu können.	•	•
die Befähigung, zu lernen und sich Wissen anzueignen.	•	•
die Fähigkeit und die Haltung, lebenslang zu lernen.	•	•
die Fähigkeit, sich in einem Team integrieren zu können.	•	•
die Befähigung, seine eigenen Grenzen zu kennen.	•	•
die Befähigung, Patienten gegenüber empathisch zu sein.		•
die Befähigung, mit bestimmten Themen und Situationen (wie Tod und Sterben) umgehen und unterschiedliche Umgebungsfaktoren (wie kulturelle, situative Faktoren) beurteilen zu können.		•
die Fähigkeit, (neues) Wissen kritisch zu beurteilen und damit umzugehen.		•
die Fähigkeit, wissenschaftlich denken zu können.		•
das Wahrnehmen und Planen von Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten.		•
die Fähigkeit, (rationale) Entscheidungen treffen zu können.		•
die Fähigkeit, ethisch denken und handeln zu können		•
die Fähigkeit, ökonomisch denken und handeln zu können.		•
die Achtsamkeit und Sorge um sich selbst im privaten wie auch im beruflichen Leben.		•
die Befähigung, den eigenen Arbeitsalltag organisieren zu können.		•

5.1.4 Curriculum für persönliche und professionelle Entwicklung (personal and professional development (PPD)-Curriculum) - Anregungen für eine mögliche Umsetzung -

Im folgenden Kapitel werden die *Einflussfaktoren* auf die *persönliche* und *professionelle Entwicklung* und Veränderungswünsche für die Umsetzung eines möglichen PPD-Curriculums zusammenfassend dargestellt, welche die Studierenden und Lehrenden in den Gruppendiskussionen genannt haben. Daran anschließend werden Inhalte und Methoden für ein PPD-Curriculum skizziert, die in der einschlägigen Literatur zur medizinischen Ausbildung beschrieben werden.

Die Studierenden und Lehrenden haben nachstehende *Einflussfaktoren* auf die *persönliche Entwicklung* von Medizinstudenten formuliert. Demnach beeinflussen Themen wie ethisches Denken und Handeln, der Kontakt mit den Patienten und die Auseinandersetzung mit der Medizingeschichte die persönliche Entwicklung. Als förderliche Lernsituation werden das Peergroup-Learning, Lernen am Modell, Patientenkontakt, Teamarbeit sowie klinische Praktika genannt. Diese als auch der Unterricht in Kleingruppen begünstigen wiederum Feedback und damit die Möglichkeit der (Selbst-) Reflexion, welche als zentrale Elemente der persönlichen Entwicklung angesehen werden.

Einfluss auf die *professionelle Entwicklung* haben der fächerübergreifende Unterricht, der Erwerb von medizinischem Wissen und selbstbestimmtes Lernen. Eigene Erfahrungen in klinischen Praktika und im Patientenkontakt sowie die Auseinandersetzung mit der eigenen Dissertation werden als Entwicklungsstimulatoren bezeichnet. Zudem nehmen sowohl der Dozent in seiner Funktion als Modell, als auch die Supervision und (Selbst-) Reflexion eine zentrale Rolle ein.

Die Studierenden und Lehrenden haben in den Diskussionsgruppen weit reichende Veränderungen vorgeschlagen. Um eine Entwicklung auf der *intrapersonellen* Ebene zu ermöglichen, halten die Studierenden und Lehrenden das Übermitteln von Feedback und eine (angeleitete) Reflexion der eigenen Person sowie der Mitmenschen und die daraus gewonnenen, neuen Informationen für elementar. Dazu sollte eine Haltung mit (ärztlichen) Werten und Normen vermittelt werden. Auf der *interpersonellen* Ebene sollen soziale Kompetenz, Teamfähigkeit, ärztliche Gesprächsführung, Empathie und gesellschaftliche Umgangsformen verstärkt unterrichtet werden. Im Bereich *Lernen und*

Wissen schlagen insbesondere die Lehrenden vor, dass die Studierenden lernen sollen, wie man sich Wissen aneignet und dieses systematisch einordnet. Dazu gehört auch, neues Wissen kritisch zu betrachten. Als zusätzliche *Themenbereiche* werden von den Diskutanten ethisches, problemorientiertes sowie ökonomisches Denken und Handeln, ärztliche Gesprächsführung, der Erwerb sozialer Kompetenzen, die Vermittlung und Diskussion eines humanistischen Arzt- und Leitbildes mit entsprechenden Werten, Normen als auch Empathie genannt. Als geeignete *Unterrichtsformate* für ein PPD-Curriculum werden Kleingruppen, Seminare, klinische Praktika gekoppelt an *Methoden* wie fächerübergreifenden Unterricht, (wissenschaftsorientierte) Wahlpflichtpraktika, Lernen am Modell, Rollenspiele, problemorientierter Unterricht, selbstbestimmtes Lernen, praxisnaher Unterricht und Praktika, Mentoren, Feedback, Anleitung zur (Selbst-) Reflexion und Supervision genannt. Die *Rahmenbedingungen* sollten sich insofern verändern, als dass die Lehrenden eine größere Unterstützung und Ausbildung als Dozenten erhalten und in den Curricula die strikte Trennung zwischen Theorie und Praxis aufgehoben wird.

