

Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

**Berufsidentität Hausarzt – Eine qualitative Studie
zum Modellprojekt „Klasse Allgemeinmedizin“
am Institut für Allgemeinmedizin in Halle**

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Henriette Meinel (geb. Grimmer)
geboren am 04.07.1988 in Halle/Saale

Betreuer:
Prof. Dr. med. Andreas Klement

Gutachter/Gutachterin:

1. Prof. Dr. Andreas Klement
2. Prof. Dr. Stefan Watzke
3. Prof. Dr. Jutta Bleidorn, Jena

09.07.2019

27.05.2020

Referat

Zielsetzung: Bei der ersten Kohorte der „Klasse Allgemeinmedizin“ (WS 2011/12) am Institut für Allgemeinmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg sollen die Mechanismen und Faktoren der Internalisierung einer Berufsidentität als Hausarzt in der Studieneinmündungsphase untersucht werden. Die Arbeit ergänzt Studien zu in- und extrinsischen Motivationsfaktoren auf die Entscheidungsfindung, den Hausarztberuf zu ergreifen.

Methoden: Mittels autobiografisch-narrativen Stegreiferzählungen sowie leitfadengestützten Experteninterviews wurden alle 20 Studierende der ersten „Klasse Allgemeinmedizin“ als Vollerhebung befragt. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und mit wissenschaftlich etablierten Methoden der qualitativen Forschung (Grounded Theory und Narrationsanalyse) ausgewertet. Dabei wurde das Kodierungsprogramm MaxQDA verwendet.

Wesentliche Ergebnisse: Der ‚Herstellungsprozess‘ einer Hausarztidentität fußt auf drei Säulen: Die Erfahrungsbausteine der *retrospektiven* und *prospektiven Identitätsarbeit* sowie *Transferleistungen der Identitätsarbeit* setzen sich mosaikhaft zu einer berufsbiografischen Planungsvorstellung zusammen. Dabei stellen biografische Ressourcen (medizinisch vorgeprägtes Elternhaus, Ausbildungs-/Praxiserfahrungen, Heimatverbundenheit), der Klassenverband, das wechselseitige Vertrauen zwischen hausärztlichen Mentoren/Dozenten und Studierenden sowie die Kontinuität des reflexiven Austauschs wichtige Orientierungsrahmen für die Entwicklung individueller und kollektiver Professionalisierungsprozesse dar. Die Attraktivität des hausärztlichen Berufsbildes kann durch frühzeitige und praxisorientierte Vermittlung von allgemeinmedizinischen Inhalten durch orientierungsmächtige Identifikations- bzw. Berufsrollenvorbilder gesteigert werden. Für die Studierenden ist insbesondere eine eigenständig gestaltbare ‚work-life-balance‘ richtungsweisend für die spätere Facharztwahl, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu sichern. Dabei neigen auf dem Land aufgewachsene Studierende eher dazu, sich später auch wieder in einer ländlichen Region nieder zu lassen.

Folgerungen: Die Entwicklung einer Hausarztidentität ist vom Engagement der einzelnen hausärztlichen Mentoren/Dozenten sowie der Gruppendynamik des Klassenverbandes abhängig, welche sich nur begrenzt beeinflussen lassen. Biografischen Ressourcen sowie persönlichen Zukunftsvisionen der Studierenden kann im Curriculum der „Klasse Allgemeinmedizin“ nur teilweise entsprochen werden, weshalb eine fachspezifische Festlegung in der Studieneinmündungsphase oftmals noch nicht möglich ist.

Meinel, Henriette: Berufsidentität Hausarzt – Eine qualitative Studie zum Modellprojekt „Klasse Allgemeinmedizin“ am Institut für Allgemeinmedizin in Halle, Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 66 Seiten, 2019

Inhaltsverzeichnis

Referat

Inhaltsverzeichnis.....	I
Verzeichnis der Abkürzungen und Symbole.....	III
1 Einleitung.....	1
1.1 Aktuelle Situation der Allgemeinmedizin.....	1
1.2 Das Modellprojekt „Klasse Allgemeinmedizin“.....	4
1.3 Identität und Rollenbildung.....	6
1.3.1 Identitätsbegriff und Identitätsbildungstheorie nach George H. Mead.....	6
1.3.2 Rollenbildung nach Erving Goffman.....	7
1.4 Kompetenzentwicklung und berufliche Identität.....	8
1.5 Erkenntnisinteresse der Studie und Entstehung der Forschungsfrage.....	11
2 Zielstellung.....	12
3 Material und Methodik.....	13
3.1 Methodischer Zugang zum Forschungsgebiet.....	13
3.2 Datenerhebung.....	13
3.3 Ethische Aspekte.....	14
3.4 Datenbasis.....	15
3.5 Methodisches Vorgehen und Datenauswertung.....	16
3.5.1 Grounded Theory.....	16
3.5.2 Narrationsanalyse.....	19
4 Ergebnisse.....	23
4.1 Retrospektive Identitätsarbeit.....	23
4.1.1 Orientierungsmächtige Berufsrollenvorbilder im Elternhaus.....	24
4.1.2 positive Erfahrungen in berufsorientierenden Praktika, Freiwilligendiensten oder aus dem erlerntem Gesundheitsberuf.....	26
4.1.3 berufsbiografische Änderungsinitiative in Richtung Hausarztberuf aus einer unattraktiv gewordenen Berufs-/Lebenssituation.....	27
4.1.4 Festigung der Berufsbildvorstellungen ‚Hausarzt‘.....	29
4.2 Prospektive Identitätsarbeit.....	30
4.2.1 Die Prägestkraft hausärztlicher Mentoren und Dozenten (individuelle Professionalisierung).....	31
4.2.2 Die Prägestkraft des festen Klassenverbandes (kollektive Professionalisierung).....	33
4.2.3 Strategische Gründe als Entscheidungsmotivation.....	35
4.3 Transferleistungen der Identitätsarbeit.....	36
4.3.1 Die ‚Klasse Allgemeinmedizin‘ in der Pilotphase.....	37

4.3.2	Berufliche Zukunftsvisionen.....	39
4.4	Reflektion des Bewerbungsverfahrens.....	42
5	Diskussion.....	45
5.1	Bedeutung der retrospektiven Identitätsarbeit.....	45
5.2	Bedeutung der prospektiven Identitätsarbeit.....	47
5.2.1	Die Prägekraft hausärztlicher Mentoren und Dozenten (individuelle Professionalisierung).....	47
5.2.2	Die Prägekraft des festen Klassenverbandes (kollektive Professionalisierung).....	48
5.3	Transferleistungen der Identitätsarbeit.....	49
5.4	Adjustierung des Bewerbungsverfahrens.....	50
5.5	Optimierungspotential für Weiterentwicklung der „Klasse Allgemeinmedizin“.....	51
5.6	Limitationen und Stärken der Arbeit.....	52
6	Zusammenfassung.....	54
7	Literaturverzeichnis.....	57
8	Thesen.....	64
9	Anlagen.....	65
	Selbstständigkeitserklärung.....	IV
	Erklärung über frühere Promotionsversuche.....	V
	Danksagung.....	VI

Verzeichnis der Abkürzungen und Symbole

ÄAppO	Approbationsordnung für Ärzte
bspw.	beispielsweise
bvmd	Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.
bzw.	beziehungsweise
ebd.	ebenda oder ebendort
etc.	et cetera
MLU	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
u.a.	unter Anderem
usw.	und so weiter
v.a.	vor allem
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
WS	Wintersemester
z.B.	zum Beispiel

1 Einleitung

1.1 Aktuelle Situation der Allgemeinmedizin

In den neuen Bundesländern scheiden in den nächsten zehn Jahren schätzungsweise 42% bis 50% der derzeitig niedergelassenen Hausärzte altersbedingt aus dem Berufsleben aus. Gerade die ländlichen Regionen in Sachsen-Anhalt werden verstärkt vom Hausärztemangel betroffen sein (Barth et al., 2017; Bundesärztekammer, 2012; Kopetsch, 2010).

Die flächendeckende hausärztliche Versorgung, insbesondere in strukturschwachen Regionen und Kleinstädten (unter 50.000 Einwohnern), ist durch das rückläufige Interesse junger Ärzte an einer Niederlassung auf dem Land bzw. einer Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin sehr stark gefährdet (Bundesärztekammer, 2016; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2010). Auch in Sachsen-Anhalt ist der Anteil der hausärztlich tätigen Ärzte (dazu zählen hausärztlich tätige Internisten und Fachärzte für Allgemeinmedizin) gegenüber anderen Fachärzten seit Mitte der 90er Jahre rückläufig. Insbesondere die demographische Alterung der niedergelassenen Ärzteschaft bei unzureichend nachrückendem Nachwuchs und daraus resultierenden hohen Arbeitsvolumina und -intensitäten ebenso wie die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen der Patientenversorgung sind Faktoren, die den Hausärztemangel fördern (Barth et al., 2017; Barthen und Gerlinger, 2016; Beyer et al., 2010; Schneider et al., 2013).

Eine Studie des Hartmannbundes (2012) belegt, dass nicht einmal 10% von 4396 befragten Medizinstudenten eine Hausarztpraxis auf dem Land führen möchten. Eine Praxisgründung respektive -übernahme kommt für die befragten Medizinstudenten eher in einer mittelgroßen Stadt ab 50.000 Einwohnern (30%) oder in einer Großstadt ab 200.000 Einwohnern in Betracht. Ein Großteil der Befragten (66%) erwägt eine Niederlassung in einer Gemeinschaftspraxis. Lediglich 10% der befragten Medizinstudenten können sich eine Niederlassung in einer Einzelpraxis (Hartmannbund, 2012) vorstellen. Diese Entwicklung ist unverändert aktuell, wie spätere Umfragen des Hartmannbundes belegen: Im Jahr 2016 nahmen 8.314 Medizinstudierende an der Umfrage zum ‚Masterplan Medizinstudium 2020‘ teil. Die Antworten zur verpflichtenden M3-Prüfung in der Allgemeinmedizin und der Einführung einer optionalen Landarztquote zeigen deutlich, dass 79.72% die M3-Prüfung in der Allgemeinmedizin und 69.50% die Landarztquote ablehnen (Hartmannbund, 2016). Eine aktuellere Studierendenbefragung des Hartmannbundes aus dem Jahre 2017 zeigt, dass jeder zweite Befragte den Hausarztberuf interessant findet, gleichzeitig würden sich 44% vorzugsweise für eine andere Fachrichtung entscheiden – dies zuvorderst aus Gründen vermuteter schlechterer Vergütung sowie des angenommenen geringeren Ansehens des Hausarztberufs. Die Stadt-Land-Problematik wurde auch in einer Studie von Quart et al. (2018) beleuchtet, in dem die Pendelbereitschaft von Medizinstudenten erfragt wurde. Hier zeigte sich, dass die Mehrzahl der Befragten durchaus bereit wären eine tägliche längere Fahrstrecke auf sich zu nehmen, wenn gewisse Begleitfaktoren optimiert würden: Möglichkeit

von Teilzeitmodellen und Mitarbeit in einer Gemeinschaftspraxis, angemessenes Gehalt (inkl. Fahrtkostenerstattung) und Unterstützung durch Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis. In einer Studie von Heinz und Jacob (2012) wurden Medizinstudierende zu ihren generellen Berufsperspektiven befragt. Die Allgemeinmedizin verbinden die meisten Studierenden mit einer wenig abwechslungsreichen Tätigkeit und schlechteren Bezahlung bei gleichzeitig maximalem Arbeitsaufkommen. Unter Medizinstudierenden hat der Berufswunsch ‚Hausarzt‘ ganz offensichtlich ein Imageproblem. Erst in den letzten ca. 10 Jahren konnte eine zunehmende Stärkung des Faches Allgemeinmedizin (u.a. durch politische Vorgaben wie Lehrstuhlgründungen und Änderung der ÄAppO) deutschlandweit beobachtet werden (Schmacke, 2010).

Hausärzte, welche die Begeisterung für Ihren Beruf an Medizinstudierende herantragen, beeinflussen deren Entscheidung für eine Niederlassung als Hausarzt positiv (Eley et al., 2015; Meli et al., 2014). Das im Medizinstudium seit dem Jahr 2002 obligatorisch verankerte zweiwöchige Blockpraktikum Allgemeinmedizin kann einen ersten Schritt in Richtung Steigerung der Attraktivität des hausärztlichen Berufsbildes leisten, wie Studien an der Universität Duisburg-Essen (Dunker-Schmidt et al., 2009) und der Universität Frankfurt (Schäfer et al., 2009) zeigten. In beiden Arbeiten konnte nach der Absolvierung des Blockpraktikums eine signifikant verbesserte Einstellung zum Berufsbild Hausarzt festgestellt werden. Auch das Absolvieren eines Tertials des Praktischen Jahres in einer Praxis für Allgemeinmedizin kann sich positiv auf die spätere Facharztwahl auswirken, wie Ergebnisse einer multizentrischen PJ-Evaluation von Böhme et al. (2013) darlegten. In dieser Studie zeigt sich auch ein deutlicher Lernzuwachs beim Aufbau einer Arzt-Patienten-Beziehung, sowie eine durchweg positive Beurteilung der Betreuung durch entsprechende Lehrärzte im Praktischen Jahr.

In der bundesweiten Befragung ‚Berufsmonitoring Medizinstudenten 2010‘ (Jacob et al., 2010) welche gemeinsam von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Universität Trier durchgeführt wurde, ergab sich, dass 30% der befragten Studenten grundsätzlich an einer Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin interessiert sind, insgesamt aber 54% der Studienteilnehmer eine Arbeit in einer Region unterhalb der 2000-Einwohner-Grenze ablehnen (Jacob et al., 2010). Eine ähnliche Befragung aus dem Jahr 2014 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung brachte hervor, dass sich nur 1/3 der Befragten eine Tätigkeit als Hausarzt in eigener Praxis vorstellen können. Diese Zahlen sind bis in das Jahr 2016 nahezu unverändert geblieben (Bundesärztekammer, 2016; Hartmannbund, 2012, 2017; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2014; Schmacke, 2013). Worin sich das nahezu gleichbleibend niedrige Interesse am Hausarztberuf erklären ließe, ist möglicherweise mit Gründen der Berufszufriedenheit von hausärztlich tätigen Ärzten zu assoziieren. So zeigt sich in einer Studie von Goetz et al. (2013), dass in einer städtischen Region tätige Hausärzte mit den Faktoren Arbeitszeit, eigene körperliche Fitness sowie Einkommen zufriedener waren, als landärztlich

tätige Hausärzte. Mit der Wahrnehmung dieser Unterschiede durch potentiellen Nachwuchs sinkt auch dessen Bereitschaft sich in einer ländlich geprägten Region nieder zu lassen. Studierende, welche selbst auf dem Land aufwuchsen, können sich eine Tätigkeit als Landarzt jedoch eher vorstellen als Andere (Eley et al., 2015; Heinz und Jacob, 2012). Diesen ‚landerfahrenen Studenten‘, welche mit den ländlichen Strukturen vertraut sind, erscheint die Hausarztstätigkeit denn auch eher als abwechslungsreich und anspruchsvoll. Jedoch sind auch hier beschränkte Entwicklungs- bzw. Karrieremöglichkeiten, finanzielle Risiken bei der Niederlassung und die hohen fachlichen Anforderungen (Beuermann et al., 2010; Eley et al., 2015) nur einige der Gründe, welche immer wieder von Medizinstudierenden und jungen Ärzten genannt werden, die sich gegen eine allgemeinmedizinische Weiterbildung entscheiden.

Der Allgemeinmediziner von heute sieht sich im besonderen Maße im Spannungsfeld zwischen Patientenorientierung und Ökonomisierung hausärztlicher Arbeit, was die Nachwuchsgewinnung zusätzlich erschwert (Donner-Banzhoff, 2009). Es wird daher nach regional angepassten Lösungsansätzen gesucht, um die Attraktivität der Allgemeinmedizin zu erhöhen, damit dem fortschreitenden flächendeckenden Hausärztemangel entgegengewirkt werden kann. Dabei reichen Einzelmaßnahmen, wie regionale Niederlassungsförderungen oder Stipendienprogramme im Hinblick auf die großen Bedarfszahlen nicht aus (Dale et al., 2015; Eley et al., 2015; Torppa et al., 2015). Generelle Faktoren, welche die Vorstellung sich auf dem Land nieder zu lassen fördern, wurden in einer Studie von Steinhäuser et al. (2013) erfragt: ein familienfreundliches Umfeld und die Aussicht eines Jobs für den Lebenspartner wurden sehr häufig genannt. Auch in dieser Studie zeigte sich eine signifikante Häufung von wohlwollenden Aussagen bezüglich einer Niederlassung auf dem Land von Befragten, die selbst auf dem Land aufgewachsen waren.

Eine systematische und frühzeitige Heranführung von Studenten an das Fachgebiet Allgemeinmedizin kann auch generell das Interesse am ‚Landarzt sein‘ erhöhen, wie unter anderem Studien in Australien nachgewiesen haben (Dunbabin et al., 2006; Laven and Wilkinson, 2003; Schmacke, 2013; Stagg et al., 2009). Die alleinige Erhöhung der Anzahl von Medizinstudienplätzen kann den hausärztlichen Nachwuchsmangel auf dem Land nachweislich jedoch nicht ausgleichen, vielmehr ist eine effektive und frühzeitig einsetzende Verbindung von universitärer Ausbildung und allgemeinmedizinischer Praxis dafür notwendig (Rabinowitz et al., 2013).

In einer Studie von Schneider et al. (2016) wurden Berufsanfänger zu ihrem Kompetenzniveau nach dem Studium befragt. Es zeigte sich hier, dass viele Studierende Probleme mit der praktischen Anwendung des erworbenen theoretischen Wissens im Arbeitsalltag haben und nicht sicher Sachverhalte priorisieren oder Zusammenhänge erkennen können. Daher erscheint es umso wichtiger einen frühzeitigen Praxisbezug zum späteren Berufsalltag bereits zu Beginn des Studiums herzustellen.

Als Herausforderung imponiert dabei die Problematik, dass noch immer nicht an allen medizinischen Fakultäten Lehrstühle für Allgemeinmedizin eingerichtet sind (Schmacke, 2010; Schneider, 2015) und das Fach im Hinblick auf Personal und Ausstattung an vielen Standorten noch nicht so fest verankert ist, wie andere Fachbereiche.