In der Literatur, die sich mit der medizinischen Ausbildung beschäftigt, finden sich keine konkreten Darstellungen von (P)PD-Curricula. Im Fokus der meisten Artikel stehen inhaltliche Einzelaspekte oder spezielle Methoden für ein PPD-Curriculum. Diese beziehen sich meist auf Ergebnisse aus qualitativen Studien im Rahmen von Befragungen, Erfahrungsberichte über bereits implementierte Curricula oder eigene Standpunkte zum Thema persönliche und professionelle Entwicklung im Medizinstudium. Tabelle 15 zeigt als Ergebnis der Literaturrecherche eine Sammlung aller inhaltlichen und methodischen Empfehlungen aus der hinzugezogenen Literatur, gleichzeitig wird die Literaturquelle zum Nachweis in einer zweiten Spalte hinzugefügt.

Tabelle 15: Methoden, welche die persönliche oder professionelle Entwicklung fördern (inkl. Literaturquellen)

Methodische Empfehlungen	Literaturquelle
Angeleitete (Selbst-) Reflexion	Howe, 2002; Howe, 2003; Goldie, et al., 2007; Gordon, 2003b; Stephenson, et al., 2001; Stark, et al., 2005; Ansorg, 2006
Feedback durch Mentoring, Tutoring, Peer-Group-Learning	Howe, 2002; Howe, 2003; Goldie, et al., 2007; Ansorg, 2006; Gordon, 2003b; Stephenson, et al., 2001; Stephenson, et al., 2006; Rose, 2005
Beobachtungslernen bzw. role-modelling und situiertes Lernen	Howe, 2003; Sivalingam, 2004; Gordon, 2003b; Mann, et al., 2005; Gordon, 2003b; Stephenson, et al., 2001
Erfahrungen der Studierenden aus dem Privatleben, klinischen Praktika etc. nutzen	Howe, 2002; Gordon, 2003b; Stephenson, et al., 2001; Stephenson, et al., 2006
früher Patientenkontakt	Howe, 2003; Stephenson, et al., 2006
Kleingruppenarbeit	Howe, 2003; Goldie, et al., 2007; Gordon, 2003b; Stephenson, et al., 2001
Problemorientiertes Lernen	Howe, 2003; Sivalingam, 2004; Stephenson, et al., 2001; Stephenson, et al., 2006
Selbstbestimmtes Lernen	Lewkonja, 2001; Schmidt, 2000
Kommunikationstraining mit echten Patienten und Simulationspatienten	Stephenson, et al., 2001; Stephenson, et al., 2006; Stark, et al., 2005; Gordon, 2003b Howe, 2002; Gordon, 2003b
Vermittlung von Wissen <ul style="list-style-type: none"> • theoretisches Prinzip der (Selbst-) Reflexion bzw. Selbsterkenntnis und Selbsterfahrung • humanistische Werte und Normen • Ethik und Gesundheitsrecht • wissenschaftliche Forschungsmethoden 	<ul style="list-style-type: none"> • Howe, 2002 • Gordon, 2003b; Stephenson, et al., 2001; Kiessling, et al., 2003 • Gordon, 2003b; Stephenson, et al., 2001; Sivalingam, 2004 • Stark, et al., 2005
Self-Management, Self-Care	Stark, et al., 2005; Gordon, 2003b
Belohnung guter Dozenten und Studenten	Howe, 2003; Gordon, 2003b
Dozenten schulen	Howe, 2002; Howe, 2002; Kiessling, et al., 2003

Ein zentrales Resultat ist, dass sowohl Lehrende und Studierende der Charité als auch die Autoren der herangezogenen Literatur Feedback und Reflexion in den Mittelpunkt der persönlichen und professionellen Entwicklung stellen. Darüber hinaus spielt die eigene Erfahrung, sei sie im klinischen Praktikum, in der Kleingruppe im Unterricht oder im eigenen Alltag eine entscheidende Rolle. Um diese Erfahrungen anhand von unterschiedlichen Techniken wie Feedback, Reflexion, Beobachtungslernen bearbeiten zu können, braucht es zusätzlich eine inhaltliche Ergänzung auf der Wissens Ebene. Auch hier zeigt sich eine große Übereinstimmung mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit.

6 Zusammenfassung und Ausblick

6.1 Zusammenfassung

Seit Ende der 80er Jahre wird im englischsprachigen Raum eine Diskussion über die persönliche und professionelle Entwicklung von Medizinstudierenden geführt. Dies führte dazu, dass einige nordamerikanische und europäische Universitäten (z.B. University of East Anglia, King's College London, University of Kansas) die Ergebnisse dieser Diskussion in das medizinische Curriculum umgesetzt haben. Im deutschsprachigen Raum wurde diese Diskussion bisher nur punktuell geführt. Curricula, die explizit die persönliche und professionelle Entwicklung der Medizinstudierenden fördern, wurden bislang jedoch nicht implementiert. Die vorliegende Studie möchte einen Beitrag zur Diskussion einer Definition von persönlicher und professioneller Entwicklung vor allem im deutschsprachigen Raum leisten. Eine Definition könnte wiederum der Entwicklung und gegebenenfalls Implementierung eines Curriculums dienen, welches die persönliche und professionelle Entwicklung der Medizinstudierenden unterstützt. Da im deutschsprachigen Raum bislang wenig Inhaltliches über die Definition von persönlicher und professioneller Entwicklung Medizinstudierender veröffentlicht worden ist, und damit die Forschungsfrage vergleichsweise neu ist, bieten sich Methoden der qualitativen Sozialforschung an, um zunächst Hypothesen oder Theorien zu diesem Thema zu entwickeln. Da möglichst viele und unterschiedliche Meinungen zu diesem Thema gewonnen werden sollen, wurde die Gruppendiskussion als Erhebungsmethode gewählt.

Insgesamt wurden vier Gruppendiskussionen durchgeführt, jeweils zwei mit Lehrenden und zwei mit Studierenden der Charité mit jeweils acht Teilnehmern, welche künstlich und heterogen zusammengesetzt worden sind. Die Diskussion wurde mit Hilfe eines vorgegebenen Diskussionsleitfadens durch Moderatoren durchgeführt und auf Video aufgezeichnet. Daran anschließend erfolgte die Transkription der Gruppendiskussionen. Die Auswertung erfolgte mittels Inhaltsanalyse, einem Analyseverfahren, welches einen Text anhand eines vorher entwickelten Kategoriensystems analysiert. Die entsprechenden Textstellen wurden den einzelnen Kategorien (beispielsweise: Definition von persönlicher Entwicklung) zugeordnet und daran anschließend abstrahiert. Die Ergebnisse der Inhaltsanalyse wurden nachstehend diskutiert und mit der Literatur verglichen. Dazu wurde auf Veröffentlichungen von medizinischen Fachgesellschaften und Artikel von

Experten aus dem englischsprachigen Raum zurückgegriffen, die bereits eine Definition persönlicher und professioneller Entwicklung von Medizinstudierenden vorgenommen haben.

Hauptergebnis der vorliegenden Arbeit ist, dass eine Definition der persönlichen und professionellen Entwicklung von Medizinstudierenden auf Grundlage der durchgeführten Gruppendiskussionen und der verwendeten Literatur entwickelt werden konnte. Dabei zeigt sich, dass die Definition von persönlicher und professioneller Entwicklung sowohl von den Studierenden als auch von Lehrenden inhaltlich sehr ähnlich ist. Der persönlichen Entwicklung werden von beiden Gruppen vor allem intrapersonelle und interpersonelle Fähigkeiten wie Selbsterkenntnis, kommunikative Kompetenz und Teamfähigkeit zugeordnet. Eine methodische Umsetzung sehen beide Teilnehmergruppen beispielsweise durch Feedback, angeleitete Reflexion oder Kommunikationstraining. Die Verantwortung der Fakultät, Medizinstudierende in ihrer persönlichen Entwicklung zu unterstützen, wird dabei kontrovers diskutiert. Einige Lehrende halten im Gegensatz zur Literatur die persönliche Entwicklung mit Eintritt ins Studium für abgeschlossen, so dass auch keine Möglichkeiten der Einflussnahme mehr bestehen würden. In einem weiteren Teil der Aussagen wird von den Studierenden und Lehrenden angenommen, dass die professionelle Entwicklung auf der persönlichen Entwicklung aufbaut. Zudem wird die professionelle Entwicklung neben den oben aufgeführten intra- und interpersonellen Fähigkeiten noch durch Fertigkeiten z. B. aus den Bereichen Lernen und Wissen, ethisches und ökonomisches Denken und Handeln sowie Self-care ergänzt. Methodisch könnten diese beispielsweise in Kleingruppenarbeit, durch Problemorientiertes Lernen und einen (frühen) Patientenkontakt vermittelt werden. Die Lehrenden wünschen sich dabei in der Umsetzung eine breitere Unterstützung durch die Fakultät.

Im Vergleich zu der hinzugezogenen Literatur ist eine Diskrepanz innerhalb der Aussagen zu Merkmalen der vorliegenden Definition erkennbar. Dabei besteht die größte Differenz in Aspekten der Haltungsebene der zukünftigen Ärzte, wie etwa Altruismus, Verantwortlichkeit oder Verlässlichkeit, welche von den Teilnehmern der Gruppendiskussionen nicht genannt wurden. Eine überwiegende Übereinstimmung gab es auf interpersoneller und intrapersoneller Ebene zwischen dem Ergebnis der vorliegenden Arbeit und der vergleichenden Literatur. Diese Publikationen beziehen sich vorwiegend auf Diskussionen, die von erfahrenen Ärzten meist im Rahmen von Fachgesellschaften geführt worden sind. Die veröffentlichten Definitionen stellen dabei eine gemeinsame

Schnittmenge dar, die diese Fachgesellschaften ermittelt hatten. Es ist durchaus möglich, dass im Vorfeld eine empirische Erhebung z.B. Experteninterviews stattgefunden haben, welche jedoch nicht beschrieben worden sind. Eine Definitionsfindung durch ein qualitatives Verfahren, wie sie beispielsweise in der vorliegenden Arbeit erfolgt ist, ist nur in wenigen Studien dokumentiert worden.

Als Fazit der Ergebnisse und aus dem Vergleich mit der hinzugezogenen Literatur heraus konnte eine Definition der persönlichen und professionellen Entwicklung von Medizinstudierenden als Vorschlag für eine daran anschließende Diskussion und Überprüfung anhand eines Fragebogens entwickelt werden. Aufbauend darauf wurden methodische Vorschläge für eine mögliche Umsetzung eines Curriculums entworfen, welches die Unterstützung von persönlicher und professioneller Entwicklung zum Ziel hat.