Es wurden in den letzten Jahren zunehmend Zukunftskonzepte entwickelt, um die hausärztliche Versorgung in den kommenden Jahrzehnten zu sichern. Eine Studie von Beyer et al. (2010) stellte schon vor acht Jahren verschiedene Konzepte anderer Länder vor, welche alle mit ähnlichen Problemen bei der Sicherung der Primärversorgung zu kämpfen haben. So wird beispielsweise in einer Roadmap des Royal College of General Practitioners (RCGP) in Großbritannien auf die Notwendigkeit einer verstärkten Vernetzung der Hausarztpraxen hingewiesen, bis hin zur Schaffung von Stellen für nichtärztliche Tätigkeiten (bspw. Apotheker oder Mitglieder anderer Heilberufe), um die Qualität der hausärztlichen Versorgung gerade in strukturschwachen Bereichen attraktiver zu gestalten. Denn nicht selten droht mit einer zunehmenden Schließung von Landarztpraxen als wichtiger Teil der Primärversorgung auch eine funktionale Herabstufung einer Region (Beyer et al., 2010).

Um dem entgegen zu wirken, wurde an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg im Jahr 2011 mit der „Klasse Allgemeinmedizin“ ein bis dahin deutschlandweit nahezu einzigartiges und konsequent verfolgtes Projekt gestartet. Im folgenden Teilabschnitt werden der Aufbau und die Zielsetzung der „Klasse Allgemeinmedizin“ genauer beschrieben.

1.2 Das Modellprojekt „Klasse Allgemeinmedizin“

Seit dem Wintersemester 2011/2012 wird am Institut für Allgemeinmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg das Wahlpflichtfach „Klasse Allgemeinmedizin“ ab dem ersten vorklinischen Semester nach der ÄAppO angeboten (Langosch et al., 2012). Das Lehrprojekt richtet sich an jährlich zwanzig Studierende der Humanmedizin (seit 2017 in zwei Zügen mit insgesamt 40 Plätzen) mit einem besonderen Interesse am Fachgebiet Allgemeinmedizin. Die Studierenden werden durch ein Bewerbungsverfahren, bestehend aus einer schriftlichen Bewerbung und einem persönlichen Gespräch, als Teilnehmer ausgewählt. Zu den Auswahlkriterien zählen unter anderem das persönliche Interesse am Berufsbild Haus- bzw. Landarzt, berufliche Erfahrungen sowie die Herkunft aus einer ländlichen oder kleinstädtischen Umgebung (Steger et al., 2012). Städtische Herkunft steht allerdings einer Auswahl nicht entgegen.

Das speziell für das Lehrprojekt entwickelte Curriculum beinhaltet mehrere Teilbereiche, die an den Erfordernissen der Primärversorgung orientiert sind. Darunter zählen ein in Seminarform durchgeführtes Kommunikationstraining, ein Fertigkeitentraining und allgemeinmedizinische Fallreflexionen. Innerhalb von drei Seminaren á 90 Minuten pro Semester werden die

Studierenden gezielt zu verschiedenen Themen unterrichtet, die sich an den nachfolgenden Praxiserfahrungen orientieren.

Einen ausführlichen Überblick über die einzelnen Teilbereiche bietet die Arbeit von Steger et al. (2012). Beim Kommunikationstraining werden die Studenten durch Gesprächsübungen gezielt auf die Arzt-Patienten-Interaktion in der Praxis vorbereitet. Dazu gehören die Vermittlung von Fragearten, Video-Demonstrationen von ärztlichen Gesprächen und Gruppenübungen mit dem Ziel der Selbstreflexion der eigenen Gesprächsführung. Das Fertigkeitentraining beinhaltet das Kennenlernen und die korrekte Ausführung von klinischen Untersuchungstechniken sowie eine Einführung in betriebswirtschaftliche Aspekte der Praxisführung und -organisation. Letzteres ist eine für Medizinstudierende seltene Möglichkeit auch in wirtschaftliche Aspekte des Arztseins eingeführt zu werden – ein Aspekt, der im Regelstudiengang ansonsten kaum Platz findet.

Im Teilbereich ‚allgemeinmedizinische Fallreflexionen‘ haben die Studierenden die Gelegenheit über Krankheitsbilder, welche ihnen in der Hausarztpraxis begegnet sind, in der Gruppe zu sprechen und Krankheitsfälle zu analysieren und gemeinsam in Hinblick auf hausärztliche Arbeitsweisen zu diskutieren (Steger et al., 2012). Dabei sollen die Studierenden einen chronisch kranken Patienten über die gesamte Ausbildungszeit in der Hausarztpraxis begleiten, um den Krankheitsverlauf und psychosoziale Faktoren der Patientenbetreuung eindrücklich und beispielhaft kennen zu lernen.

Ein frühzeitig angeleiteter (Erst-) Kontakt mit dem Fachgebiet, sowie die Förderung des ‚Verständnisses und des Erwerbs komplexer Kompetenzen für die Aufgaben, die Arbeitsweise und Entscheidungsfindung in der Primärversorgung‘ (Langosch et al., 2012) stehen im Curriculum im Vordergrund. Dafür bekommt jeder Studierende neben der theoretischen Wissensvermittlung einen erfahrenen hausärztlichen Mentor mit Lehrpraxis im ländlichen Raum zur Seite gestellt, bei denen die Teilnehmer das gesamte Studium hindurch jeweils zwei Praxistage pro Semester verbringen. Durch den Aufbau einer langjährigen engen Beziehung zum Mentor wird den Studierenden ein detaillierter Einblick in die Arbeitsweise, den Praxisalltag, sowie das gesamte Arbeits- und Lebensumfeld des Hausarztes gewährt (Steger et al., 2012).

Die konsequente enge Verzahnung zwischen erlebter Praxis und problemorientiertem hausärztlichen Fertigkeitentraining, den frühzeitigen Patientenkontakten unter Supervision und Anleitung sowie der Zusammenhalt im Klassenverband machen die ‚Klasse Allgemeinmedizin‘ zu einem Lehrprojekt mit Modellcharakter. Die bisher in Deutschland erste ‚Klasse Allgemeinmedizin‘ wird hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität engmaschig evaluiert. Dabei werden drei Teilbereiche unterschieden (Langosch et al., 2012):

1. Die formative Evaluation des Curriculums (Prozessevaluation) begleitet das Lehrprojekt über die Gesamtstudienzeit hinweg, von der Erprobungs- bis hin zur Implementierungsphase. Ziele der ‚regulierenden Bewertung‘ der Prozessevaluation sind

u.a. die Beurteilung unmittelbarer curricularer Inhalte durch die Studierenden, die Ermittlung der lernzielbezogenen Wirkung des Curriculums sowie die Beurteilung der Theorie-Praxis-Verknüpfung.

2. Die summative (endpunktorientierte) Evaluation als Optimierungs- und Kontrollmittel dient der abschließenden Bewertung des Lehrprojekts: Neben Struktur- und Prozessqualität ist die Ergebnisqualität von besonderem Interesse: Das Curriculum des Lehrprojekts „Klasse Allgemeinmedizin“ ist outcome- und kompetenzorientiert gestaltet. Demnach werden die im Curriculum operationalisierten Lernziele mit den tatsächlich erzielten Lernerfolgen der Studierenden verglichen.
3. Die qualitative Evaluation untersucht, inwiefern die „Klasse Allgemeinmedizin“ tatsächlich die Internalisierung einer hausärztlichen Grundhaltung bereits zu Beginn des Medizinstudiums (Studieneinmündungsphase) zu fördern vermag. Methodische Vorgehensweise und Ergebnisse dieser Studie werden im nachfolgenden Teilabschnitt der Arbeit ausgeführt.

1.3 Identität und Rollenbildung

1.3.1 Identitätsbegriff und Identitätsbildungstheorie nach George H. Mead

Die in dieser Arbeit hauptsächlich thematisierte Herausbildung einer beruflichen Identität benötigt zunächst eine begriffliche Definition. Hierbei gibt es mehrere Ansätze und historisch gewachsene Versuche der Begriffsklärung. Wenn man die semantischen Ursprünge des Wortes aufgreift, lässt sich im lateinischen das Wort „idem“ finden, welches mit „derselbe“ oder „dasselbe“ übersetzt werden kann. Kurz gesagt bedeutet das Wort Identität eine „*völlige Übereinstimmung einer Person oder Sache mit dem, was sie ist oder als was sie bezeichnet wird*“ (Brockhaus Enzyklopädie, 1997). Die verschiedenen Herangehensweisen zur Begriffsklärung von Identität lassen sich in unterschiedlichen Bereichen der wissenschaftlichen Analyse finden, beispielsweise in der Soziologie, Psychoanalyse, Ethnologie, Philosophie oder Pädagogik. Durch die in jedem wissenschaftlichen Teilbereich unterschiedliche Herangehensweise an die begriffliche Definition, lässt sich bereits die große Breite und Auslegungsvariabilität des Identitätsbegriffes ableiten. Im Folgenden soll daher nur die im gesundheitswissenschaftlichen Kontext verwendete und verstandene etablierte Identitätsbildungstheorie nähere Erläuterung finden.

Schaut man auf die Anfänge der Identitätsforschung, so tauchen häufig die Namen William James (1842-1910) und George Herbert Mead (1863-1931) als Begründer der *personalen* und der *sozialen* Identität auf (Joas, 1987). Nach dieser Identitätsbildungstheorie unterscheidet man das persönliche ‚I‘, welches den impulsiven und spontan handelnden Teil einer Identität darstellt, vom sozialen und reflektierten ‚Me‘, welches durch die ständige Interaktion mit der Umwelt entsteht. Der reflektierte ‚Me‘-Teil entwickelt sich jedoch erst im Laufe der Zeit durch erlebte

Erfahrungen. Dafür notwendige Fähigkeiten sind zum einen die eigene Rollendistanz, Empathie und die Ambiguitätstoleranz. Letztere als Fähigkeit gedeutet, erlebte Widersprüchlichkeiten in der Interaktion mit Anderen wahrzunehmen und aushalten zu können ohne sie positiv oder negativ bewerten zu müssen (Joas, 1987). Das ‚I‘ stellt den kreativen und im Affekt handelnden Teil einer Identität dar, welcher immer im Kontext der sozialen Identität („Me“) handelt. Dabei sieht George H. Mead die zwei Gegenspieler innerhalb einer Identität nicht als Fusion, sondern eher als gleichwertige Gegenspieler in einem dynamischen Gleichgewicht, welche am Ende gemeinsam das ‚Selbst‘ einer Person ergeben (Vester, 2010). Personale und soziale Identität sollten jedoch nicht als feste Konstrukte, sondern als stetige Weiterentwicklung des eigenen Selbst verstanden werden (Keupp, 2002).

George H. Mead geht noch weiter und beschreibt mit „play and game“ zwei Phasen in der Entwicklung eines Individuums bei der Herausbildung von Identität. Beim „play“ wird die kindliche Entwicklung thematisiert, bei der Kinder im Spiel bestimmte Rollen übernehmen und sich damit identifizieren (bspw. Polizist oder Krankenschwester) (Beer, 2007). Mead spricht hier vom „signifikanten Anderen“, in den sich das Kind versucht hineinzusetzen. In der zweiten Phase der sozialen Entwicklung, dem „game“, beschreibt Mead das Rollenspiel in einer größeren Gruppe, bei der sich das Kind sowohl sich selbst, als auch gegenüber den anderen Mitspielern positionieren muss und Verantwortung für sein Handeln übernehmen soll (Beer, 2007). Mead spricht hier von der gemeinsamen Gruppe als der „generalisierte Andere“, bei dem das Kind bemerkt, dass seine Handlungen und Entschlüsse einerseits die Gruppe beeinflussen, aber andererseits auch dadurch selbst beeinflusst wird und somit wichtige Schritte in der Herausbildung von eigener Identität erfährt (Joas, 1987).

1.3.2 Rollenbildung nach Erving Goffman

Als Ergänzung oder Weiterentwicklung des Modells nach George H. Mead kann das Prinzip der Rollendistanz von Erving Goffman (1922-1982) gesehen werden. Er beschreibt die Rollengestaltung und -übernahme in Form von Interaktionen mit anderen Personen (Miebach, 2014) und unterstützt damit den Grundgedanken von George H. Mead und anderen Identitätstheorien, dass sich Identität im Lauf des Lebens entwickelt und nicht von Beginn an vorhanden ist (Keupp, 2002; Straub, 2000).

Das von Erving Goffman entwickelte Konzept der Rollendistanz beschreibt eine wichtige Form sozialen Handelns, um bestimmte Rollenerwartungen oder Handlungsweisen besser auszufüllen und persönlich leichter zu ertragen (Hitzler, 1991; Vester, 2010). Eine Rolle zu erfassen und auszufüllen hat laut Goffman ein tieferes Verständnis des eigenen Selbst zur Folge und damit auch die Fähigkeit die Rolle bestmöglich und souverän auszufüllen (Miebach, 2014). Ein Beispiel aus der Medizin findet sich zur Veranschaulichung häufiger in der Literatur (Miebach, 2014; Vester, 2010): Ein Chirurg im Operationssaal wird durch Gespräche über nicht-medizinische

Themen oder das nebenher Spielen von Musik dem Operationsteam beweisen, dass er seiner Aufgabe in allen Bereichen gewachsen ist und dies nicht seine Arbeit beeinträchtigt. Dabei findet durch das Schaffen der Rollendistanz jedoch keine „Negation der Rolle“ statt, sondern dies kann, bei einem sehr hohen Anspruch von Umgebungsfaktoren an den Rolleninhaber, eine emotionale Distanz vermitteln, die dem Chirurgen hilft objektive Entscheidungen zu treffen. Die Rollendistanz verhilft damit zu einer „souveräneren und letztlich erfolgreicherer Handhabung der Rolle“ (Vester, 2010).

1.4 Kompetenzentwicklung und berufliche Identität

Das Vorhandensein oder auch die Entwicklung von Kompetenzen ist eng mit dem Identitätsbegriff verbunden. Wie bereits erläutert, spielt bei der Entwicklung von Identität neben äußerlichen Einflüssen auch der Erwerb von bestimmten Ressourcen eine wichtige Rolle. Kompetenzen sind nach Erpenbeck und Rosenstiel (2007) „Dispositionen selbstorganisierten Handelns“ beziehungsweise „Kombinationen kognitiver, motivationaler oder sozialer Fähigkeiten oder Potentiale“ (Lang-von Wins und Triebel, 2012).

Kompetenzen werden häufig als Voraussetzung für ein erfolgreiches Handeln gewertet, um Entscheidungen auf Basis von erlernten Fähigkeiten und Wissen selbstbestimmt zu treffen (Rauner, 2004). Dabei sind Kompetenzen jedoch nicht mit Qualifikationen oder Fähigkeiten gleichzusetzen, schließen diese jedoch mit ein und bilden damit durch ihre Zieloffenheit die Voraussetzung für eine bewusste Handlungsfähigkeit auch in Situationen mit unsicherem Ausgang (Erpenbeck, 2002; Lang-von Wins und Triebel, 2012). Die untenstehende Abbildung verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Qualifikationen, Fertigkeiten und Kompetenzen:

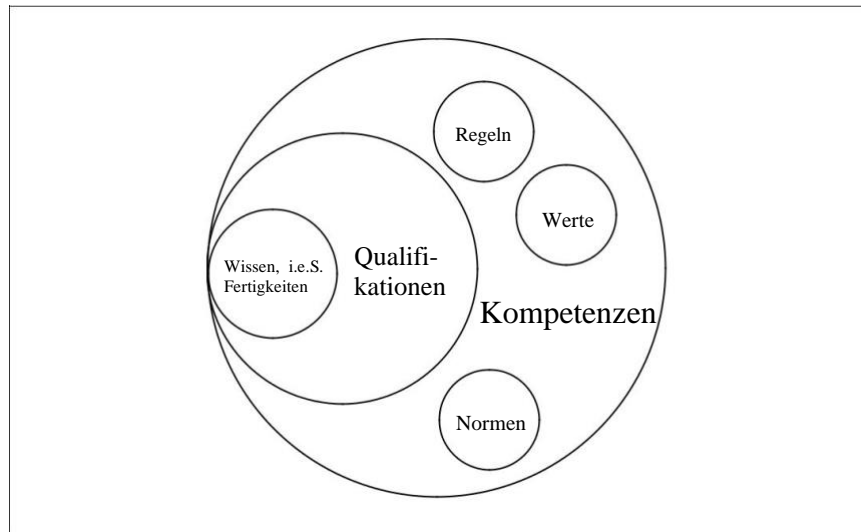


Abb. 1 ‚Kompetenzen‘, Aus: Erpenbeck & Rosenstiel (2007)

Unter dem Begriff ‚Kompetenzen‘ werden sowohl Qualifikationen, Wissen und Fertigkeiten eingeschlossen, welche sich gegenseitig bedingen und ohne einander nicht funktionieren können. Der Kompetenzbegriff fungiert hier als übergeordneter Rahmen.

Das Erlernen von Kompetenzen sowie auch die Fähigkeit, eine bestimmte Handlung nach dem Erlernen handlungssicher ausüben zu können (Performanz), spielt auch in der modernen Lernforschung eine zentrale Rolle. Es kommt also nicht allein darauf an, einen Lehrinhalt theoretisch zu erfassen, sondern auch diesen so zu verinnerlichen, dass sich neu erworbenes (theoretisches) Wissen beobachtbar im (vor-)beruflichen Handeln zeigt (Rauner, 2004). Dabei werden durch Aneignung von Wissen Handlungsabläufe eingeübt, auch ohne dass sich der Einzelne dessen bewusst ist, geschweige denn solche Fähigkeiten explizit benennen kann (Lang-von Wins und Triebel, 2012). Man spricht hier vom impliziten (unbewussten) Lernen, also dem Erlernen von Wissen außerhalb der curricular intendierten Lehr- und Lerninhalte.

Wie soll aber etwas unbewusst Gelerntes aktive Anwendung im Berufsleben finden? Da sich solche Kompetenzen nicht trennscharf darstellen lassen, kommt es auf das Verhalten und die Handlungsbereitschaft von Personen an, man spricht hier von Performanz (Erpenbeck, 2002; Lang-von Wins und Triebel, 2012). Die Kompetenzmessung fußt also auf der persönlichen Darstellung des Einzelnen und kann nur durch dessen Performanz überhaupt sichtbar gemacht werden (Erpenbeck, 2002). Beim Einschlagen einer beruflichen Laufbahn zeigt sich dabei die Performanz des Einzelnen auf der Grundlage biographischer Basispositionen.