6.2 Ausblick

Sowohl die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit als auch die verwendete Literatur weisen auf einen Forschungsbedarf bezogen auf die Definition und Diskussion über ‚personal and professional development‘ (PPD) in der medizinischen Ausbildung im deutschsprachigen Raum hin. Es fehlt eine Implementierung in medizinische Curricula, wie sie in anderen Ländern bereits vorhanden ist. Eine Ursache dafür stellt eine an sich geringe Aufmerksamkeit für die Lehrforschung im Gesamtkontext der medizinischen Forschung dar, während der angelsächsische Raum aber auch andere europäische Länder wie die Niederlande oder Schweden einer tieferen Tradition der medizinischen Lehrforschung folgen.

Die Untersuchung hat deutlich gemacht, dass Entwicklungen in anderen Ländern nicht einfach übernommen und auf die deutschsprachige Studentenpopulation übertragen werden können, wohl aber als Diskussionsgrundlage dienen. Eine umfassende Diskussion muss im deutschsprachigen Raum selbst stattfinden, um eigene Wertvorstellungen angepasst an Rahmenbedingungen und Traditionen zu verfolgen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie und die herangezogene Literatur zeigen die Relevanz dieser Thematik. Insofern ist eine Weiterführung der Diskussion im deutschsprachigen Raum notwendig, sowohl an Universitäten mit Lehrenden und Studierenden als auch in den verschiedenen Fachgesellschaften, um gemessen an internationalen Standards eine Umsetzung von PPD in das medizinische Curriculum voranzubringen.

Die vorliegende Studie kann daher nur der Anfang einer breiteren Diskussion sein. Sie macht einen ersten Vorschlag für die Definition von ‚personal and professional development‘ von Medizinstudierenden. Damit wäre das Feld für weitere Anwendungsgebiete der qualitativen und quantitativen Forschung eröffnet. Ein nächster Schritt sollte die Entwicklung eines Fragebogens sein, der auf den Ergebnissen der Studie aufbaut, um eine Einengung und Gewichtung zu erzielen, was persönliche und professionelle Entwicklung für die medizinische Ausbildung bedeutet. Auf Befragungen von Studierenden und Lehrenden anderer Fakultäten aufbauend, sollten Ausbildungsziele für die persönliche und professionelle Entwicklung von Studierenden in der medizinischen Ausbildung formuliert werden, deren Erfüllung nach Teilabschnitten oder am Ende des Studiums überprüfbar sein sollten.

7 Literatur

- American Board of Internal Medicine (ABIM).** Project Professionalism. Philadelphia, USA, 1995. (Accessed 27.09.2006, at <http://www.abim.org/resources/publications/professionalism.pdf>)
- Ansorg J, Betzler, M.** Von der kontinuierlichen medizinischen Fortbildung zur kontinuierlichen professionellen Entwicklung am Beispiel der chirurgischen Fortbildung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2006; 49(5): 426-432.
- Arnold R.** Pädagogische Professionalisierung betrieblicher Weiterbildungsarbeit: Explorative Studie zur Ermittlung weiterbildungsrelevanter Deutungsmuster des betrieblichen Bildungspersonals. Frankfurt: Lang, 1983.
- Bandura A.** Self-Efficacy in Changing Societies. New York: Cambridge University Press, 1995.
- Barbour RS.** Making sense of focus groups. Medical Education 2005; 39(7): 742-750.
- Barrows HS.** Problem-based, self-directed learning. Journal of the American Medical Association 1983; 250(22): 3077-3080.
- Bauer W.** Charta zur ärztlichen Berufsethik. Schweizerische Ärztezeitung 2003; 84(45): 2347-49.
- Baumann F.** What are the skills and the knowledge a competent physician really needs? "Eignungsdiagnostik und Medizinstudium", Universität Fribourg, Schweiz, 1995.
- Beauchamp G.** The Challenge of Teaching Professionalism. Annals of the Academy of Medicine, Singapore 2004; 33(6): 697-705.
- Beauchamp T, Childress J.** Principles of Biomedical Ethics. 5th ed. Oxford, England: Oxford University Press, 2004.
- Bollinger H, Hohl J.** Auf dem Weg von der Profession zum Beruf. Zur Deprofessionalisierung des Ärzte-Standes. Zeitschrift für sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis. 1981; 32(4).
- Bortz J, Döring N.** Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 3th ed. Berlin: Springer-Verlag, 2002.
- Branch WJ.** Supporting the moral development of medical students. Journal of General Internal Medicine 2000; 15(7): 503-8.
- Brownell A, Cote L.** Senior residents' views on the meaning of professionalism and how they learn about it. Academic Medicine 2001; 76(7): 734-7.
- Bundesärztekammer.** (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte. Berlin, 2006. (Accessed 24.06.2007, at <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143#A>)
- Burger W, Dudenhausen JW, Kiessling C, Scheffner D, Wilke A.** Reform des Medizinstudiums: Positive Erfahrungen an der Charité Berlin. Deutsches Ärzteblatt 2003; 100(11): A-686 / B-587 / C-551.
- Burger W, Rolle D.** Vier Jahre Reformstudiengang Medizin: Konzept, Erfahrungen, Perspektiven. In: Berendt B, Voss H, Wildt H, eds. Neues Handbuch Hochschullehre. Informationen und Handreichungen aus der Praxis für die Hochschule. Berlin: Raabe-Fachverlag für Wissenschaftsinformation. 2004: 1-40.