Zur Darstellung der unterschiedlichen Formen von Kompetenz:

- *Personale Kompetenz:* Hierunter fallen vorgelebte Wertvorstellungen und Ideale aus dem Elternhaus ebenso wie eigenständig durchlebte Erfahrungen. Das Individuum kann dadurch versuchen selbstbestimmt und kritisch zu handeln (Erpenbeck, 2002).
- *Soziale Kompetenz:* Durch die Vorhandene personale Kompetenz wird das Individuum befähigt sich mit Anderen kommunikativ auseinander zu setzen und kann sich somit im sozialen Umfeld sicher und erfolgreich bewegen (Lang-von Wins und Triebel, 2012). Darunter fallen auch Kritik- und Konfliktfähigkeit im Umgang mit anderen Personen, sowie Empathie oder die Fähigkeit zur Selbstreflexion (Hof, 2002).
- *Aktivitäts- oder Umsetzungskompetenz:* Nimmt man die erlernten Fertigkeiten und Qualifikationen sowie eigenen Wertvorstellungen und die kommunikativ-sozialen Fähigkeiten des Individuums zusammen, dann können eigene Vorstellungen und Ideale selbstbestimmt und aktiv umgesetzt werden (Erpenbeck, 2002).
- *Fach- oder Methodenkompetenz:* Durch die Entwicklung von eigenen Handlungsstrategien und Erlernen von fachspezifischen Qualifikationen wird das Individuum befähigt, in unbekanntem Situationen fachlich klug zu entscheiden (Lang-von Wins und Triebel, 2012). Also rückt die Selbstorganisationsfähigkeit ins Zentrum der Kompetenzentwicklung (Hof, 2002) und ist damit ein wichtiger Faktor in der beruflichen Laufbahn.

Die berufliche Entwicklung ist als eine Kombination von Identitätsbildung und Kompetenzentwicklung zu verstehen. Um in einen Beruf hinein zu wachsen, braucht es verschiedene Orientierungsrahmen: Das gezielte fachpraktische Einüben beruflicher Kompetenzen sowie Berufsrollenvorbilder, die ein Lernen durch Beobachten ermöglichen. So lassen sich berufstypische Tätigkeiten und Arbeitsabläufe handlungssicher internalisieren und die (vor-)berufliche Identitätsentwicklung bestmöglich fördern (Rauner, 2004).

Die Entwicklung beruflicher Identität ist ebenso wie die Entwicklung anderer Identitätsformen ein Prozess, welcher die Vereinigung von unterschiedlichen Selbsterfahrungen und lebensgeschichtlich gewachsenen Ansichten miteinander verknüpft (Keupp, 2002). Identität wird bei Heiner Keupp et al. (1999) als Passungsprozess verstanden, indem retro- und prospektive Teilaspekte der Identitätsentwicklung ‚mosaikartig‘ zu einem Gesamtbild der beruflichen Identität respektive Planungsvorstellung zusammengefügt werden. Dabei werden die berufsbiografischen Zukunftsvorstellungen ressourcenorientiert abgewogen und in Beziehung gesetzt mit Erfahrungen aus dem privatfamiliären Raum, Berufsausbildungen und Praktika vor dem Studium sowie u.a. auch monetäre Anreize.

1.5 Erkenntnisinteresse der Studie und Entstehung der Forschungsfrage

Das Erkenntnisinteresse der Studie liegt darin, den ‚Herstellungsprozess‘ einer hausärztlichen Grundhaltung in der Studieneinmündungsphase abzubilden: ‚Erste Schritte‘ der Einsozialisation in den Hausarztberuf sollen aus der Perspektive der befragten Studierenden heraus beschrieben und Mechanismen der Internalisierung eines hausärztlichen Selbstverständnisses (bezogen auf die Studieneinmündungsphase) herausgearbeitet werden. Rekonstruiert werden frühe Erzeugungs- und Entfaltungsbedingungen einer professionellen Basisposition (Schütze, 1983) und deren vielschichtiger Verknüpfung mit individuellen und kollektiven Professionalisierungseffekten (Nittel und Seltrecht, 2008). Analytisches Augenmerk liegt dabei auf der narrativen Konstruktion der berufsbiografischen ‚Passungsarbeit‘ (Keupp, 2002; Reim, 1997). Zum einen wird dabei mit der *retro- und prospektiven Identitätsarbeit* beleuchtet, inwiefern Erfahrungen aus der biografischen Vergangenheit mit gegenwärtigen oder antizipierten Erlebnissen in der ‚Klasse Allgemeinmedizin‘ verknüpft werden. Zum anderen werden erste Versuche der Konstruktion einer Berufsidentität in der Studieneinmündungsphase herausgearbeitet. Es werden ‚Erfahrungsbausteine‘ aus unterschiedlichen Bereichen des Lebens (Familie, Beruf, Gesundheit) zu einem Mosaik zusammengesetzt (Keupp, 2002) und Verknüpfungen gesucht, wie diese ‚Teilidentitäten‘ in der Studieneinmündungsphase miteinander in Beziehung gebracht werden können. Auch *Transferleistungen der Identitätsarbeit* werden ermittelt, um zu analysieren wie der Passungsprozess zwischen neuen beruflichen Anforderungen in der Hausarztpraxis versus Selbsteinschätzung eigener beruflicher bzw. persönlicher Stärken gelingt.

Der Entschluss zum Erstellen einer qualitativen Arbeit ergab sich sowohl aus dem Erkenntnisinteresse und der Zielsetzung der Studie als auch aus der Eröffnung des Forschungsfeldes ‚Klasse Allgemeinmedizin‘, in dem die Sichtweisen der Studierenden und deren lebensgeschichtlicher Hintergrund in den Betrachtungsfokus gerückt werden konnten. Somit werden neue Erkenntnisse hinsichtlich Aufbau und Strukturierung des Modellprojektes und des Auswahlverfahrens gewonnen und ebenso wird ein Einblick in Hintergründe einer Medizinerlaufbahn in der Studieneinmündungsphase gegeben und damit die Erforschung von subjektiven Deutungsmustern und Handlungsweisen in den wissenschaftlichen Fokus gerückt (Marx und Wollny, 2010; Schütze, 2000; Sielk et al., 2004). Die Datenauswertung fußt auf dem biografietheoretischen Konzept der professionellen Basisposition (Schütze, 1981) und der Konstruktion einer berufsbiografischen Passungsarbeit (Keupp, 2002).

2 Zielstellung

Das Ziel dieser Arbeit ist es, die unterschiedlichen Faktoren für die Herausbildung einer Berufsidentität zum Hausarzt bei allgemeinmedizinisch interessierten Studierenden herauszuarbeiten. Inwiefern die biografische Herkunft, bisherige berufliche Entwicklung der Studierenden und Berufsrollenvorbilder einen Einfluss auf die Herstellung einer Berufsidentität hat, stellt einen wichtigen Erkenntnisprozess in der Evaluation des Modellprojekts „Klasse Allgemeinmedizin“ dar. Dabei sollen Erkenntnisse zu möglicherweise fördernden Faktoren im Hinblick auf die Wirksamkeit und Effektivität der „Klasse Allgemeinmedizin“ gewonnen werden, u.a. mit Hinweisen zur Adjustierung des Bewerbungsverfahrens oder einzelner curricularer Bestandteile.

Dies vor dem Hintergrund des zunehmenden Hausärztemangels gerade in ländlichen Gebieten in ganz Deutschland und vor allem in den neuen Bundesländern. Bisher ist wenig über extrinsische und intrinsische Motivationsfaktoren von Medizinstudierenden hinsichtlich der späteren Facharztwahl für Allgemeinmedizin bekannt. Wie die Internalisierung und Entwicklung beruflicher Identität verläuft und gezielt gefördert werden kann, soll anhand von selbstständig geführten Interviews herausgearbeitet werden. Dafür wurde die erste Kohorte der „Klasse Allgemeinmedizin“ (WS 2011/2012) des Instituts für Allgemeinmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg befragt.

3 Material und Methodik

3.1 Methodischer Zugang zum Forschungsgebiet

Die qualitative Studie ist im Design einer Mehrebenenuntersuchung im Anwendungsfeld der Biografie- und Professionsforschung angelegt (Schütze, 2000; von Kardorff, 2012). Die offene Vorgehensweise der qualitativen Sozialforschung ermöglicht es nachzuvollziehen, wie sich das hausärztliche Selbstverständnis der Studierenden innerhalb des Lehrprojekts „Klasse Allgemeinmedizin“ herausgebildet hat. Dabei ist die Absicherung des korrekten Anwendens der Erhebungs- und Auswertungsmethoden sowie auch das Heranziehen methodenangemessener Gütekriterien von grundlegender Bedeutung. Auf die einzelnen Arbeitsschritte, deren theoretische Grundlage sowie auf die Sicherung der wissenschaftlichen Güte wird in diesem Kapitel eingegangen.

3.2 Datenerhebung

Eingangs der Studie ist eine umfangreiche Literaturrecherche in etablierten gesundheitswissenschaftlichen Datenbanken durchgeführt worden, auf deren Grundlage der Interviewleitfaden erstellt wurde. Dabei wurden als Suchbegriffe u.a. general practitioners OR family physician AND rural area AND vocational training OR trainee verwendet.

Die Datenerhebung erfolgte zweigliedrig mittels autobiografisch-narrativen Stegreiferzählungen (Schütze, 2005, 2007) in Kombination mit interaktionsgeschichtlich fokussierten leitfadengestützten Experteninterviews (Meuser und Nagel, 2009). Als zentrales Erhebungsinstrument wurde das autobiografisch-narrative Interview aufgrund seines offenen, deskriptiven Charakters gewählt. Der Erzählstimulus wurde so konzipiert, dass sich selbstläufige und argumentative Kommunikationspassagen entfalten konnten (Meuser und Nagel, 2009; Schütze, 2007). Dabei sichert der offene Charakter die Darstellungstiefe und erlaubt persönliche Relevanzsetzungen in den Erzählungen der Studierenden. Diese offene Vorgehensweise birgt die Chance, neue und unerwartete Sachverhalte zu entdecken.

Die im zweiten Teil der Befragung verwendeten leitfadengestützten Experteninterviews (Meuser und Nagel, 2009) zielten auf die Darstellung tieferer Sinnzusammenhänge in Hinblick auf die Identifikation mit dem Berufsbild Hausarzt in der Studieneinmündungsphase ab. Der Leitfaden wurde auf Basis der Literaturrecherche entwickelt und enthielt bereits vorformulierte, auswertungsrelevante Kategorien, welche durch den offenen Fragencharakter jedoch das Entwickeln selbstläufiger, narrativer Kommunikationspassagen fördern sollte.

Interviewleitfaden

1. Über welche Motive, Situationen oder Menschen kann berichtet werden, die die Studierenden zur Aufnahme des Medizinstudiums bewogen haben?
 2. Welche medizinischen und nicht-medizinischen Vorkenntnisse und Erfahrungen werden mit ins Studium eingebracht?
 3. Über welche Gründe für eine Bewerbung für die „Klasse Allgemeinmedizin“ und einhergehende Erwartungshaltungen kann berichtet werden?
 - a. Wie wurde der Erstkontakt mit der „Klasse Allgemeinmedizin“ erlebt?
 - b. Welche Erfahrungen wurden bereits mit den Dozenten und Mitstudierenden gesammelt?
 4. Wie wird das Bewerbungsverfahren bewertet?
 5. Der typische Haus- oder Landarzt – wie wird das Berufsbild wahrgenommen?
 6. Wie wird das Mentorenprogramm erlebt? Es wird um Schilderungen von Fallbeispielen gebeten.
 7. Wie erfolgt der Umgang mit Zweifeln und negativen Erfahrungen gegenüber dem Medizinstudium und der „Klasse Allgemeinmedizin“?
 8. Welche beruflichen Zukunftsvisionen haben die Studierenden?
-

Abb. 2 Interviewleitfaden

3.3 Ethische Aspekte

Alle Interviews wurden mit schriftlichem Einverständnis der Interviewpartner per Audiomitschnitt aufgezeichnet und später im Originalwortlaut verschriftlicht (transkribiert), um sie für die wissenschaftliche Analyse aufzubereiten. Dabei wurden die persönlichen Daten der Studierenden vollständig anonymisiert und von den personenbezogenen Daten im Institut für Allgemeinmedizin getrennt, sodass keine Rückverfolgung von einzelnen Aussagen möglich ist. Aufgrund der vorgenommenen Anonymisierung bestand nach Rücksprache mit der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät gemäß §15 Absatz 1 Seite 1 der Berufsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt keine Notwendigkeit einer Beratung. Nach abgeschlossener Auswertung wurden die Datensätze, die zur Kontaktaufnahme und Organisation der Interviews mit den Studierenden benötigt wurden und die initial erstellte Verschlüsselungstabelle gelöscht. Für die parasprachliche Aufbereitung der Interviews und Anonymisierung ist nachstehend beigestellter Transkriptionsschlüssel verwendet worden:

Transkriptionsschlüssel	
(.)	= kurzes Absetzen
..	= mittlere Pause von 2 Sekunden
...	= mittlere Pause von 3 Sekunden
(4 sek.)	= Pause; Dauer in Sekunden
(.)	= Senken der Stimme
(´)	= Heben der Stimme
(-)	= Stimme in der Schwebe
(!)	= besonderer Ausruf
neee	= Dehnung
(?)	= unverständliche Äußerung
„.....“	= dialogische Rede
/	= Konstruktionsabbruch
viellei	= Wortabbruch
((z.B. laut))	= „objektiv“ feststellbare, parasprachliche, nicht verbale Äußerungen
(k)	= Korrektur
Seminar	= betont gesprochen
A: Ich sehe daher die	
B: nein ich	= gleichzeitiges Sprechen mit Kennzeichnung des Einsetzens
[...]	= Auslassung

Abb. 3 Transkriptionsschlüssel

3.4 Datenbasis

Soziodemographische Daten wie Geschlecht, Alter und Herkunfts- sowie Wohnort der zwanzig befragten Studierenden sind erfasst worden (siehe dazu Tab. 1 „Datenbasis“). Obwohl sich alle Befragten in der Studieneinmündungsphase befanden, zeigte sich eine beträchtliche Varianz des Lebensalters von 18 bis 27 Jahren. Dies spiegelt auch das Durchschnittsalter der Studienanfänger an deutschen Hochschulen wider: So lag beispielsweise im Jahr 2006 das durchschnittliche Alter im 1. Semester bei 21,6 Jahren (Feuerstein, 2008). Demzufolge befanden sich unter den Befragten sowohl Abiturienten als auch Studierende mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger/in und Rettungsassistent/in. Nur drei Studierende hatten bereits ein Erststudium in einer anderen Fachrichtung begonnen und besaßen bereits einen Bachelor-Abschluss.

Tab. 1 Datenbasis

Datenbasis (n = 20)		
Durchschnittsalter 22,5 Jahre		
	weiblich	männlich
Herkunftsort		
- Großstadt (ab 500.000)	4	0
- Städtische Prägung (10.000 bis 50.000 Einwohner)	5	4
- Ländliche Gemeinden (unter 5.000 Einwohnern)	2	5
Studium		
Erststudium	8	9
Zweitstudium		
- Bachelor	3	0
- Master	0	0
Ausbildung		
ohne Berufsausbildung	8	6
mit Berufsabschluss		
- Gesundheits- und Krankenpfleger/in	2	1
- Rettungssanitäter/in	1	2

Zur Anonymisierung der Daten wurde das Lebensalter der Studierenden wie folgt kategorisiert und bei der Datenauswertung verwendet:

Tab. 2 Kategorisierung Lebensalter

Alterskategorie (AK)	Lebensalter in Jahren
I	18 - 20
II	21 - 23
III	24 - 27

3.5 Methodisches Vorgehen und Datenauswertung

3.5.1 Grounded Theory

Die Auswertung der interaktionsgeschichtlich fokussierten leitfadengestützten Experteninterviews der vorgelegten Arbeit folgt der hypothesengenerierenden Erkenntnislogik der Grounded Theory (Glaser und Strauss, 2005; Strauss, 1991). Bei diesem Konzept handelt es

sich um eine gegenstandsbezogene Theoriebildung (Glaser und Strauss, 2005), bei der theoretische Konzepte aus dem Datenmaterial heraus ‚entdeckt‘ werden, um dabei „eine Beschreibung und Erklärung der untersuchten sozialen Phänomene zu liefern“ (Böhm, 2012). Die Vergleichbarkeit der Interviews ist sowohl durch den Kontext der gemeinsam durchlebten Studieneinmündungsphase als auch durch die Themenfokussierung des Expertenleitfadens gegeben.

Die Arbeitsschritte des methodologischen Vorgehens sind das *Kodieren*, der *kontrastive Vergleich*, sowie das *Theoretical Sampling*, welche im Folgenden näher erläutert werden:

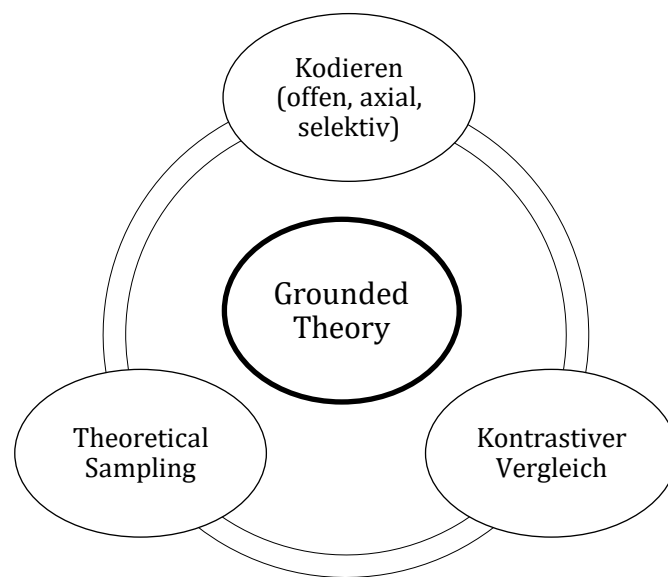


Abb. 4 Arbeitsschritte der Grounded Theory im Überblick (eigene Darstellung)

Offenes und axiales Kodieren

Das offene Kodieren erfolgt als erster Analyseschritt mit dem Ziel der Klassifikation der im Datenmaterial liegenden Phänomene. Es werden Konzepte aus dem Material herausgearbeitet, die im nächsten Analyseschritt als Bausteine zur Entwicklung von Kategorien herangezogen werden können. Durch das offene Kodieren wird es möglich Codes zu entwickeln, die im nachfolgenden analytischen Schritt des *axialen Kodierens* differenziert werden. Das heißt, es werden Beziehungen zwischen den einzelnen Phänomenen und Codes gesucht – dies mit dem Ergebnis, erste Kategorien (Achsenkategorien) zu formulieren (Böhm, 2012).