- Büschges G.** Profession. In: Fuchs-Heinritz W, Lautmann R, Rammstedt O, et al., eds. Lexikon zur Soziologie. 3.th ed. Opladen: Westdeutscher Verlag. 1995a.
- Büschges G.** Professionalisierung. In: Fuchs-Heinritz W, Lautmann R, Rammstedt O, et al., eds. Lexikon zur Soziologie. 3.th ed. Opladen: Westdeutscher Verlag. 1995b.
- Büschges G.** Professionalismus. In: Fuchs-Heinritz W, Lautmann R, Rammstedt O, et al., eds. Lexikon zur Soziologie. 3.th ed. Opladen: Westdeutscher Verlag. 1995c.
- Dreher M, Dreher E.** Gruppendiskussionsverfahren. In: Flick U, ed. Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2.th ed. Weinheim: Psychologie Verlags Union. 1995.
- Erpenbeck J, von Rosenstiel L.** Handbuch Kompetenzmessung: Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. 1th ed. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag, 2003.
- Fidler H, Lockyer JM, Toews J, Violato C.** Changing Physicians' Practices: The Effect of Individual Feedback. *Academic Medicine* 1999; 74(6): 702-714.
- Filipp S-H, Schmidt K.** Mittleres und höheres Erwachsenenalter. In: Oerter R, Montada L, eds. Entwicklungspsychologie: Ein Lehrbuch. 3.th ed. Weinheim: Psychologie Verlags Union. 1995.
- Frank J, Jabbour M, Tugwell P.** Skills for the new millenium: report of the societal needs working group. CanMEDS 2000 Project. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada's. Canadian Medical Education Directions for Specialists 2000 Project. *Annals Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* 1996(29): 206-216.
- Freidson E.** Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge. 2th ed. Chicago: University of Chicago Press, 1988.
- Friedrichs J.** Methoden der empirischen Sozialforschung. 14th ed. Opladen: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 1990.
- Glaser BG.** Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung. Bern: Verlag Hans Huber, 1998.
- Gläser J, Laudel G.** Theoriegeleitete Textanalyse? Das Potential einer variablenorientierten qualitativen Inhaltsanalyse. Discussion papers. Arbeitsgruppe Wissenschaftstransformation. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin, 1999; 1-33.
- Goldie J, Dowie A, Cotton P, Morrison J.** Teaching professionalism in the early years of a medical curriculum: a qualitative study. *Medical Education* 2007; 41(6): 610-617.
- Gordon J.** Assessing students' personal and professional development using portfolios and interviews. *Medical Education* 2003a; 37: 335-340.
- Gordon J.** Fostering students' personal and professional development in medicine: a new framework for PPD. *Medical Education* 2003b; 37(4): 341-349.
- Gräsel C.** Problemorientiertes Lernen. Strategieranwendung und Gestaltungsmöglichkeiten. Göttingen: Hogrefe-Verlag, 1997.
- Gruber H, Prenzel M, Schiefele H.** Spielräume für Veränderung durch Erziehung. In: Krapp A, Weidemann B, eds. Pädagogische Psychologie. 4th ed. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union. 2001.
- Herkner W.** Lehrbuch. Sozialpsychologie. 2th ed. Bern: Verlag Hans Huber, 1996.

- Herzig S, Biehl L, Stelberg H, Hick C, Schmeißer N, Koerfer A.** Wann ist ein Arzt ein guter Arzt? Eine inhaltsanalytische Untersuchung von Aussagen medizinischer Professionsvertreter. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2006; 131: 2883-2888.
- Heyse V, Erpenbeck J.** Der Sprung über die Kompetenzbarriere: Kommunikation, selbstorganisiertes Lernen und Kompetenzentwicklung von und in Unternehmen. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag, 1997.
- Hoff EH.** Frühes Erwachsenenalter: Arbeitsbiographie und Persönlichkeitsentwicklung. In: Oerter R, Montada L, eds. *Entwicklungspsychologie: Ein Lehrbuch*. 3th ed. Weinheim: Psychologie Verlags Union. 1995.
- Hohner H-U.** Professioneller Wandel in der Medizin als Herausforderung für die psychologische Eignungsdiagnostik. In: Hildebrand-Nilshon M, Hoff EH, Hohner H-U, eds. *Berichte aus dem Bereich "Arbeit und Entwicklung" am Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie an der FU Berlin*. Berlin. 1997.
- Howe A.** Professional development in undergraduate medical curricula – the key to the door of a new culture? *Medical Education* 2002; 36(4): 353-359.
- Howe A.** Twelve Tips for developing professional attitudes in training. *Medical Teacher* 2003; 25(4): 485-487.
- Kerkhoff W, Pflüger L.** *Entwicklung*. Lüneburg, 1999. (Accessed 05.09.2007, at <http://www.socioweb.de/index.html>)
- Kiessling C, Müller T, Becker-Witt C, Begenau J, Prinz V, Schleiermacher S.** A Medical Humanities Special Study Module on Principles of Medical Theory and Practice at the Charite, Humboldt University, Berlin, Germany. *Academic Medicine* 2003; 78(10): 1031-1035.
- Klima R.** Persönlichkeit. In: Fuchs-Heinritz W, Lautmann R, Rammstedt O, et al., eds. *Lexikon zur Soziologie*. 3th ed. Opladen: Westdeutscher Verlag. 1995.
- Köbberling J.** Charta zur ärztlichen Berufsethik. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 2003; 97: 76–79.
- Kohn M, Schooler C.** *Work and Personality: An Enquiry into the Impact of Social Stratification*.: Ablex Pub, Norwood, New Jersey, USA, 1983.
- Krippendorff K.** *Content Analysis. An Introduction to its Methodology*. Beverly Hills, London, England: Sage, 1980.
- Kuckartz U.** *Einführung in das Textanalysesystem MaxQda. Max Qualitative Datenanalyse*. Berlin: VERBI Software. Consult. Sozialforschung., 2001.
- Kunert K.** Gruppenlernen. In: Otto H-U, Thiersch H, eds. *Sozialarbeit. Sozialpädagogik*. Neuwied: Hermann Luchterhand Verlag. 2001: 745-756.
- Lamnek S.** *Gruppendiskussion. Theorie und Praxis*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1998.
- Legewie H.** *Qualitative Forschung und der Ansatz der Grounded Theory*. Berlin, 2005. (Accessed 17.07.2007, at http://userpage.fu-berlin.de/~sruehl/ablauf/ablaufss05/7_legewie_gt.pdf)
- Lewkonja R.** Medical revalidation and education - directed self-learning. *Medical Education* 2001; 35: 426-427.
- Luft J.** *Einführung in die Gruppendynamik*. 3.th ed. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1983.