Selektives Kodieren

Im nachfolgenden Analyseschritt des selektiven Kodierens werden dann Kernkategorien herausgearbeitet, deren Abstraktions- und Detaillierungsgrad es ermöglicht, die zentralen

Phänomene des Untersuchungsgegenstands und ihre Zusammenhänge (über alle Kategorien hinweg) zu erfassen.

Zur visualisierenden Unterstützung der Analyseschritte des offenen, axialen und selektiven Kodierens (Glaser und Strauss, 2005) wurde das Kodierungsprogramm MaxQDA, Version 10 (eigene, personengebundene Lizenz) verwendet. Dies ist eine Software, mit deren Hilfe die Ordnung von textbasierten Daten unterstützt wird, um erhobenen Daten in ihren inhaltlichen Schwerpunkten den Forschungsfragen zuzuordnen.

Die visualisierende Unterstützung bestand darin, die Textpassagen übersichtlich zu ordnen und so für den Prozess der rekonstruktiven, interpretativen Datenauswertung vorzubereiten: In einem ersten Schritt ist aus dem Interviewleitfaden (Erhebungsinstrument) ein so genannter Codebaum erzeugt worden (siehe Anhang Abb. 6 und Abb. 7). In einem zweiten Schritt sind alle Transkripte in MaxQDA eingespeist und die einzelnen Interviews nach den Haupterzählthemen geordnet worden. So veranschaulicht der Codebaum letztlich alle Textpassagen, die einem Code (der gestellten Frage aus dem Leitfaden/Erhebungsinstrument) zuzuordnen sind (siehe Anhang Abb. 8). So war es mit der technischen Hilfe durch MaxQDA möglich, eine übersichtliche und vollständige Darstellung aller Aussagen aus allen Interviews zu einer gestellten Frage zu generieren. Für eine Gewichtung im Sinne quantifizierender (statistischer) Verfahren ist MaxQDA nicht geeignet. Vielmehr geht es in vorliegender Studie darum, die Vielfalt lebensgeschichtlicher Erfahrungen der befragten Medizinstudierenden, deren erste Erfahrungen im Medizinstudium, der „Klasse Allgemeinmedizin“ und berufsbiografische Planungsvorstellungen in Richtung Allgemeinmedizin herauszuarbeiten.

Kontrastiver Vergleich

Neben dem Kodieren sind bei der Datenauswertung auch kontinuierliche (kontrastive) Vergleichsprozesse von zentraler Bedeutung: mittels Minimal- und Maximalkontrastierungen werden Ähnlichkeiten und Unterschiede aus dem empirischen Material und hypothetische Beziehungen zwischen den einzelnen Phänomenen herausgearbeitet (Böhm, 2012; Glaser und Strauss, 2005). Der Vergleich erfolgt zwischen den aus dem Datenmaterial herausgefilterten Phänomenen und den Sinnzusammenhängen in denen diese Phänomene auftauchen.

Theoretical Sampling

Dieser Analyseschritt der Grounded Theory soll eine inhaltlich breite Erfassung des Datenmaterials ermöglichen. Durch regelmäßige Zwischenauswertungen von Ergebnissen sollen nur so viele Interviews erhoben werden, wie auch für eine detaillierte Ergebnisanalyse erforderlich sind (Hildenbrand, 2012). In diesem Zusammenhang wird auch vom Prinzip der Sättigung (Glaser und Strauss, 2005) gesprochen, wo eine gezielte Auswahl der Interviewpartner dann nicht mehr erforderlich ist, wenn die Analyse der Fragen der Forschenden keine neuen

Erkenntnisse mehr bringt. Im Falle dieser Studie erfolgte die Rekrutierung der Interviewpartner jedoch nicht nach dem Prinzip des Theoretical Sampling, da im Rahmen des Gesamtevaluationskonzepts der „Klasse Allgemeinmedizin“ angestrebt worden ist, die gesamte erste Kohorte der Studierenden des Jahrgangs 2011 zu befragen.

3.5.2 Narrationsanalyse

Die Narrationsanalyse erfolgt sequenzanalytisch. Dabei orientiert sich die Auswertung an den theoretischen Grundlegungen von Fritz Schütze (1983) zu autobiografisch-narrativen Interviews: Die autobiografische Stegreiferzählung setzt sich gemäß Fritz Schütze (ebd.) aus drei zentralen Teilen zusammen: Nach einer *Erzählaufforderung*, welche als Erzählstimulus einen strikt offenen Charakter wahr und im Falle der vorliegenden Arbeit die berufliche Findungsphase vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte eruieren will, schließt sich die *autobiografische Anfangserzählung* an. Hier legt der Interviewte seine Lebensgeschichte in logischen Handlungssträngen dar, sodass ihm der Interviewer folgen kann. Dieser Abschnitt wird meist durch eine *Schlusskoda* (bspw. ‚Naja, das war’s so in etwa.‘) beendet. Dabei ist als Voraussetzung für die Auswertung das Entstehen narrativer Erzählverläufe notwendig, die durch freies, expandiertes lebensgeschichtliches Erzählen (Stegreiferzählung) gekennzeichnet sind. Hierbei werden Darstellungszusammenhänge abschnittsweise erzählchronologisch interpretiert (sequenzanalytische Deutungsmusterrekonstruktion) (Schütze, 2005, 2007).

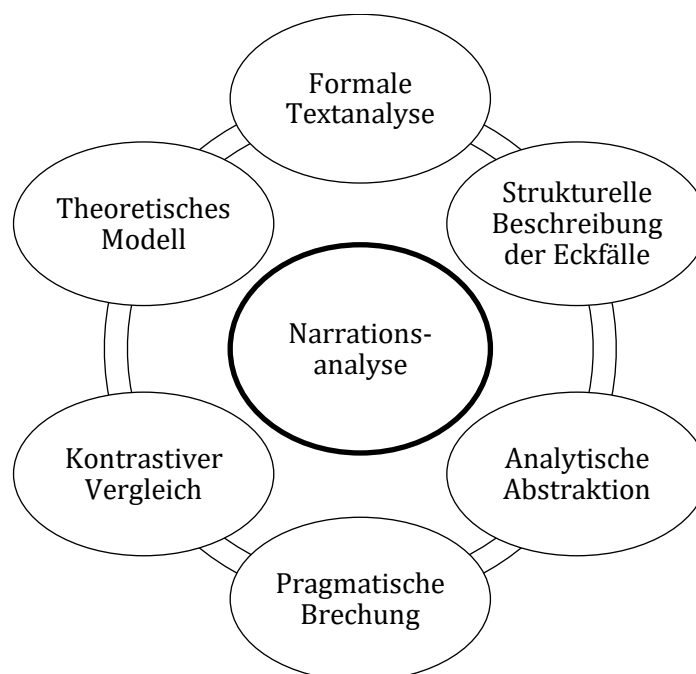


Abb. 5 Arbeitsschritte der Narrationsanalyse im Überblick (eigene Darstellung)

Die Analyseschritte, mit denen die autobiografisch-narrativen Interviewpassagen ausgewertet worden sind werden nachfolgend ausführlich in forschungslogischer Reihenfolge und in Anlehnung an die theoretischen Grundlegungen von Fritz Schütze (2005, 2007) beschrieben:

Formale Textanalyse

Die Auswertung der autobiografisch-narrativen Interviewteile beginnt mit dem Arbeitsschritt der formalen Textanalyse. Die transkribierten Interviews der befragten Teilnehmer der „Klasse Allgemeinmedizin“ wurden dabei zunächst segmentiert, wobei sich die Segmentierung orientiert an: a) abgeschlossenen Darstellungszusammenhängen (inhaltlich und zeitlich zusammengehörenden Erzählsegmenten); b) Hintergrundkonstruktionen (Informationen, die vom Erzähler zusätzlich zum eigentlichen Gesprächsgegenstand bereit gestellt werden, um die Verständigung zu sichern); sowie c) an Rahmenschaltelementen, die abgeschlossene Darstellungszusammenhänge in der autobiografischen Erzählung markieren (bspw. ‚naja und dann‘).

Strukturelle Beschreibung

Dem Arbeitsschritt der formalen Textanalyse folgt die strukturelle Beschreibung der Darstellungszusammenhänge. Aus jedem Darstellungssegment (thematisch abgeschlossenes Erzählsegment) werden die Begründungen herausgearbeitet, auf denen die Entscheidungen der befragten Medizinstudierenden fußen, den Beruf des Hausarztes durch die „Klasse Allgemeinmedizin“ kennen zu lernen.

Analytische Abstraktion

Nach der strukturellen Beschreibung der einzelnen Darstellungszusammenhänge (thematisch abgeschlossenen Erzählsegmente) sind die Erzählungen in ihrer Gesamtgestalt erfasst worden. So konnten Zusammenhänge zwischen lebensgeschichtlichen Erfahrungen und deren Bezug zur Berufswahl, ersten Erfahrungen im Medizinstudium, der „Klasse Allgemeinmedizin“ und berufsbiografischen Planungsvorstellungen in Richtung Allgemeinmedizin herausgearbeitet werden.

Pragmatische Brechung

Im nachfolgenden Analyseschritt der pragmatischen Brechung werden die lebensgeschichtlichen und vorberuflichen Erfahrungen der befragten Studierenden jeweils untereinander, nicht mehr nur bezogen auf das einzelne Interview (wie beim Arbeitsschritt der analytischen Abstraktion), in Bezug gesetzt. So wird es möglich, die Erzählungen in ihrer Unterschiedlichkeit zu erfassen, um daraus einen Gesamteindruck zu gewinnen.

Kontrastiver Vergleich

Bei diesem Arbeitsschritt werden mittels Minimal- und Maximalkontrastierungen Ähnlichkeiten und Unterschiede über alle Interviews hinweg gesucht (Schütze, 1983). Dabei können elementare Prozessstrukturen in den Lebensabläufen (u.a. vorberufliche Erfahrungen im Gesundheitswesen) oder sich durch die Interviews ziehende soziale Phänomene (z.B. Medizinerfamilien über mehrere Generationen und damit einhergehende Erwartungshaltungen; sozialer Status, der mit dem Arztsein assoziiert wird) verglichen werden.

Theoriebildung

Der Prozess der Theoriegenerierung vollzieht sich in einem fortlaufenden Wechsel zwischen Einzelfallanalyse und kontrastivem Vergleich aller Interviews.

Die Interpretation von Texten als Rekonstruktionsmethode der Qualitativen Forschung erfordert eine besondere Sorgfalt und Umsicht bezüglich der Rezeption der verschriftlichten Interviews (Flick, 2012). Dabei stellen Forschungskolloquien einen optimalen Diskussionsraum dar, um die Arbeitsergebnisse kritisch zu diskutieren. Zudem dienen Forschungswerkstätten dazu die Darlegung der einzelnen Arbeitsschritte – von der Datenerhebung bis zur Analyse der Daten – zu überprüfen.

Während aktiver Teilnahme an Forschungswerkstätten des Zentrums für Sozialweltforschung und Methodenentwicklung (ZSM) des Instituts für Soziologie der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg, hatte ich die Möglichkeit, mit qualitativ forschenden Wissenschaftlern ausgewählte Passagen meines Datenmaterials zu analysieren und dabei von deren analytischer Distanz zu meinem mir vertrauten Forschungsthema profitiert (Hegner, 2013).

Durch die Teilnahme an einer Nachwuchsforschertagung 2012 sowie dem bundesweiten ‚Methodenworkshop Qualitative Bildungs- und Sozialforschung‘ im Jahr 2013 konnte ich methodische Rückmeldungen hinsichtlich des gesundheitswissenschaftlichen Schwerpunkts der Arbeit erhalten. Insbesondere durch den Austausch mit Prof. Dr. phil. Fritz Schütze wurde die Arbeit unter einem fremden, ethnographischen Blick betrachtet und es konnte eine kontinuierliche methodenorientierte Rücksprache stattfinden. Dabei ergab sich die Möglichkeit, Forschungslogik und Analyseverfahren in ihrer Passgenauigkeit zum Forschungsgegenstand zu reflektieren sowie Anregungen und Kritik zur Arbeit einzuholen. Die Einladung zur Nachwuchsforschertagung war mit einem Vortrag der Zwischenergebnisse verbunden. Dieser Vortrag wurde mit den vorläufigen Ergebnissen in Aufsatzform im Sammelband „Qualitative Gesundheitsforschung: Beispiele aus der interdisziplinären Forschungspraxis“ (Meinel, 2016) veröffentlicht.

Eine Vorstellung der Zwischenergebnisse (peer reviewed) erfolgte zudem auch im Rahmen einer Posterpräsentation auf dem 47. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) in München 2013. Hier konnten fachliche Rückmeldungen von

Allgemeinmedizinern zum Studienthema eingeholt und in den Auswertungsprozess der Arbeit mit eingebunden werden (kommunikative Validierung; Lamnek, 1988).

Das erhobene Datenmaterial und die Methodik wurden im Rahmen regelmäßig stattfindender Doktorandenkolloquien am Institut für Allgemeinmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg besprochen.

Durch dieses regelmäßige Vorstellen der (Zwischen-) Ergebnisse gegenüber methodisch und medizinisch versierten Experten und kontinuierlichem Austausch konnte eine reflektierte Distanz zum Forschungsfeld aufrechterhalten und für die Auswertung nutzbar gemacht werden.

4 Ergebnisse

Im Rahmen der Datenerhebung wurden Interviews mit allen zwanzig Medizinstudierenden geführt, die in die erste Kohorte des Lehrprojekts „Klasse Allgemeinmedizin“ aufgenommen wurden (Wintersemester 2011/12). Die Kontaktaufnahme mit den Studierenden erfolgte elektronisch per eMail oder durch persönliche Ansprache bzw. Kontaktgespräch über die Projektkoordinatorin. Es war möglich, die Interviews über einen Zeitraum von März bis Juni 2012 in ruhiger Atmosphäre an neutralen Gesprächsorten in Campusumgebung zu führen. Die Interviewpartner befanden sich zum Befragungszeitpunkt am Ende des 1. bzw. Anfang des 2. Semesters des vorklinischen Studienabschnittes. Die Interviewlänge variierte von 35 bis 70 Minuten.

Durch die Anwendung der qualitativen Forschungsmethoden orientiert sich die Ergebnisdarstellung nicht chronologisch am Interviewleitfaden, sondern greift die summativen Ergebnisse als Outcome des Analyseprozesses aus allen zwanzig durchgeführten Interviews auf. Es werden die ‚Herstellungsprozesse‘ der Herausbildung einer Berufsidentität als Hausarzt genauer betrachtet. Von besonderem Interesse ist, wie die befragten Medizinstudierenden verschiedenen Teilidentitäten (bspw. als Rettungssanitäter oder Praktikanten in der elterlichen Hausarztpraxis) mit den Erfahrungen innerhalb der „Klasse Allgemeinmedizin“ verknüpfen. Dabei stehen die zentralen ‚Konstruktionsschritte‘ in der Herausbildung einer berufsbioграфischen Planungsperspektive, also die retrospektive und prospektive Identitätsarbeit sowie Transferleistungen der Identitätsarbeit im zentralen Fokus (Keupp, 2002).

4.1 Retrospektive Identitätsarbeit

Die retrospektive Identitätsarbeit soll als erster ‚Konstruktionsschritt‘ in der Herausbildung einer berufsbioграфischen Planungsperspektive in der Allgemeinmedizin betrachtet werden. Zunächst werden ‚Erfahrungsbausteine‘ aus unterschiedlichen Bereichen des Lebens (Familie, Beruf, Gesundheit) mit ersten berufspraktischen Erfahrungen im Lehrprojekt „Klasse Allgemeinmedizin“ miteinander verbunden. Auf diese Weise leiten die hier befragten Studierenden im Zuge retrospektiver Identitätsarbeit positive ebenso wie (antizipierte) problematische Konstitutionsbedingungen für die Identifikation mit dem Hausarztberuf ab. Nahezu alle befragten Studierenden formulieren den (Haus-) Arztberuf als erstgewählten und alternativlosen Berufswunsch und als tief verwurzelte (berufs-) biographische Sinnquelle.