- Mann K, Ruedy J, Millar N, Andreou P.** Achievement of non-cognitive goals of undergraduate medical education: perceptions of medical students, residents, faculty and other health professionals. *Medical Education* 2005; 39(1): 40-8.
- Marckmann G.** Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik? *Ärzteblatt Baden-Württemberg* 2000(12): 499-502.
- Mayring P.** Einführung in die qualitative Sozialforschung. 3th ed. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1996.
- Mayring P.** Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8th ed. Weinheim: Beltz Verlag, 2003.
- Medical Professionalism Project.** Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *The Lancet.* 2002; 359.(9305): S. 520-522.
- Niemi P.** Medical students' professional identity: self-reflection during the preclinical years. *Medical Education* 1997; 31(6): 408-15.
- Nittel D.** Von der Mission zur Profession? Stand und Perspektiven der Verberuflichung in der Erwachsenenbildung. *Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung.* Bielefeld: Bertelsmann Verlag, 2000.
- Oerter R, Montada L.** Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. 5th ed. Weinheim: Beltz, 2002.
- Oevermann U.** Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns. In: Combe H, Helsper A, eds. *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns.* Frankfurt a. Main: Suhrkamp. 1996.
- Pervin LA.** Die sozial-kognitive Theorie: Bandura und Mischel. In: Pervin LA, ed. *Persönlichkeitstheorien.* München: Ernst Reinhardt. 2000: S.388- 393.
- Pfingsten U, Hinsch R.** Gruppentraining sozialer Kompetenz. Grundlagen, Durchführungen, Materialien. 2th ed. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1991.
- Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine.** Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Annals of Internal Medicine* 2002; 136(3): 243-246.
- Ratanawongsa N, Wright SM, Carrese JA.** Well-being in residency: a time for temporary imbalance? *Medical Education* 2007; 41(3): 273-280.
- Rose G, Rukstalis, MR, Schuckit, MA.** Informal mentoring between faculty and medical students. *Academic Medicine* 2005; 80(4): 344-348.
- Rosemeier HP.** Verhaltensänderung durch Lernprozesse. In: Rosemeier HP, ed. *Medizinische Psychologie und Soziologie.* 4th ed. Stuttgart: Enke. 1991.
- Rosemeier HP, Habermas T.** Entwicklung. In: Rosemeier HP, ed. *Medizinische Psychologie und Soziologie.* 4th ed. Stuttgart: Enke. 1991.
- Rosemeier HP, Saupe R.** Persönlichkeit. In: Rosemeier HP, ed. *Medizinische Psychologie und Soziologie.* 4th ed. Stuttgart: Enke. 1991.
- Royal College of Physicians.** Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London. London: Royal College of Physicians, 2005.
- Schämann A.** Akademisierung und Professionalisierung der Physiotherapie ; "Der studentische Blick auf die Profession". [Promotion]. Humboldt-Universität zu Berlin; 2005.
- Schmidt H.** Assumptions underlying self-directed learning must be false. *Medical Education* 2000; 34: 243-5.

- Schön DA.** The reflective practitioner. How professionals think in action. New York, USA: Basic Books, 1983.
- Schröder TH, Raspe H.** Der ärztliche Beruf vor alten und neuen Herausforderungen ("new medical professionalism"). Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt. 2006(8): S. 32.
- Schubert S, Ortwein H, Remus A, Schwantes U, Kiessling C.** Taxonomie von Ausbildungszielen für professionelles Verhalten für das Medizinstudium. Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 2005; 22(4): 1-8.
- Siegrist J.** Soziologie des Arztes und der Arzt-Patienten-Beziehung. In: Siegrist J, ed. Medizinische Soziologie. 5th ed. München: Urban und Schwarzenberg. 1995.
- Sivalingam N.** Teaching and Learning of Professionalism in Medical Schools. Annals of the Academy of Medicine, Singapore 2004; 33(6): 706-710.
- Stark P, Ellershaw J, Newble D, et al.** Student-selected components in the undergraduate medical curriculum: a multi-institutional consensus on assessable key tasks. Medical Teacher 2005; 27(8): 720 - 725.
- Stephenson A, Higgs R, Sugarman J.** Teaching professional development in medical schools. The Lancet 2001; 357(9259): 867-70.
- Stephenson AE, Adshead LE, Higgs RH.** The teaching of professional attitudes within UK medical schools: reported difficulties and good practice. Medical Education 2006; 40(11): 1072-1080.
- Stepien K, Baernstein A.** Educating for Empathy: A Review. Journal of General Internal Medicine 2006; 21(5): 524-530.
- Taylor MC.** Education and personal development: a reflection. Archives of Disease in Childhood 1999; 81: 531-534.
- Terhart E.** Berufskultur und professionelles Handeln bei Lehrern. In: Combe A, Helsper W, eds. Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt am Main: Suhrkamp. 1996.
- The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.** CanMEDS 2000: Extract from the CanMEDS 2000 Project Societal Needs Working Group Report. Medical Teacher 2000; 22(6): 549- 554.
- The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.** CanMEDS 2005 Framework. Ottawa, Kanada: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2005.
- The Scottish Deans' Medical Curriculum Group.** Learning Outcomes for the Medical Undergraduate in Scotland: A foundation for competent and reflective practitioners. In: The Scottish Deans' Medical Curriculum Group, ed. The Scottish Doctor. Edinburgh, Schottland: The University of Edinburgh, 2000a.
- The Scottish Deans' Medical Curriculum Group.** The Learning Outcomes. In: The Scottish Deans' Medical Curriculum Group, ed. The Scottish Doctor. Edinburgh, Schottland: University of Edinburgh, 2000b.
- Van de Camp K, Vernooij-Dassen M, Grol R, Bottema B.** How to conceptualize professionalism: a qualitative study. Medical Teacher 2004; 26(8): 696-702.
- Vermeire E, Van Royen P, Griffiths F, Coenen S, Peremans L, Hendrickx K.** The critical appraisal of focus group research articles. European Journal of General Practice 2002; 8: 104-108.
- Werner H.** Einführung in die Entwicklungspsychologie. Leipzig: Barth, 1959.

- Ziegler B.** Professionalisierung im Studium - Anspruch und Wirklichkeit. In: Stuttgart-Universität, ed. Stuttgarter Beiträge zur Berufs- und Wirtschaftspädagogik. vol 25. Aachen: Shaker Verlag. 2004.
- Zumbach J.** Authentische Probleme in der Lehre. Problemorientiertes Lernen in der Hochschullehre. In: Berendt B, Voss H-P, Wildt J, eds. Neues Handbuch Hochschullehre. Berlin: Raabe. 2006: S. 1-23.

Anhang

Dr. med. Claudia Kiessling
AG Reformstudiengang Medizin
Charité, HU Berlin
Schumannstr. 20/21
10117 Berlin
Tel: 030-450-576013
claudia.kiessling@charite.de

Berlin, den Mai 2003

Sehr geehrte/r

Die Charité bemüht sich seit langem intensiv, die Ausbildungsforschung zu fördern. Eine besondere Rolle spielt dabei die Förderung der persönlichen und professionellen Entwicklung von Medizinstudenten und -studentinnen. Hier steht Deutschland noch ganz am Anfang.

Welche Vorstellungen und Erwartungen Lehrende und Studierende mit diesen Zielen verknüpfen, soll im Rahmen einer Dissertation untersucht werden. Die qualitative Studie bedient sich einer Gruppendiskussion zu diesem Thema. Die im Rahmen der Gruppendiskussion ermittelten Meinungen dienen der Hypothesenbildung, die später quantitativ mit einem Fragebogen überprüft werden soll.

Wir haben uns dazu entschieden, per Losverfahren die Diskussionspartner für die Gruppendiskussion zu ermitteln. Sie sind einer von 16 Diskussionspartnern aus der Gruppe der Studierenden (2 Gruppen à 8 Diskussionspartner).

Wir würden Sie herzlich bitten, dafür etwa 1 ½ Stunden zur Verfügung zu stehen.

Als Termin für die Gruppendiskussion haben wir den 05. Juni 2003 vorgesehen.

Sie soll um 18: 00 Uhr in der ehemaligen Strahlenklinik (CCM), im Täf, Kleingruppenraum 2, 3. Ebene beginnen und wird max. 1 ½ h dauern.

Wir sind glücklicher Weise in der Lage, Ihnen eine Aufwandsentschädigung, einen Büchergutschein im Wert von 10,- Euro, für ihr Engagement zu überreichen.

Um die Diskussion auswerten zu können, muss eine Videoaufnahme gemacht werden. Diese Videoaufnahme wird jedoch nach der Transkription, die anonym verschlüsselt werden wird, wieder gelöscht werden.

Die Studie wird von der AG Reformstudiengang Medizin durch Herrn Professor Scheffner betreut und von der Medizinstudentin Dörte Worthmann durchgeführt.

Wir möchten Sie herzlich bitten, an dieser Gruppendiskussion teil zu nehmen.