Im Datenmaterial sind, über alle Interviews hinweg, verschiedene Erfahrungsbausteine und Orientierungsrahmen aus retrospektiver Identitätsarbeit präsent, die zur Entscheidung, Hausarzt werden zu wollen, ‚mosaiksteinartig‘ beigetragen haben:

- orientierungsmächtige Berufsrollenvorbilder im hausärztlich vorgeprägten Elternhaus (Entscheidung für den Hausarztberuf als Handlungsschema mit biographischer Relevanz)

- positive Erfahrungen in berufsorientierenden Praktika, Freiwilligendiensten oder aus dem erlernten Gesundheitsberuf (Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Rettungsassistent/in)
- eigene positive Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung
- berufsbiografische Änderungsinitiative in Richtung Hausarztberuf aus einer unattraktiv gewordenen Berufs- oder Lebenssituation (vorangegangenes Studium oder Berufsausbildung)
- monetäre Interessen bzw. strategische Nutzung vorteilhafter Rahmenbedingungen des Lehrprojekts „Klasse Allgemeinmedizin“ (bspw. Stipendium) und damit einhergehender aussichtsreicher Ausblicke hinsichtlich der späteren Arbeitsplatzsicherheit (Präsenz des Ärztemangels in den Medien)
- Vorstellungen vom Hausarztberuf werden u.a. assoziiert mit großen Freiheitsgraden in der Arbeitszeiteinteilung, vorteilhaften Arbeitsbedingungen und/oder geldwerter Unterstützung bei der Gründung einer Landarztpraxis (antizipierte Gratifikation)

4.1.1 Orientierungsmächtige Berufsrollenvorbilder im Elternhaus

Ein Viertel der Befragten gibt die orientierungsmächtige Bedeutung des hausärztlich vorgeprägten Elternhauses für die eigene Berufswahl an. Die Studierenden beschreiben, in der elterlichen Hausarztpraxis bei der Erledigung einfacher Tätigkeiten mitgeholfen und darüber die Freude am Aufgabenprofil des Hausarztberufs entdeckt zu haben. Die frühe Verinnerlichung ‚typischer Ablaufmuster‘ im Hausarztberuf und auch die generelle Präsenz medizinischer Themen in alltäglichen Familienzusammenkünften werden als wertvoller Erfahrungsvorteil mit ins Studium und in die „Klasse Allgemeinmedizin“ eingebracht. Wie elterliche Identifikationsvorbilder und deren hausärztliches Selbstverständnis wirken, soll durch nachfolgend angeführtes Textbeispiel exemplarisch veranschaulicht werden:

Ich bin damit aufgewachsen (.) Mein Vater ist auch Hausarzt, seit neunzehnhundertachtundachtzig (!) ... und (-) man wächst in die Sache bisschen rein. Man kennt die verschiedenen Abläufe dann schon, man weiß worauf's hinausläuft, was für eine Arbeit dahinter steckt (.) (Student, AK III)

Man hat immer die Sachen auf dem Schreibtisch gesehen und mein Vater, der (-) macht seine Arbeit, erzählt mal immer n'bisschen, was ihn wieder grad bewegt und man selber kriegt das ja dann natürlich mit, auch mit dem ganzen Stress. (Studentin, AK I)

Studierende die mitteilen, das Medizinstudium aus Pflichtgefühl gegenüber dem (zumeist medizinisch vorgeprägten) Elternhaus aufzunehmen bzw. einen Berufsweg in Richtung Hausarzt

einzuschlagen, geben durchgängig an, dies als strategische und zukunftsfeste Planungsoption umzusetzen. Diesen berufsbiografisch orientierenden Erwartungshaltungen der Eltern möchten mehrere Studierende entsprechen. Einerseits ist es mit einem gewissen Ansehen nicht nur innerhalb der Familie sondern auch im Bekanntenkreis verbunden, andererseits entsteht es aus dem persönlichen Wunsch heraus sich als voll- oder höherwertiges Mitglied der Familie zu etablieren. Gerade die Anerkennung durch das Elternhaus ist in der Identitätsentwicklung eine wichtige Komponente, um sich planungs- und orientierungssicher entfalten zu können (Sichler, 2010). Dies sollen die folgenden zwei Textbeispiele veranschaulichen:

*Also insgesamt hab ich sechs Jahre gewartet .. ((holt tief Luft)) Aber das Ziel (-) Arzt zu werden, also erstmal Medizin zu studieren, das stand immer. Ich kann mich (-) in keiner meiner Lebensphasen dran erinnern / also ich glaube vom kleinsten Kindsein an (.), wollte ich Medizin studieren. Muss dazusagen, wir sind bisschen ne Medizinerfamilie. Also im **engen** ((betont)) Verwandtenkreis, also fast nur Geschwister, Tanten und Onkel, sind wir schon acht Mediziner (.) Und ich weiß nicht, woran's liegt, es ist drin. ((kichert)) Aber daher wahrscheinlich auch der Wunsch, wenn man die ganze Familie voll hat (.) (Student, AK III)*

Aber ich denke mal so ne (-) so ne gewisse Erwartungshaltung ... von meiner Familie war da schon da. Also ich hab noch zwei ältere Brüder (') / ich hoffe, das klingt jetzt nicht total abgespaced, aber (.) / ähm, also der ältere Bruder hat halt (.) n'Abitur mit zwei Komma sechs gemacht, was jetzt an sich nicht schlecht ist, aber (-) das war bei uns zu Hause halt schon relativ (-) problematisch. Also der Abischnitt (-) war zu Hause problematisch (.) Da waren meine Eltern nicht wirklich mit einverstanden (.) Uuund, er hat dann halt Lehramt studiert, so wie meine Eltern (') Was meine Eltern auch gar nicht toll fanden, weil die (-) haben das eigentlich allen von uns ausgedet. Und mein zweiter Bruder hat (-) leider auch nur einen Realschulabschluss geschafft. {...} Aber es war da ne gewisse Erwartungshaltung, dass (-) irgendwie (-) dann halt mal was Anderes kommt (.) Also ich glaub schon, dass sich meine Mutti gewünscht hat, dass da irgendwann mal Jemand ähm (.) halt n'richtig gutes Abitur schreibt und was ganz ganz Tolles studiert und (-) also es ist jetzt nicht, dass ich mich da unter Druck gesetzt gefühlt hab oder so, aber (-) ich hab's halt trotzdem gemacht. (Student, AK I)

Der durch Eltern schon von Kindesbeinen an vorgelebte Beruf, sowie die damit einhergehenden sozialen und wirtschaftlichen Vorteile (vor allem geregeltes und attraktives Einkommen, Anerkennung und Arbeitsplatzsicherheit), wirkt bei Studierenden aus einem hausärztlich vorgeprägten Elternhaus bestärkend auf die eigene Berufswahl. Auch die Wahrnehmung des Arztberufes als ein Tätigkeitsfeld mit einem breiten Aufgabenspektrum und zahlreichen Beschäftigungsmöglichkeiten ist bei den Befragten meist biografisch verankert.

*Also ich kenn das wie gesagt von zu Hause, diese wirtschaftliche Einstellung kenn ich halt (.) (...)
es geht also eher mehr um Möglichkeiten, wo man überall arbeiten kann. Weil eben (-)
die Medizin dieses gigantische Spektrum bietet, das macht halt den Reiz aus. (.) Also ich sag
mal so, mein Vater hat jetzt nicht gesagt "Ey studiert Medizin!", aber [...] weil einfach äh (-)
dann auch feststand, ja wenn man dieses Studiums schafft, hat man (-) eigentlich ausgesorgt,
(-) theoretisch. (.) Man kann theoretisch überall hingehen, wo man möchte. (.) Das macht (-)
viel aus, sag ich mal. (Student, AK III)*

4.1.2 positive Erfahrungen in berufsorientierenden Praktika, Freiwilligendiensten oder aus dem erlernten Gesundheitsberuf

Fast ein Drittel der insgesamt befragten Studierenden schöpft aus positiven Berufserfahrungen in erlernten Gesundheitsberufen wie dem der Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder der Rettungsassistenten/innen. Diese als motivierend wahrgenommenen berufsbiografischen Erfahrungen prägen die Berufsfeldvorstellungen und die berufsbiografische Änderungsinitiative in Richtung Hausarztberuf wird dementsprechend als sinnstiftend und handlungsleitend erlebt.

Und zu Abiturzeiten (') war eigentlich so das Medizinstudium so meine (-) Motivation mich irgendwie anzustrengen und dann war das eigentlich so mein Ziel. So und dann (-) hab ich mich für das Studium und für 'ne Ausbildung zur Krankenschwester beworben (') und, ähm (.) hatte dann quasi (.) ja die Auswahl aus beiden (,) und hab mich für die Ausbildung entschieden (') weil (.) ich erst mal (.) ja, weiter irgendwie was Praktisches machen wollte (...) Und da war zum Beispiel (.) ähm halt eine Idee (-) ähm Allgemeinarzt zu sein, (') weil (.) da würde man ja auch wieder Patienten über ne lange Zeit begleiten und die richtig gut kennen. Also das ist so was, was ich mir total wünsche ('). (Studentin, AK III)

Erfahrungen, welche in der Zeit vor dem Studium, im Rahmen von Berufserfahrungen in erlernten Gesundheitsberufen oder im Rettungswesen mit der Institution ‚Klinik‘ gesammelt wurden, waren zumeist als streng hierarchisch gegliedert, arbeitsreich und verbunden mit unflexiblen Arbeitszeiten wahrgenommen worden. So erscheint die Klinik­tätigkeit für keinen der befragten Studierenden als attraktive Berufsaussicht, wie dieses exemplarisch ausgewählte Textbeispiel zeigen soll:

Ja (,) aber an sich find ich halt (-) Praxis oder (.) ja in ner Praxis zu arbeiten schon schön, weil man halt nicht ganz so diese Krankenhaushierarchie, mit Oberarzt und Chefarzt hat. (-) Sondern (-) [...]joah, man kann dann halt so (-) relativ in Ruhe (-) arbeiten. (,) Ja also das wär schon so'n (-) eigentlich für mich ein (-) Ziel, da mal in ner (-) in ner Praxis zu arbeiten und nicht ganz so diesen Klinikalltag so zu haben (.) (Studentin, AK III)

Durch die Studienzugangsanforderungen hinsichtlich Abiturschnitt und dem Numerus clausus ist es nicht allen befragten Studierenden sofort nach der schulischen Ausbildung möglich gewesen ein Medizinstudium aufzunehmen. Eine Berufsausbildung wurde daher häufig auch als überbrückende Tätigkeit und qualifizierte Wartezeitsemester bis zum gewünschten Studienstart aufgenommen. Hierbei wurde das eigentliche Ziel, das Medizinstudium, jedoch nicht aus den Augen verloren, auch aus dem Wunsch heraus eine höhere Qualifikation als im bisherigen Beruf zu erreichen. Die Zeit während der Berufsausbildung mit allen fachpraktischen Erfahrungen wird von allen 6 Studierenden mit abgeschlossener Ausbildung (Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Rettungssanitäter/in) als sehr wertvoll und wichtiges Motiv für die Teilnahme an der „Klasse Allgemeinmedizin“ und spätere Tätigkeit als Hausarzt wahrgenommen. Insbesondere ein gesundheitsberuflich fundierter Erfahrungsschatz und die Aussicht der Ausweitung der Entscheidungsfreiräume nach Abschluss des Medizinstudiums sowie veränderte berufliche, soziale und privat-familiäre Anerkennung werden als Gründe für die geplante Facharztwahl genannt.

Und da ich wie gesagt die ganze Zeit auch in der Pflege gearbeitet hab ('), ähm .. / Ich sag mal so, da sieht man ja auch Sachen und dann sagt man so "Ja, jetzt bin ich Pflegehelfer und irgendwann bin ich dann der Arzt." (.) Hat man halt auch mal die andere Seite gesehen. (Student, AK III)

Und ich denk auch, dass diese eigenen Erfahrungen für mich auch wichtig sind, wo ich mir sage "Okay, ich möchte gern eine Stufe höher kommen und das selber entscheiden." Und zum anderen das auch besser machen und auch auf andere Inputs, wie eben von pflegerischer Seite dann auch hören. (Student, AK III)

Hm, das war ja auch das, was mich immer so geärgert hat, man war da immer zu unsicher (') uuund dachte sich (.) ja, eigentlich weißt du viel zu wenig (.) Uuund, deshalb wollte ich auch nicht Krankenschwester sein, sondern eben das Wissen haben, um (-) Ärztin sein zu können. (Studentin, AK III)

4.1.3 berufsbiografische Änderungsinitiative in Richtung Hausarztberuf aus einer unattraktiv gewordenen Berufs-/Lebenssituation

Die Auswertung des Datenmaterials zeigt auf, dass eine berufsbiografische Änderungsinitiative in Richtung Hausarztberuf selten aus einer unattraktiv gewordenen Lebenssituation (gewähltes Studium oder eine Berufsausbildung entspricht nicht den Erwartungen) heraus erwächst – obgleich dieses Berufsfindungsmotiv auch vereinzelt im Datenmaterial repräsentiert ist. So wurde die fehlende Aussicht auf einen festen Arbeitsplatz und die damit verbundene unzureichende

finanzielle Existenzsicherung von lediglich einer Interviewpartnerin als Grund genannt, sich für die Allgemeinmedizin zu entscheiden:

Das war `ne zeitlang (-) als Krankenschwester ging's mir nicht so gut oder teilweise hatte ich auch so / da wollte ich gar nicht mehr auf Arbeit, weil (-) eine komplette Umstrukturierung bei uns im Haus jetzt auch ehm (-) sich vollzieht. Also die Umstrukturierung ist mit neuen (-) Pflegedienstleitungen und Personalleitungen und alles. (.) Da war's halt immer schwierig für uns junge Leute (') ähm bleibt man da, wirst du übernommen oder nicht? Und es war halt immer nur für'n Jahr (.) (Studentin, AK III)

Die befragten weiblichen Studierenden nennen die besseren Möglichkeiten der Vereinbarkeit zwischen Beruf und Familie als weiteren attraktiven Anreiz später als Hausarzt tätig zu sein, was häufig mit Erfahrungen aus dem unmittelbaren Familien- oder Bekanntenkreis exemplarisch veranschaulicht wird. In einem Fall ließen sich arbeits- und ablauforganisatorische Besonderheiten im akutstationären Bereich (v.a. unattraktive und wenig flexible Arbeitszeiten) als Gründe finden in die Allgemeinmedizin zu wechseln:

Also meine Patentante ist (-) Kardiologin in nem riesen Krankenhaus und bei ihr ist es so, dass sie eigentlich nie wirklich Zeit für ihre Kinder hatte, während die aufgewachsen sind. Sie hatte dummerweise immer irgendwie Nachtschichten und naja wenn sie wiederkam waren die Kinder dann immer schon wieder weg. (.) Und ich weiß nicht (-) ich find die Vorstellung nicht so (-) brilliant. (Studentin, AK I)

Die Auswertung des Datenmaterials verdeutlicht, dass der Wunsch Hausarzt zu werden von den Befragten durchgängig als langfristig abgesicherte berufsbiografische Perspektive erachtet wird. Durch die aktuelle Präsenz des Ärztemangels in den Medien, empfinden die befragten Studierenden eine zusätzliche Planungssicherheit und ausnahmslos die subjektiv erfahrene, gesicherte Aussicht auf vorteilhafte Rahmenbedingungen für eine zukünftig geplante Niederlassung, was durch folgende Textbeispiele verdeutlicht werden soll:

Und ehm, vielleicht kann man ja dadurch auch (-) / weiß ich nicht, irgendwann mal bei der Ärztekammer anfragen (-), ob man vielleicht von der Zeit ein halbes Jahr oder so vielleicht vom Facharzt dann angerechnet bekommt oder so (.) Also da meinten sie, wir sollten uns dann da halt einfach mal erkundigen und nachfragen. Aber das ist ja jetzt alles noch (-) so jung, so frisch und ich denke über die Jahre hin, wenn sich das entwickelt, dass man vielleicht doch ne Chance hat oder irgendwie, dass sich das was ergibt (.) Das man da nen Vorteil vielleicht draus (-) ziehen kann. (Studentin, AK III)

Also Medizin zu studieren ... was natürlich auch noch ein ausschlaggebender Punkt ist, ist dass halt die Berufschancen gut sind (.) Oder es zumindestens so vermittelt wird (.)[...] Ich denke mal die Chancen stehen da nicht so ((betont)) schlecht (.) irgendwie sich nieder zu lassen und auf jeden Fall Arbeit zu haben und Geld zu verdienen (.) (Student, AK I)

Nicht immer scheint es für die befragten Studierenden leicht, sich in der mit dem Studienbeginn neu zugeteilten Rolle des Lernenden bzw. Praktikanten wiederzufinden. Die Herausforderung für die Identitätskonstitution besteht darin, die bislang verinnerlichteten Berufsrollen aus Gesundheitsberufen und Rettungswesen zusammensetzen mit den neu zu erlernenden Berufsrollenerwartungen. Gerade Studierende, welche vorher in einem Ausbildungsberuf im Gesundheitswesen gearbeitet haben, müssen sich an die ‚Arztrolle‘ in den Praxistagen beim Allgemeinmediziner erst gewöhnen. Hatten sie doch bisher nicht nur aus fachlicher Sicht, sondern auch aus Sicht einer anderen Berufsgruppenzugehörigkeit (Gesundheits- und Krankenpfleger oder Rettungswesen) mit einem unterschiedlichen Aufgabenfeld heraus, einen anderen Blick auf den hausärztlichen Arbeitsalltag und dessen Arbeits- und Beurteilungsroutinen.

Für mich ist immer noch n' bisschen schwer so (-) ah, weiß nicht, zum Teil fühl ich mich halt irgendwie mehr so als Krankenschwester und zum Teil irgendwie als Student. Also es wird besser, aber (.) ja, das wurde auch nochmal in den Praxistagen ziemlich (-) mir ziemlich bewusst, weil die Schwestern waren eher so distanziert, sag ich mal, also so dieses "Ok, jetzt kommt halt irgendwie (-) der Nachwu (k) der medizinische Nachwuchs" und ich dachte eher so (-) "Naja, aber irgendwie bin ich ja schon auch Krankenschwester, hallo?" Aber für sie war das, obwohl sie das wussten (-) ähm, war das, also haben sie das glaub ich nicht so empfunden, sondern da war ich schon eher irgendein Medizinstudent (.) Genau, also da (.) muss ich immer noch irgendwie gucken und sehen, wo ich da (-) wo ich da so bin und einfach, weiß nicht, dauert wahrscheinlich auch, bis man sich so (-) dran gewöhnt hat. (Studentin, AK III)

4.1.4 Festigung der Berufsbildvorstellungen ‚Hausarzt‘

Aus der Verknüpfung von Erfahrungen aus ersten Praxistagen und Fertigkeitentrainings der „Klasse Allgemeinmedizin“ werden differenzierte Berufsbildvorstellungen abgeleitet:

- enger Patientenkontakt über Jahre und fester Patientenstamm

Dass die Patienten immer wiederkommen (') und man sie wirklich über ´ne lange Zeit begleitet. (Student, AK III)

- Lebensalter übergreifende Patientenversorgung

Man hat eine Vielfältigkeit, von Kleinkind bis hin zum alten Mann, begleitet Familien, das sind Schicksale, an denen man teilnimmt. [...] . (Studentin, AK III)

- Hausarzt als ‚Vermittler‘ zwischen den Fachgebieten ohne Einhaltung streng hierarchischer Strukturen
Das man nicht ganz so diese Krankenhaushierarchie [hat], [...] sondern (-) ja, eigentlich (-) die [Patienten] so versorgen kann sag ich mal, ohne dass man sich jetzt irgendwie (-) ewig dann wieder absprechen muss und irgendwie (-) ja, ganz viele Regeln einhalten muss. (Student, AK II)
- familienfreundlichere Arbeitszeiten und selbstbestimmtes Arbeiten
Das ist natürlich auch Stress, man hat viel Bürokratie, man ist sein eigener Chef und (-) hat vielleicht auch Angestellte, um die man sich auch noch kümmern muss. Aber (-) ich glaube, dass der Stress ein anderer ist und dass der sich irgendwie auch besser mit Familie vereinbaren lässt. .. [...] Man ist irgendwie mehr zu Hause und man kann sich seine Praxiszeiten selber einteilen, besonders wenn man mit Jemandem zusammen die Praxis führt. (Studentin, AK I)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bereits in der Studieneinmündungsphase ein erstes ‚kognitives Bild‘ (Keupp, 2002) vom Hausarztberuf entsteht, indem Erfahrungsbausteine aus Familie, Beruf und Pflege sowie der eigenen Gesundheit mit ersten Praxis- und Seminarerfahrungen der „Klasse Allgemeinmedizin“ mosaikartig zusammengesetzt werden. Diese Erfahrungsbausteine gleichen biografischen Ressourcen und dienen allen befragten Studierenden als Grundstock für den Einstieg in den Studienalltag und die Auseinandersetzung mit dem hausärztlichen Berufsbild innerhalb und außerhalb des Lehrprojekts.

4.2 Prospektive Identitätsarbeit

Ein weiterer zentraler ‚Konstruktionsschritt‘ in der Herausbildung einer berufsbiografischen Planungsperspektive in der Allgemeinmedizin ist die prospektive Identitätsarbeit (Keupp, 2002). Dabei handelt es sich um einen prospektiv-reflexiven Ordnungsversuch aller Lernerfahrungen, die Studierende im Modellprojekt „Klasse Allgemeinmedizin“ sammeln und auf deren Grundlage eine berufsbiografische Planungsperspektive in der Allgemeinmedizin formuliert oder ausgeschlossen wird. Orientierungsmächtig für die Herausbildung eines eigenen ‚gelebten‘ hausärztlichen Berufsverständnisses sind:

- die Prägestkraft hausärztlicher Mentoren (Praxis) und hausärztlich tätiger Dozenten (Theorie) (*individuelle Professionalisierung*)
- die Prägestkraft des festen Klassenverbandes (*kollektive Professionalisierung*)
- strategische Gründe als Entscheidungsmotivation

4.2.1 Die Prägekraft hausärztlicher Mentoren und Dozenten (individuelle Professionalisierung)

Die *individuelle Professionalisierung* im Sinne der Herausbildung einer berufsbiografischen Basisposition meint „einen an das konkrete Individuum gebundenen Ausbildungs- bzw. Reifeprozess“ (Nittel und Seltrecht, 2008). Insbesondere die ersten Praxiserfahrungen bei hausärztlichen Mentoren frühzeitig im Studienverlauf und der Kollektivcharakter des Klassenverbandes haben einen positiven Einfluss auf die Herausbildung einer berufsbiografischen Planungsperspektive in der Allgemeinmedizin, wie sich aus dem gesamten Datenmaterial ableiten lässt. Die Attraktivität des hausärztlichen Berufsbildes kann durch frühzeitige und praxisorientierte Vermittlung von allgemeinmedizinischen Inhalten durch orientierungsmächtige Identifikations- bzw. Berufsrollenvorbilder gesteigert werden.

Die befragten Studierenden betonen mehrheitlich die positive Prägekraft hausärztlich tätiger Mentoren und Dozenten vor allem während der Vermittlung von fachpraktischem ‚Handwerkszeug‘ entweder durch abgehaltene Seminare mit der Darstellung von Fallbeispielen oder durch die Hospitation und Mitarbeit in der allgemeinmedizinischen Praxis. So kann durch die positive Prägekraft hausärztlich tätiger Mentoren und Dozenten bereits frühzeitig im Studienverlauf schrittweise eine Vertrautheit mit dem hausärztlichen Aufgabengebiet und gleichsam eine erste berufsbiografische Orientierung erwachsen.

Durch die Praxistage hat man da einfach noch einen tieferen Einblick (...) Man freundet sich mehr mit dem Beruf an. (Student, AK III)

Fand ich ganz interessant, da hat der (-) Arzt auch einfach ganz viel erzählt so, wie das bei ihm war und so (.) War, ja super interessant (.) (...) irgendwie (.) joah, kann ich mich dafür wirklich so begeistern und denk ich so: ‚Ja, das ist irgendwie (-) mein Weg und das Richtige‘ (.) Das ist echt ganz schön (.) (Studentin, AK III)

Die übermittelten Erfahrungs- und Handlungskapazitäten, bezogen auf notwendige Fähigkeiten der ‚hausärztlichen Persönlichkeit‘, wie beispielsweise die Reflexion der Studierenden zwischen Anpassung und Abgrenzung sowie die Reflexion erlebter Widersprüche (Ambiguitätstoleranz). Ebenso die Möglichkeiten der Rollengestaltung (Rollenübernahme und -distanz) und die Gestaltung des Arbeitsbündnisses mit dem Patienten sind weitere zentrale ‚Konstruktionsschritte‘ in der Herausbildung einer berufsbiografischen Planungsperspektive in der Allgemeinmedizin, wie folgendes Beispiel anschaulich verdeutlicht:

Also mit meinen Patienten, die ich dort betreue, habe ich alleine ein Gespräch geführt. (.) Da hab ich zwar den Arzt im Hintergrund, den ich fragen kann oder so, aber ähm (-) im Endeffekt

bin ich / Also hab ich dann irgendwie so halb das Gefühl "Boah, jetzt kann ich mal was alleine machen." Ich muss mir dann zwar im Nachhinein natürlich das Feedback anhören, ob's so okay war. Oder ich sollte dann noch zusätzlich was zu der Krankheit raussuchen. Aber ich sag mal so, das sind dann Sachen, ähm die bietet das normale Studium in der Vorklinik halt gar nicht. (.) [...] Ja das sind dann so Chancen durch die „Klasse Allgemeinmedizin“, die man mitnehmen kann. (Student, AK III)

Die Kombination aus Praxisbezug im Lernen und ‚gelebter Praxis‘ von hausärztlichen Berufs- bzw. Rollenidentifikationsvorbildern kann als wichtige Schaltstelle der Herausbildung einer professionellen Basisposition (Reim, 1997) und eines ‚gelebten Berufsverständnisses‘ verstanden werden, sodass der Praxisbezug auch dann als wertvolles Erfahrungsgut verstanden wird, wenn durch ein medizinisch vorgeprägtes Elternhaus bereits im Vorfeld des Studiums direkter Kontakt zu einer Hausarztpraxis bestanden hat. Dies wird zum einen als Erfahrungsvorteil wahrgenommen, zum anderen jedoch aufgrund der Diversität in der Praxisführung als sehr interessant empfunden, da so frühe Vergleiche gezogen werden können.

Aber das ist ja, glaube ich, auch einfach nochmal was anderes, ob die Eltern eine Praxis haben und man das so (-) mal mitbekommt oder ob man das dann bei 'nem anderen Arzt nochmal miterlebt. (.) Und das dann nicht mehr mit seinen Eltern im Zusammenhang irgendwie steht. .. Und (-) um dann eine Entscheidung treffen zu können, ob man das machen will oder ob man's sich halt nicht vorstellen kann, find ich das schon wichtig, dass man das so unterscheiden kann. (Studentin, AK I)

Die im Projekt „Klasse Allgemeinmedizin“ geplanten zwei Praxistage pro Semester beim hausärztlichen Mentor werden von den Befragten nahezu durchgängig als zu kurzer Zeitraum empfunden. Im Hinblick auf die Gesamtbelastung des Studiums und dem anfangs inhomogenen vorberuflichen Erfahrungsschatz des Einzelnen jedoch gut toleriert.

Also besonders die Praxistage haben Spaß gemacht. Das waren ja nur zwei Tage jetzt, das fand ich (-) schade. (!) Also das waren halt (-) eigentlich zu wenig Tage. Also ich hätte gern noch länger zugesehen. Also man kann natürlich selber noch nichts machen, aber allein das Zugeschaut find ich schon spannend. (Studentin, AK I)

Maßgeblich für das Ingangsetzen einer *individuellen Professionalisierung* hinsichtlich der Berufsidentität Hausarzt ist neben der Eigenmotivation der Studierenden auch die fachliche Kompetenz des Mentors, sowohl Wissen als auch (haus-) ärztliche Werte zu vermitteln. Die Schulung und Auswahl der Lehrärzte spielt dabei eine ebenso wichtige Rolle wie deren

engagiertes ‚gelebtes Berufsverständnis‘ in der Ausbildung der Studierenden der „Klasse Allgemeinmedizin“. Die nachfolgenden beiden Textbeispiele veranschaulichen, dass die Prägekraft hausärztlicher Mentoren gerade zu Beginn des Studiums auch groß genug ist, um einen ‚Richtungswechsel‘ und damit eine Abkehr von der Allgemeinmedizin herbeizuführen.

Also die Ärztin war so 'n bisschen in Hektik, weil sie hatte auch ne Weiterbildung an dem Tag und (-) naja auf jeden Fall hat sie halt die ganze Zeit eigentlich nur über diese (-) Hausbesuche geschimpft, die sie halt machen müssen und dann auch noch diese (-) Bereitschaftsdienste, die sie noch im Monat haben. Naja und zum Schluss hat sie halt so gesagt, also als die Sprechstunde vorbei war, "Naja wenn ich mich nochmal entscheiden würde, würde ich mich nicht niederlassen und nicht als Allgemeinmedizinerin arbeiten". Also da saß ich dann natürlich da (-) schön (-) also hm (-) das ist ein bisschen schlecht. (Studentin, AK II)

Ich hab ja auch diesen Hausarzt zugewiesen bekommen ('), der ist auch hier im Umkreis. Und ich war da und ich war ziemlich enttäuscht von ihm (') [...] Also das hat mich irgendwie abgeschreckt, ich bin auch überhaupt nicht zufrieden damit gewesen wo ich war (') Aber ich kann ihm das ja auch nicht sagen, er redet leider auch sehr sehr viel und ich komm da gar nicht zum Reden und (-) ähm (.) ich konnt' ihn auch irgendwie nix fragen und wenn ich ihn dann was irgendwie so zufällig gefragt habe, dann ging das bei der Antwort so in die Ferne, da bin ich gar nicht hinterher gekommen mit Fachbegriffen (.) (Studentin, AK I)

Auch wenn diese beiden Textauszüge exponierte Einzelfälle darstellen, welche sich auf die beiden zitierten Studentinnen beschränken, so veranschaulichen sie die Prägekraft der hausärztlich tätigen Mentoren sehr eindrücklich. Es sei jedoch nochmals herausgestellt, dass die überwiegende Anzahl der befragten Studierenden sich hinsichtlich des hausärztlichen Mentorings ausgesprochen zufrieden äußerten und dementsprechend auch fortan motiviert und inspiriert den Hausarztberuf entdecken möchten.

4.2.2 Die Prägekraft des festen Klassenverbandes (kollektive Professionalisierung)

Die *kollektive Professionalisierung* im Rahmen der prospektiven Identitätsarbeit umfasst die Prägekraft des festen Klassenverbandes. Die Studierenden beschreiben durchgängig, dass sie den Gruppenverband als ‚Erfahrungsraum‘ sehr wertvoll einschätzen. Lernerfahrungen können ausgetauscht und gemeinsam reflektiert werden. Zudem lassen sich Fragen und Probleme leichter ansprechen, die in der Intimität der Klasse einfacher Beantwortung finden, als es im Studiensemester (in vergleichsweise größerer Studierendenzahl und inkonstanten Lerngruppen) der Fall wäre.

Also wir haben ja auch die Seminargruppen (.) Das ist ja auch relativ konstant, aber trotzdem so (-) mag ich's halt total, wie's vom (-) Konzept her ist. Also, dass es irgendwie ein relativ fester Rahmen quasi ist (.) genau (.) (...) und dann (-) also können wir auch Fragen gut loswerden. (Studentin, AK II)

Der Zusammenhalt, das wechselseitige Vertrauen und die Kontinuität des reflexiven Austauschs stellen gleichzeitig auch einen wichtigen Orientierungsrahmen für die *individuellen Professionalisierungsprozesse* dar – insbesondere bezogen auf die Reflexion der Polarität ‚Anpassung versus Abgrenzung‘ im fachpraktisch verorteten Austausch mit den unterschiedlichen Identitätsperspektiven innerhalb des Klassenverbandes:

Also da (-) geht es nicht nur um 's Lesen oder Gucken oder Hingehen, sondern dann bist du ja wirklich auch praktisch angebunden. Und da ist es natürlich gut, dass es diesen Klassenverband gibt und dann auch Veranstaltungen zu machen (-), die dann in dem Feld sind. Und das ist natürlich eine viel größere Möglichkeit, als jetzt (.) in (.) anderen Bereichen im Studium. (Student, AK I)

Und es ist natürlich auch noch was ganz Praktisches, weil das ist ähm über das komplette Studium so 'n Klassenverband. Du stehst es halt auch zusammen durch. (.) (Student, AK I)

Der feste Klassenverband über die gesamte Projektzeit wird vor allem von jüngeren Studierenden begrüßt. So scheint der Übergang von Schulzeit zum Studium Vielen leichter zu fallen. Erste Kontakte im Charakter tragfähiger Gruppendynamik werden damit bereits innerhalb der Studienkohorte geknüpft und im Zuge der prospektiven Identitätsarbeit perspektivisch auch mit fachlich gleichgesinnten Kolleginnen und Kollegen assoziiert, was durchaus als sicherer Strukturrahmen des Medizinstudiums sowie ebenfalls als grundsätzlicher Erfahrungsvorteil gewertet wird.

Und ähm (.) ich finde, wenn man jetzt schon tiefer in das Medizin- und Arbeitsleben rein geht (') hat man immer nochmal die Chance Bekanntschaften zu machen, die man eventuell (-) längerfristig aufrechterhält. Und ich mein ähm (.) selbst wenn's dann halt (-) der Doktor ist, an den man sich in (-) fünf Jahren nochmal wendet, der einen dann kennt (.), wenn man dann halt wirklich mal ein rein medizinisches Problem hat, wo man dann sagt "Hier, wie würdest du an die Sache rangehen?" und so weiter und so fort (.) Und das ist halt wirklich einfach nur so diese eventuellen Beziehungen, die man da noch knüpfen kann, das finde ich auch unheimlich wichtig, ja. Das mag jetzt banal klingen, aber ich meine (-) solche Bekanntschaften sind (-) halt manchmal auch essentiell. (Student, AK III)

Durch die bewusste Auswahl der Bewerber durch persönliche Bewerbungsgespräche bekommt die Studierendengruppe zudem eine individuelle Exklusivität innerhalb des Semesters zugewiesen, welche durch die Studierenden auch wahrgenommen und gelegentlich auch befremdlich konnotiert wird, da sich die „Klasse Allgemeinmedizin“ mit den geschlossenen Veranstaltungen und internen Kommunikationswegen vom übrigen Semester abgrenzt.

Bei den vielen Studenten, die man hat und dann diese kleinen Gruppen, die man zwar hat, aber sich trotzdem nicht so richtig als Gruppe fühlt (-) sag ich mal (-) Aber jetzt in der Klasse ist es ja richtig so wie früher in der Schule so'n bisschen. (...) Ja (-) heute Abend Klasse, dass wir ein eingeschworener Verein sind (-) sozusagen (.) Und dann immer alles abends (.) Dann haben wir noch so Buttons gekriegt, das war schon n'bisschen komisch dann (.) (Student, AK II)

4.2.3 Strategische Gründe als Entscheidungsmotivation

Eine strategische Nutzung vorteilhafter Rahmenbedingungen des Lehrprojekts „Klasse Allgemeinmedizin“ ist – bezogen auf den Zeitpunkt der Studieneinmündungsphase der 1. Kohorte des Lehrprojekts – vor allem assoziiert mit antizipierter geldwerter Unterstützung bei der späteren Gründung einer Landarztpraxis (antizipierte Gratifikation) oder aber auch dem geldwerten Vorteil in Form des Stipendiums, welches die Studierenden der „Klasse Allgemeinmedizin“ erhalten können. Idealisierte Vorstellungen vom Hausarztberuf werden häufig verknüpft mit angenommenen großen Freiheitsgraden in der späteren Arbeitszeiteinteilung und vorteilhafteren Arbeitsbedingungen, verglichen mit der Klinik Tätigkeit. Forschungsmöglichkeiten oder Aufstiegschancen im Krankenhaus rücken für durchgängig alle befragten Medizinstudierenden deutlich in den Hintergrund, wie exemplarisch ausgewähltes Textbeispiel belegt:

Und (-) aber ich glaube, dass ich mit fünfzig oder so nicht mehr unbedingt im Krankenhaus arbeiten möchte, weil mir der Stress und der Druck einfach zu groß wird. Auch die Arbeitszeiten. (Studentin, AK I)

Ja naja ich find auch die Arbeitsatmosphäre einfach / Also wenn man jetzt so ein kleiner Betrieb in Anführungsstrichen ist, dass man dann auch zur Sprechstundenhilfe oder so ein ganz anderes Verhältnis hat (.) und ähm (5sek.) Ja also ich seh mich schon / Ich könnte mir schon vorstellen dann auch später eine Hausarztpraxis zu leiten. ... Bei mir in der Region sind halt auch viele ältere Ärzte, wo sich das halt auch anbieten würde. Ähm (-) ja .. Ich finde man

ist dann teilweise auch so'n bisschen ungebunden und muss sich halt nicht groß nach anderen Ärzten oder so richten. .. Ja man ist dann praktisch so sein eigener Herr. (Studentin, AK I)

Man ist irgendwie mehr zu Hause und man kann sich seine Praxiszeiten selber einteilen, besonders wenn man mit Irgendjemandem zusammen die Praxis führt. (.) Und man also nicht ganz alleine ist. (Studentin, AK I)

Durch die Präsenz des Ärztemangels in den Medien erscheint der Wunsch Hausarzt zu werden als langfristig abgesicherte berufsbiografische Perspektive. Dadurch empfinden die Studierenden eine zusätzliche Planungssicherheit, welche durch das Angebot eines studienbegleitenden Stipendiums der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalts noch weiter unterstützt wird.

Ja und natürlich sind auch die Chancen dann einen Platz, also eine Arbeitsstelle zu finden, wenn man sich auf Hausarzt orientiert, wesentlich größer, vor allem auch im ländlichen Raum. Da wird ja jetzt auch immer gesucht, da ist der Bedarf sehr groß. (Studentin, AK I)

Nicht nur die Tatsache des vorhandenen und sich prospektiv zuspitzenden Landärztemangels generell spielt eine Rolle für die Mehrzahl der befragten Studierenden in dem Entschluss sich für die „Klasse Allgemeinmedizin“ zu entscheiden, sondern auch ganz konkret die Aussicht auf eine spätere mögliche Übernahme der zugewiesenen Lehrarztpraxis, wie folgendes Textbeispiel exemplarisch veranschaulichen soll:

Ja und auch, dass man für später vielleicht schon ein paar Kontakte knüpfen kann. .. Und die Lehrärzte bei den meisten gehen halt auch schon auf's Rentenalter zu, sag ich mal. Und (-) die Studenten haben dann vielleicht auch gute Chancen, dass sie vielleicht die Praxis mal übernehmen können. Ja das war halt auch so'n bisschen halt (-) ein Aspekt, warum ich dachte, dass das Projekt ganz gut ist. (Studentin, AK I)

4.3 Transferleistungen der Identitätsarbeit

Transferleistungen als Syntheseleistung der Identitätsarbeit spielen eine nicht unbedeutende Rolle in der Konstruktion einer Berufsidentität als Hausarzt, wenn beispielsweise die Erfahrungen aus der „Klasse Allgemeinmedizin“ auf antizipierte ‚Spannungsfelder‘ des Berufsbildes Hausarzt oder vermutete bzw. auch erwartete biografische Gestaltungsräume übertragen werden. Diese Syntheseleistungen als Identitäts-Entwicklungsprozesse der Studierenden in Richtung einer Hausarztidentität können sowohl durch hausärztliche Mentoren und Dozenten als auch durch Diskurse im Klassenverband unterstützt werden, indem die Selbsteinschätzung eigener

beruflicher und persönlicher Stärken reflektiert und Vertrauen in das eigene allgemeinärztliche Handeln, die Selbstwirksamkeit bestärkt wird.