Bitte geben Sie bis zum Mai 2003 Frau Dr. Claudia Kiessling Bescheid, um ihre Teilnahme oder Absage zu bestätigen.

e- mail: claudia.kiessling@charite.de

Telefon: 030- 450 576013

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit im Voraus!

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Dieter Scheffner
*Beauftragter der Fakultät für den
Reformstudiengang Medizin*

Dr. med. Claudia Kiessling
*Wiss. Mitarbeiterin der
AG Reformstudiengang*

Dörte Worthmann
Studentin

Dr. med. Claudia Kiessling
AG Reformstudiengang Medizin
Charité, HU Berlin
Schumannstr. 20/21
10117 Berlin
Tel: 030-450-576013
claudia.kiessling@charite.de

Berlin, den Mai 2003

Sehr geehrte/r

Die Charité bemüht sich seit langem intensiv, die Ausbildungsforschung zu fördern. Eine besondere Rolle spielt dabei die Förderung der persönlichen und professionellen Entwicklung von Medizinstudenten und -studentinnen.

Hier steht Deutschland noch ganz am Anfang.

Welche Vorstellungen und Erwartungen Lehrende und Studierende mit diesen Zielen verknüpfen, soll im Rahmen einer Dissertation untersucht werden. Die qualitative Studie bedient sich einer Gruppendiskussion zu diesem Thema. Die im Rahmen der Gruppendiskussion ermittelten Meinungen dienen der Hypothesenbildung, die später quantitativ mit einem Fragebogen überprüft werden soll.

Wir haben uns dazu entschieden, per Losverfahren die Diskussionspartner für die Gruppendiskussion zu ermitteln. Sie sind einer von 16 Diskussionspartnern aus der Gruppe der Lehrenden (2 Gruppen à 8 Diskussionspartner).

Wir würden Sie herzlich bitten, dafür etwa 1 ½ Stunden Ihrer Zeit zur Verfügung zu stehen.

Als Termin für die Gruppendiskussion haben wir den 05. Juni 2003 vorgesehen.

Sie soll um 18: 00 Uhr in der ehemaligen Strahlenklinik (CCM), im Täf, Seminarraum 2, 3. Ebene beginnen und wird max. 1 ½ h dauern.

Um die Diskussion auswerten zu können, muss hierzu eine Videoaufnahme gemacht werden. Diese Videoaufnahme wird jedoch nach der Transkription, die anonym verschlüsselt werden wird, wieder gelöscht werden.

Die Studie wird von der AG Reformstudiengang Medizin durch Herrn Scheffner betreut und von der Medizinstudentin Dörte Worthmann durchgeführt.

Wir möchten Sie herzlich bitten, an dieser Gruppendiskussion teil zu nehmen.

Bitte geben Sie bis zum Mai 2003 Frau Dr. Claudia Kiessling Bescheid, um ihre Teilnahme oder Absage zu bestätigen.

e- mail: claudia.kiessling@charite.de
Telefon: 030- 450 576013

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit im Voraus!

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Dieter Scheffner
*Beauftragter der Fakultät für den
Reformstudiengang Medizin*

Dr. med. Claudia Kiessling
*Wiss. Mitarbeiterin der
AG Reformstudiengang*

Dörte Worthmann
Studentin

**Einverständniserklärung für Videoaufnahmen der Gruppendiskussion
„Persönliche und professionelle Entwicklung von Medizinstudenten/-innen“
im TÄF der Charité Berlin**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Videoaufnahmen, die von mir im TÄF bei der Gruppendiskussion „Persönliche und professionelle Entwicklung von Medizinstudenten/-innen“ gemacht werden, dort auch aufbewahrt werden dürfen. Sie dürfen zu Forschungszwecken von der Doktorandin Frau Dörte Worthmann und den an der Planung und Durchführung des Projektes beteiligten wissenschaftlichen Mitarbeitern angeschaut und ausgewertet werden. Daraus gewonnene anonymisierte Daten dürfen veröffentlicht werden.

Die Bänder werden für andere Personen unzugänglich aufbewahrt.
Nach der inhaltlichen Analyse der Bänder werden diese wieder gelöscht.

Berlin,

(Datum, Unterschrift)

Erklärung

Ich, Dörte Worthmann, geb. am 02. August 1975, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema:

„Definitionen von persönlicher und professioneller Entwicklung im Medizinstudium. Ergebnisse einer qualitativen Befragung von Studierenden und Lehrenden der Medizinischen Fakultät der Charité - Universitätsmedizin Berlin“

selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.

Datum

Unterschrift

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus Datenschutzgründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Danksagung

Mein Dank gilt vor allem Prof. Dr. med. Dr. h. c. Dieter Scheffner, der mich als Hochschullehrer unter seine Fittiche genommen hat sowie Dr. med. Claudia Kiessling, MPH und Dipl.-Päd. Dagmar Rolle, die meine Promotion als wissenschaftliche Mitarbeiterinnen im Reformstudiengang Medizin mit sehr viel persönlichem Engagement betreut haben.

Darüber hinaus möchte ich Dr. med. Heiderose Ortwein, Dr. phil. Cornelius Schubert, Dr. phil. Michel Knigge, Corona Rolle und meiner Familie für ihre tatkräftige und emotionale Unterstützung danken sowie den mitwirkenden Studierenden und Lehrenden an den Gruppendiskussionen im Sommer 2003, ohne welche die vorliegende Arbeit nicht zustande gekommen wäre.