4.3.1 Die „Klasse Allgemeinmedizin“ in der Pilotphase

Die „Klasse Allgemeinmedizin“ befand sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung dieser Arbeit noch in der Pilotphase. Dennoch können bereits erste Schlüsse aus den Aussagen der Studierenden gezogen werden, hinsichtlich der Prägekraft des Lehrprojekts. Dass eine Teilnahme an der „Klasse Allgemeinmedizin“ das initiale Berufsbild vom Hausarzt bereits in der Studieneinmündungsphase verändern kann, veranschaulicht exemplarisch dieser Textauszug:

Also ich glaub / Also ansonsten hab ich das einfach nicht so wahrgenommen wieviel da eigentlich dahinter steckt, was man (.) als Allgemeinmediziner arbeitet. Also (-) wieviel umfangreiches Wissen es eigentlich ist ('). Also von jedem quasi n'bisschen. .. Also für mich war das ansonsten wirklich immer so der Arzt, wo man dann einmal im Jahr mit seinem Schnupfen hingeh. (.) Ähm ich glaub ich hab da einfach die Leistung, die ein Allgemeinmediziner bringt und was er alles irgendwie lernen und wissen muss, (-) einfach unterschätzt. (Studentin, AK I)

Eine Teilnahme an der „Klasse Allgemeinmedizin“ empfinden die befragten Studierenden als zukunftsweisend, praxisorientiert sowie abwechslungsreich und damit gegenüber dem als sehr theorielastig empfundenen Lernalltag des Medizinstudiums als äußerst gewinnbringend. Gerade in einem nach wie vor als sehr verschult und wenig praxisbezogen erlebten Medizinstudium ist dies eine bereichernde Möglichkeit für die Teilnehmer der „Klasse Allgemeinmedizin“, von Beginn an sich an einem Berufsrollenvorbild zu orientieren. Es können manuelle Fähigkeiten entwickelt und kommunikative Skills in der Arzt-Patienten-Interaktion longitudinal im gesamten Verlauf des Medizinstudiums geschult werden, was von den Studierenden also äußerst positiv wahrgenommen wird.

Die „Klasse Allgemeinmedizin“ ist ein gewisser Anker (...), das (-) gibt halt so'n gewissen Ansporn. (Student, AK I)

*Die „Klasse Allgemeinmedizin“ hilft mir auf jeden Fall in der Motivation **sehr** ((betont)). Also wirklich, wirklich sehr, weil dann sieht man auch, wofür man das macht. Also wofür man dann einfach teilweise auch stupide auswendig lernt, auch Sachen, die einem jetzt vielleicht gerade in dem Moment nicht so interessieren und man sieht, dass die trotzdem wichtig sind. (Student, AK I)*

Auch durch das frühzeitige Einsetzen der „Klasse Allgemeinmedizin“ noch im vorklinischen Studienabschnitt, begleitend über das gesamte Medizinstudium, bekommt die Mehrzahl einen ebenso tiefen, wie realistischen Einblick in den späteren Berufsalltag und kann sich bereits frühzeitig mit dem Berufsfeld ‚Allgemeinmedizin‘ auseinandersetzen, ohne durch die Teilnahme etwaige Verpflichtungen einzugehen. Durch die Etablierung des Projekts als Wahlpflichtfach für den 1. Studienabschnitt werden weitere Studierende (zukünftige Erstsemester durch informelle Erfahrungsberichte und ‚Quereinsteiger‘ in den 2. klinischen Projektteil der „Klasse Allgemeinmedizin“) zu einer (zukünftigen) Teilnahme motiviert. Auch wenn der zeitliche Lernaufwand im Semester deutlich höher ist als bei anderen Wahlpflichtfächern, überwiegen für alle befragten Studenten die positiven Aspekte und Vorteile, wie folgende Textbeispiele verdeutlichen sollen:

Also ich glaub, das ist sowieso schwer oder ich stell's mir schwer vor, welche Fachrichtung man dann wirklich machen will. .. Und (.) wenn man nicht irgendwie schon am Anfang (') / Oder wenn man am Anfang schon mal ne Idee im Kopf hat, was man ungefähr machen kann, dann ist es wahrscheinlich einfacher zu sagen (.) "Ja das gefällt mir." oder "Nein das gefällt mir nicht.", als wenn man dann diese ganze Fülle an Fachrichtungen hat und einfach überhaupt keine Ahnung hat. (Studentin, AK I)

Ganz gleich, wo man am Ende später landet, ich glaube, das ist eine ganz großartige Erfahrung für Jeden, der (-) Medizin studiert. Also wenn Jeder das durchlaufen könnte, (-) das würde aus Jedem noch einen besseren Arzt machen. (.) Auf jeden Fall bedeutend besser vorbereiten auf das, was einen am Ende dann erwartet. (.) (Student, AK III)

Gerade der vorangegangene Textauszug macht deutlich, dass die Studierenden die „Klasse Allgemeinmedizin“ als fachinhaltliche Bereicherung des Studiums, sowie auch als Orientierungs- und Motivationshilfe und ganz konkret auch als Teil einer nachhaltigen und sehr praxisbezogenen ‚allgemeinmedizinischen Grundausbildung‘ wahrnehmen. Die Teilnahme an der „Klasse Allgemeinmedizin“ wird als Chance gesehen, praxisbezogene Kompetenzen allgemeinärztlichen Handelns über einen langgestreckten Studienzeitraum zu entwickeln, die durch das Erlernen von fachspezifischen Qualifikationen verinnerlicht werden.

Dass das nicht nur das Naturwissenschaftliche ist, sondern dass man da auch von der anderen Seite rangeht. Wie ist ein Patientengespräch aufgebaut, welche Gesprächstechniken kann ich verwenden oder wie ist ne Klinik an sich aufgebaut, vom Organisatorischen oder (-) wie geht man mit seinen Mitarbeitern um? Also (-) alles so kleine Aspekte, die eigentlich wichtig sind, aber die man im Studium nicht so mitbekommt. (Student, AK I)

4.3.2 Berufliche Zukunftsvisionen

Bei all jenen befragten Studierenden, die über Vorerfahrungen aus einer früheren Berufsausbildung oder Erfahrungen durch Praktika, Hospitationen oder Mitarbeit in der elterlichen Praxis verfügen, werden berufsbiografische Planungsvorstellungen jedoch bereits in der Studieneinmündungsphase im Lehrprojekt „Klasse Allgemeinmedizin“ entscheidend geformt, wenngleich eine andere Facharztausrichtung meist als Entscheidungsalternative beibehalten wird.

Die Gründe sich für die „Klasse Allgemeinmedizin“ zu bewerben und daran die ganz persönliche Zukunftsplanung zu knüpfen sind selten mit dem expliziten Wunsch Landarzt zu werden verbunden. Nur knapp ein Viertel der Befragten Studierenden äußern den festen Vorsatz später auch als Hausarzt tätig werden zu wollen. Diese Studierenden haben die Aussicht auf die Übernahme einer Hausarztpraxis im unmittelbaren familiären Umfeld. Stattdessen sind sich die meisten der Befragten sehr unsicher hinsichtlich der späteren Facharztwahl.

Vielmehr ist es das sehr breit gefächerte Behandlungsspektrum eines Allgemeinmediziners, welches ebenso häufig als persönliches Entscheidungskriterium für den Hausarztberuf benannt wird, wie der persönliche Bezug zu einzelnen Patienten und deren Lebensumständen. Nachstehende Interviewauszüge verdeutlichen diese, für die meisten Befragten zutreffenden, entscheidungs- und handlungsleitenden Motive, sich der „Klasse Allgemeinmedizin“ anzuschließen und sich mit dem Hausarztberuf vertraut zu machen:

Also mir macht das auch Spaß so den Hintergrund der Menschen heraus zu finden. Also wo sie leben und wie sie leben und (-) wer da noch so ist. Nicht einfach nur die Krankheit an sich zu betrachten, so wie "ja da in Zimmer fünf da liegt die Galle" oder so. Das find ich jetzt nicht so schön. (.) Ähm ja, das macht mir einfach Spaß. (Studentin, AK I)

*Und wenn du jetzt so deinen Facharzt, also einen anderen Facharzt machst, zum Beispiel Nephrologe oder so, dann (-) hast du nur das eine Patientenbild. Und du behandelst wirklich nur den Patienten wegen dieser einen Erkrankung. .. [...] Naja und als Allgemeinmediziner begleitest du natürlich die Menschen viel näher und ähm ... und das (-) ja das mag ich halt auch mehr, also die Arbeit direkt am Patient. Also direkt **mit** ((betont)) dem Patient, nicht am Patient, mit dem Patient. .. Und du hast halt immer fast deine gleichen Patienten. Also (-) relativ ... Also dann siehst du den schon und du weißt halt schon (-) mehr über den Patienten. (.) Das ist auf jeden Fall schöner. (Student, AK I)*

Insbesondere durch die gesellschaftlichen Veränderungen, die sich bis in die Arbeitswelt der Allgemeinmedizin hineinragen – von der Zunahme der Arbeitsdichte durch doppelten demografischen Wandel, einmal der Bevölkerung und der gleichzeitigen Überalterung in der

primärärztlichen Versorgung – bis hin zur Zunahme der bürokratischen und administrativen Anforderungen wird für die befragten Studierenden eine freie Arbeitszeiteinteilung neben der Arbeitsplatzsicherheit immer wichtiger, was in den Interviews auch konkret so benannt wird. Die hierarchischen und zeitlich sehr dicht getakteten Strukturen des Krankenhauses haben sich für die Hälfte der befragten Studierenden deutlich überlebt und eine Karriere als ‚Kliniker‘ als immer unattraktiver erscheinen lassen, wie es das folgende exemplarische Textbeispiel verdeutlicht:

Das ist halt die Hoffnung da nicht als (-) / so unter dem Druck zu stehen wie (-) was weiß ich, wenn man irgendwie Chirurgie macht (.) Viszeralchirurgie oder so (.) Das man dann irgendwie seinen Facharzt macht und dann aber den Druck hat da weiter im Klinikum seine Schichten zu schieben, um irgendwie voran zu kommen und irgendwie noch hoch zu schwimmen .. was weiß ich, überhaupt Oberarzt oder sowas werden zu können .. Ich denk mal gerade da ist es schwierig (-) mit viel Privatleben .. Und was ich auch immer noch so schlimm finde, ist halt in der Uniklinik vor allem (-) dass man dann da noch so'n Forschungsauftrag ja eigentlich hat (!) Also der dann noch (-) noch zusätzlich zum Arbeiten dazu kommt. Also an sich find ich forschen (-) echt gut, das würde mich auch absolut reizen das zu machen .. Aber ich würde halt ungern (-) so extrem viel arbeiten, dass ich dann halt (-) nicht vierzig, fuffzig Stunden in der Woche gehe oder beim Arzt sind's ja wahrscheinlich sechzig oder siebzig, sondern dann halt mit Forschen irgendwas bei neunzig (!) Da ist man halt doch noch zu Hause beschäftigt beim Forschen und was weiß ich und (-) das will ich alles nicht haben. (Student, AK I)

Der Ausblick jedoch auf eine eigene Praxis, der ‚eigene Chef‘ und unabhängig von Anderen zu sein, überwiegt in den meisten Fällen die antizipierten finanziellen Risiken einer Praxisgründung. Gerade als Landarzt erscheint die Rolle des Mediziners in einer kleinstädtischen bis dörflichen Region noch einmal in einem ganz eigenen Licht. Bestimmte Einflussmöglichkeiten hinsichtlich des gesellschaftlichen Lebens dort werden vor allem von Studierenden benannt, die selbst in einer ländlichen Region aufgewachsen sind. Die Anonymität der Großstadt und die damit erwartete dortige hohe Fluktuation des Patientenlientels wirkt auf die Meisten eher abschreckend. Eine enge Bindung durch das Wissen um familiäre Strukturen und damit ein tieferes und ganzheitlicheres Verständnis der Patienten zu entwickeln, wünschen sich nahezu alle der Befragten. Die eigene biografische Verwurzelung dabei vor Augen, möchte ein Viertel nach dem Studium wieder in ihre Heimat zurückkehren. Exemplarisch sollen dies folgende Textauszüge belegen:

Hm diese Befremdung schreckt mich so'n bisschen ab. .. Diese Massenbefremdung. Also du kennst ja Leute, hast deinen Freund und alles und triffst vielleicht auch mal Jemanden, aber

es ist alles (-) ja (-) selbst wenn du dich mit Leuten auf der Straße unterhältst, ist es trotzdem alles so (.) fremd (,). (.) Find ich jetzt. ... Und es ist nicht dasselbe, in einer kleineren Stadt oder auf'm Dorf sag ich jetzt mal ('), (.) kennt halt jeder jeden und (-) dann haste natürlich auch wesentlich mehr Anknüpfungspunkte und kannst viel offener reden. (.) Es ist viel gesellschaftlicher, (.) es ist viel mehr verbunden, also es ist auch so'n bisschen n'gesellschaftlicher Verbund da. Das haste ja in der Stadt jetzt wirklich gar nicht. Du kennst vielleicht gerade mal deinen Nachbarn drüben. (Student, AK I)

Also jetzt so gerade, wo ich da jetzt schon bei meiner Ärztin war (') .. also es war total nett. Also auch so wie man die Menschen da kennt und so / Also ein Hausarzt kennt seine Patienten, aber da ist es nochmal was ganz anderes. Also meine Ärztin hat mir dann auch erzählt "Ja, das ist der Mann von der und der und der kommt hier ab und zu mal vorbei, naja der macht dann auch so ein paar hauswirtschaftliche Sachen und wenn ich mal mit irgendwas Hilfe brauche, kommt er auch vorbei. Aber er ist eben auch mein Patient." ((lacht)) So und das war halt irgendwie schon (-) ja schnuckelig, klein und süß. (.) Aber man hatte gleichzeitig auch voll viel zu tun. [...] Also es waren total nette Patienten, (-) super Sprechstundenhilfen. (.) Also die waren auch mit den Patienten teilweise befreundet und das war dann eben ganz locker und nicht so, wie man das bei uns kennt, wo dann da vier Sprechstundenhilfen sitzen (-), man kennt keine davon und alle sind schon ein bisschen angenervt, weil das ganze Wartezimmer voll ist. (.) Und das ist dann eben dort nicht so, (-) das ist alles (-) ja familiärer. (.) Das hat mir schon gut gefallen. (Studentin, AK I)

Beim Blick in die Zukunft und hinsichtlich der eigenen Familienplanung ist es vor allem für befragte Studentinnen wichtig, Familie und Arbeit in ein ausgewogenes Verhältnis zu bringen. Die antizipierte freie Arbeitszeiteinteilung in der eigenen Hausarztpraxis scheint für die befragten Studierenden durchweg greifbarer und realistischer, als die Aussicht auf flexible, familienfreundliche Arbeitszeiten im Klinikalltag. Dabei rücken berufliche Aufstiegschancen in den Hintergrund.

Und (-) aber ich glaube, dass ich mit fünfzig oder so nicht mehr unbedingt im Krankenhaus arbeiten möchte, weil mir der Stress und der Druck einfach zu groß wird. Auch die Arbeitszeiten. (.) Das ist dann auch irgendwie'n Punkt, wo man gucken muss wie man das macht. Also wenn man vielleicht auch Kinder hat oder so. Dann wird ne Praxis auch für einen selber einfacher. (Studentin, AK I)

Vielleicht dann später, (-) wenn man dann sagt Kinder groß, alles groß, man (-) sagt sich okay, ich muss vielleicht auch nicht mehr fünf Tage die Woche meine Praxis aufmachen, sondern mit reichen dreieinhalb (.) ähm und dann mach ich vielleicht alles bisschen ruhiger,

weil ich hab mein Haus (-), ich hab mein Grundstück, ich hab / Es bringt nichts mehr sich tot zu arbeiten, man hat den Status erreicht, den man haben möchte (-) und dann tritt man dann einfach kürzer, weil ich sag mal so ab nem bestimmten Punkt bringt einen das ganze Geld dann auch nicht weiter, wenn man das dann erreicht hat. (Student, AK III)

4.4 Reflektion des Bewerbungsverfahrens

Durch die anfängliche Auswahl der Studierenden für die „Klasse Allgemeinmedizin“ durch ein schriftliches und mündliches Bewerbungsverfahren soll die Motivation und Lernbereitschaft für das Fach Allgemeinmedizin bei den Bewerbern beurteilt werden. Weiterhin wurde auf einen möglichst kleinstädtischen bis ländlichen Hintergrund Wert gelegt und im persönlichen Gespräch wurde das Interesse ermittelt, sich später im ländlichen Raum nieder zu lassen (Langosch et al., 2012). Bei der Sichtung des Datenmaterials fällt jedoch eine starke Diskrepanz der Aussagen hinsichtlich der Auswahlgenauigkeit bzw. der Art und Weise des abgehaltenen Bewerbungsverfahrens auf: Je nach vorheriger beruflicher Erfahrung und Umgang mit Auswahlgesprächen wurde das Verfahren in seiner Auswahlgenauigkeit sehr unterschiedlich wahrgenommen und teils kritisch hinterfragt. Es wurde auch seitens der Studierenden eingeräumt, dass Antworten entsprechend sozialer Erwünschbarkeit formuliert worden sind, um einen Platz in der „Klasse Allgemeinmedizin“ und den damit verbundenen Gratifikationen (bspw. einen zusätzlichen Lernort zu haben) zu erhalten.

... das war halt alles sehr darauf ausgelegt (-) wer so von hier kommt, wer sich vorstellen kann im ländlichen Bereich zu arbeiten, also (-) es ist ja auch klar, das Projekt ist ja darauf ausgelegt, dass dann irgendwann mal irgendwie Jemand davon auf'm Land arbeitet .. Und dazu hab ich (-) immer eigentlich "Ja" und "Amen" gesagt und so (-) "Ob ich mir das vorstellen könnte?" - Ja (.) (Student, AK I)

Kritische Äußerungen der befragten Studierenden beziehen sich inhaltlich auf die Fokussiertheit und Engführung des Bewerbungsgesprächs auf Auswahlkriterien mit Schwerpunkt auf die eigene geografische (ländliche) Herkunft. Die befragten Studierenden sehen sich zu Beginn des Medizinstudiums nahezu durchweg nicht in der Lage, sich verbindlich für eine Hausarztpraxis auf dem Land festzulegen. Vielmehr möchten sie das Lehrprojekt „Klasse Allgemeinmedizin“ als zusätzliches Lernangebot nutzen, weil sie sich für die Allgemeinmedizin interessieren. Einige Befragte geben eine große Unsicherheit hinsichtlich ihrer späteren Berufswahl an, welche sie zwar im narrativen Einzelinterview benennen, aber nicht im Auswahlverfahren preisgeben. Zum Großteil beruht dies auf der empfundenen großen Unsicherheit, bereits in der Studieneinmündungsphase die endgültigen berufsbiografischen Planungsvorstellungen zum Ende des sechsjährigen Studiums schon abzusehen bzw. sich dazu gedrängt zu fühlen. Dieses Ergebnis

ist nicht nur ein Phänomen der Studierenden ohne Berufs- oder Praktikumserfahrung. Auch die älteren befragten Studierenden mit Erfahrungen in Gesundheitsberufen möchten sich die Orientierungsoffenheit in der Studieneinmündungsphase bewahren.

Also sagen wir mal so (-), dass (-) ich auf jeden Fall weiß, dass ich nicht ins Krankenhaus möchte, wenn ich irgendwann fertig bin. Also ich will ne eigene Praxis haben. Also ich kann jetzt noch nicht sagen so im ersten Jahr, dass (-) es hundertprozentig Allgemeinmedizin sein wird, also das ist eine (-) Illusion sag ich mal. (Student, AK III)

Teilweise wurden als Gründe für eine Teilnahme am Auswahlverfahren lediglich die gute Werbung für die „Klasse Allgemeinmedizin“ in den Medien (Lokalzeitungen, universitäre Flyer oder Aushänge, etc.) oder in sonstigen universitären Veranstaltungen in der Einführungswoche des Studiums genannt. Manchen Studierenden ist dadurch erst die Attraktivität des Hausarztberufes näher gebracht worden. Für Andere, welche bereits mit der Aussicht auf eine spätere elterliche Praxisübernahme das Medizinstudium begonnen haben, stellt die „Klasse Allgemeinmedizin“ mehr ‚Mittel zum Zweck‘ als Inspirationsquelle dar. Dies sollen folgende Textbeispiele belegen:

Also jetzt so warum ich ähm (-) in die Klasse Allgemeinmedizin gekommen bin ('). (.) Das war so'n bisschen, ich hatte das gehört / Das war ganz am Anfang des Studiums (-) natürlich. (.) Da hat man noch keine Vorstellung, wie überhaupt alles abläuft. Ich hatte mich in der Stadt noch nicht zurecht gefunden und alles .. uuuund ähm (.) ja dann wurde das vorgestellt und das hat mir auch eigentlich gleich gefallen, vor allen Dingen auch wegen dem relativ hohen Praxisanteil und weil man halt dann auch schon direkt (-) ehm in ner hausärztlichen Praxis dann eingesetzt wird. (.) Das ist natürlich / Ja da hat man nen viel tieferen Einblick in (-) das Arbeitsleben, (-) als das Studium je rüber bringen könnte. (Student, AK I)

Ja das Konzept von der „Klasse Allgemeinmedizin“ (-) hat mich ja jetzt nicht vordergründig interessiert, also ((kichert)) es ist für mich so'n, ähm, so'n Gadget, was man eben einfach mitnimmt. (Studentin, AK III)

Mir war eigentlich fast von Anfang an klar, dass ich nicht in ((Auslassung Stadtname)) Landarzt werden möchte, aber das war auch nicht mein Ziel. Ich fand's einfach gut in die Allgemeinmedizin an sich rein zu schauen und diese Chance zu nutzen. Weil das funktioniert ja eigentlich schon ganz gut, wenn man einfach mal in die Praxen reingucken kann und mit Ärzten reden kann. (Studentin, AK I)

Und das, ich sag mal wo, das Studium ist eben trocken, aber alles was es so an Auflockerungen bietet, auch von der Uni auch, da sag ich mir einfach mitnehmen! (.) Das sind Erfahrungen, die man machen kann und die machen am Ende (.) alles aus. (Student, AK III)

Zusammenfassend sei festzuhalten, dass die Motivation für die Bewerbung um Aufnahme in der „Klasse Allgemeinmedizin“ sich eher darin gründet, ein zusätzliches, vor allem fachpraktisch ausgerichtetes, Lernangebot nutzen zu können. Eine verbindliche Entscheidung für den Hausarztberuf bzw. auch Landarzt zu werden kann zu einem so frühen Zeitpunkt im Medizinstudium nicht erwartet werden. Stattdessen reagieren die befragten Studierenden mit sozial erwünschten Antworten, wenn sie annehmen, dass die frühe Festlegung auf den Beruf des Hausarztes Entscheidungskriterium für die Aufnahme im Lehrprojekt ist.

5 Diskussion

Über den gesamten Ergebnisteil dieser Arbeit hinweg wurden verschiedene ‚Konstruktionsschritte‘ aufgezeigt, welche einen Beitrag zur Herausbildung einer Berufsidentität als Hausarzt leisten. Dabei wurden retro- und prospektive Gesichtspunkte sowie Transferleistungen der Identitätsbildung dargelegt – Aspekte, welche durch rein quantitative Erhebungsmaßnahmen nicht narrationsanalytisch und lebensgeschichtlich eingebettet erforscht werden können. In der hier aufgeführten Übersicht ist dies zunächst zum besseren Überblick tabellarisch aufbereitet, um dann im Folgenden, auf die einzelnen Teilbereiche ablaufchronologisch und detailliert einzugehen.

Tab. 3 Übersicht Faktoren Bildung einer Hausarztidentität

Hausarztidentität		
Retrospektive Identitätsarbeit	Prospektive Identitätsarbeit	Transferleistungen der Identitätsarbeit
<ul style="list-style-type: none"> • Berufsrollenvorbilder aus Elternhaus und Familie • Praktika, Freiwilligendienste, Praxismitarbeit vor dem Medizinstudium • Berufsausbildung vor dem Medizinstudium • Heimatverbundenheit und Arbeitsplatzsicherheit 	<ul style="list-style-type: none"> • individuelle Professionalisierung durch die Prägekraft der Berufsrollenvorbilder • kollektive Professionalisierung (Lernen im Klassenverband als wichtiger Orientierungsrahmen und Erfahrungsraum) • Möglichkeiten der Berufsrollengestaltung erlernen (Rollenübernahme oder -distanz) durch Reflektion der Ambiguitätstoleranz (Reflektion widersprüchlicher Lernerfahrungen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pilotphase „Klasse Allgemeinmedizin“ (Erwartung, dass die Lerninhalte das Medizinstudium praxisnah bereichern) • persönliche Zukunftsvisionen („work-life-balance“ und freie arbeitszeitliche Gestaltungsräume, Vielfältigkeit des Faches Allgemeinmedizin und Patientennähe)

5.1 Bedeutung der retrospektiven Identitätsarbeit

In den Interviews wurde bei einem Viertel der Studierenden eine orientierungsmächtige Vorbildfunktion des Elternhauses sichtbar. Dies kann nach Sichler (2010) als erster ‚Konstruktionsschritt‘ einer berufsbiografischen Planung verstanden werden. Ein fester Orientierungsrahmen hinsichtlich Werten sowie sozialen und wirtschaftlichen Zielen ermöglicht dabei erst eine planungssichere Entscheidungsfähigkeit hinsichtlich späterer Berufsvorstellungen

(Sichler, 2010). Die Studierenden fühlen sich dann gestärkt in ihrem späteren Berufswunsch, Hausarzt zu werden, wenn sie Erfahrungen in der elterlichen Hausarztpraxis gesammelt haben oder mit einem praxisverbundenen Erfahrungsschatz (bspw. Praktika, erlernter Gesundheitsberuf) das Studium beginnen. Gerade diese Studierenden haben gefestigtere und berufsperspektivisch recht ausformulierte Erwartungen an das Studium sowie die spätere ärztliche Tätigkeit, da sie bereits einen deutlich größeren Erfahrungsschatz mitbringen. Dabei spielt auch eine Rolle, wo die Befragten aufgewachsen sind und wie fest verankert sie sich mit ihrer heimatlichen Umgebung gegenüber zeigen. Dies bestätigt sich bspw. in den Studien von Eley et al. (2015) sowie Heinz und Jacob (2012) die ebenfalls darstellten, dass Studierende, die auf dem Land aufwachsen, perspektivisch eher dazu neigen sich auch wieder als Landarzt nieder zu lassen. So haben insbesondere diejenigen der befragten Studierenden die die Übernahme der elterliche Hausarztpraxis erwägen, eine ausgeprägte Heimatverbundenheit formuliert - bei gleichzeitiger Wahrnehmung der zunehmenden ‚Landflucht‘ - und dem Wunsch ihre vertraute Region zu unterstützen und nach dem Studium zurück zu kehren. Demzufolge kann die „Klasse Allgemeinmedizin“ in Bewerbungssprachen den Parameter ‚ländliche Verbundenheit‘ durchaus als wichtiges Auswahlkriterium verstehen.

Für die befragten Studierenden ist die Aussicht auf einen sicheren Arbeitsplatz in der heutigen Gesellschaft sehr wichtig und wurde in den Interviews immer wieder thematisiert. Dies erwächst zum Teil aus einer unattraktiv gewordenen Lebenssituation oder aus dem subjektiven Streben nach einer weiteren beruflichen Qualifikation. Durch den in den Medien immer wieder thematisierten Ärztemangel und die allmähliche Stärkung der Allgemeinmedizin durch politisch geförderte Maßnahmen in den letzten Jahren (Dale et al., 2015; Eley et al., 2015; Schmacke, 2010), wird eine Niederlassung als Hausarzt wieder attraktiver, was sich auch in den Aussagen der befragten Studierenden widerspiegelt – die monetären Anreize und die Aussicht auf Nutzung vorteilhafter Rahmenbedingungen spielen auch in dieser Arbeit bei den befragten Studierenden eine große Rolle bei der Facharztwahl.

Darüber hinaus fühlen sich Studierende vom Lehrprojekt angesprochen, die eine praxisbezogene Ausbildung von Anbeginn des Studiums suchen, sich gleichzeitig an einem so frühen Zeitpunkt im Studium aber noch nicht auf ein Fachgebiet festlegen möchten. Der fehlende Praxisbezug im Medizinstudium wurde u.a. auch im ‚Masterplan Medizinstudium 2020‘ (Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. Hartmannbund, 2016) bemängelt. Demnach soll nicht nur das frühzeitige und kontinuierliche Lernen am Patienten, sondern auch die ambulante Versorgung stärker in das Curriculum eingebaut werden. Die „Klasse Allgemeinmedizin“ setzt genau an dieser Stelle an. So war durch die befragten Studierenden immer wieder betont worden, dass das Lehrprojekt durch die vielen Praxisbezüge zu einer besseren Ausbildung bereits frühzeitig im Studium beiträgt. Die Steigerung und positive Wahrnehmung der eigenen

Fähigkeiten durch klinische Praxis wurde u.a. auch in Studien von Westermann et al. (2018) oder Barthen et al. (2018) belegt.

Das erklärte Ziel der „Klasse Allgemeinmedizin“ junge Menschen für das Fachgebiet während des Studiums neu zu werben und zu begeistern, um neue Haus- bzw. Landärzte zu generieren (Langosch et al., 2012) wird insbesondere auch durch das eng geführte Auswahlverfahren mit dem Hauptfokus auf Landarztstätigkeit und frühe Festlegung der Fachspezialisierung nur zum Teil erreicht. Dies spiegelt sich auch in der Literatur wider, da u.a. eine Studie von Deutsch et. al (2014) ergab, dass insgesamt nur sehr wenige Studierende zu Beginn des Medizinstudiums planen, Allgemeinmediziner zu werden (4,7% der Befragten). Ob daher eine frühzeitige Festlegung auf ein Fachgebiet ein sinnvolles Auswahlkriterium für ein Projektangebot ist, muss aufgrund der vorliegenden Literaturbefunde kontrovers diskutiert werden. Wie nachhaltig die „Klasse Allgemeinmedizin“ sein kann und wie viele der befragten Studierenden sich am Ende tatsächlich durch die Teilnahme am Projekt für den Hausarztberuf entscheiden, kann mit dieser Arbeit nicht beantwortet werden.

5.2 Bedeutung der prospektiven Identitätsarbeit

5.2.1 Die Prägekraft hausärztlicher Mentoren und Dozenten (individuelle Professionalisierung)

Es zeigt sich in vorliegender Studie, dass sich die Internalisierung des ‚gelebten Berufsverständnisses‘, der Aufgaben und Berufsrolle des Hausarztes bereits zu Beginn des Medizinstudiums positiv auf die Herausbildung der Facharztorientierung orientiert. Insbesondere die ersten Praxiserfahrungen beim hausärztlichen Mentor und den hausärztlich tätigen Dozenten in den Seminaren haben einen positiven Einfluss auf die Herausbildung einer berufsbiografischen Planungsperspektive in der Allgemeinmedizin. Diese Befunde werden in zahlreichen Studien belegt (Eley et al., 2015; Meli et al., 2014). So kann sich eine positive Grundhaltung der Mentoren zu ihrem Fachgebiet bereits frühzeitig auf die Studierenden auswirken, indem sie die geleistete engagierte Arbeit, das breite Aufgabenspektrum und die Vielfältigkeit im Praxisalltag bei gleichzeitiger ganzheitlicher und zeitlich langgestreckter Patientenbetreuung erleben. Studien zu allgemeinmedizinischen Blockpraktika (Dunker-Schmidt et al., 2009; Schäfer et al., 2009) oder zum Praktischen Jahr (Böhme et al., 2013) belegen, dass die Grundsteine für eine stärkere Identifikation mit dem hausärztlichen Berufsbild durch einen engeren Praxiskontakt gelegt und damit ein hausärztliches Selbstverständnis entwickelt wird.

Nach Nittel (2004) schließt diese *individuelle Professionalisierung* neben einem persönlichen Reifeprozess auch den fachlichen Wissenszuwachs mit ein und legt damit den Grundstein zur Bildung einer berufsbiografischen Basisposition. So kann mit dem Datenmaterial gezeigt werden, dass sich fachspezifische Kompetenzen durch die regelmäßige Teilnahme an den Seminaren und im Praxisalltag bei den Mentoren erlernen lassen und somit berufstypische Tätigkeiten und

Arbeitsabläufe internalisiert werden. Praktisches und theoretisches Wissen wird somit verknüpft und dieses dadurch entstandene „Arbeitsprozesswissen“, wie Rauner (2004) beschreibt, für die Entwicklung einer (vor-) beruflichen Identität verwendet. So können zudem realistischere Vorstellungen und Erwartungen vom späteren Arbeitsleben erworben werden.

In einer qualitativen Studie von Barth et al. (2017) wurde ein Ausbildungskonzept in Dillingen (AKADemie) beleuchtet, welches sich durch ein integriertes Konzept im Praktischen Jahr Allgemeinmedizin mit stärkerer landärztlicher Ausprägung auszeichnet. Auch hier zeigten sich ob des fortgeschrittenen Studienverlaufs unter den befragten Studierenden Unsicherheiten bezüglich der endgültigen Facharztwahl für Allgemeinmedizin. Jedoch ließ sich ein deutlich positiver Einfluss von motivierten Lehrenden auf den späteren Berufswunsch der Studierenden herausarbeiten und dem gegenüber auch zeigen, dass die Berufswahl oftmals schon vor Beginn des Praktischen Jahres feststeht – ein Punkt an dem die „Klasse Allgemeinmedizin“ bereits von Beginn des Studiums an ansetzt. Miebach (2014) betont, dass die Entwicklung beruflicher Identität und der damit verbundenen Rollengestaltung und -übernahme durch die Übernahme von verantwortungsvollen Aufgaben eine Identifikation mit dem Berufsbild stärken kann. Die Datenauswertung verdeutlicht jedoch auch, dass zwei Studierende starke Zweifel gegenüber dem Hausarztberuf entwickelt haben, weil sie die praktische Ausbildung bei ihren hausärztlichen Mentoren als unstrukturiert und den Mentor selbst als überfordert erlebt haben.

5.2.2 Die Prägestalt des festen Klassenverbandes (kollektive Professionalisierung)

Durch den Kollektivcharakter des Klassenverbandes entsteht ein vertrauter Rahmen für den fachlichen und innerstudentischen Austausch während des Semesters. Das Zugehörigkeitsgefühl zur Gruppe und die Exklusivität durch die explizite Auswahl der Studenten für das Projekt trägt ebenfalls zur Steigerung der Herausbildung einer Hausarztidentität bei. Gerade für Studierende direkt nach dem Abitur, bildet der feste Klassenverband meist eine Brücke zwischen Schule und universitärer Lehre. Die Erfahrungen des Einzelnen während der Praxistage, sei es mit dem Mentor, den Patienten, dem Pflegepersonal (bspw. Arzthelfer/innen, Praxismanager/innen etc.) oder den Praxisabläufen generell, werden im Gruppenverband hinterher besprochen und analysiert. Diese Ergebnisse lassen sich auch in aktueller Literatur wiederfinden: Durch diese interaktive Kommunikation wird die *soziale Kompetenz* des Einzelnen geschult (Hundertmark et al., 2018; Lang-von Wins und Triebel, 2012), indem bestimmte Qualifikationen erworben werden, wie Kritik- und Konfliktfähigkeit, Kommunikation mit Anderen oder die Fähigkeit zur Selbstreflexion (Hof, 2002). Erpenbeck (2002) beschreibt, dass durch das Lernen im Klassenverband die erlernten Qualifikationen innerhalb der Gruppe verglichen und mit den eigenen biografisch begründeten Wertvorstellungen in Bezug gesetzt und damit letztendlich die *Aktivitäts- bzw. Umsetzungskompetenz* des Einzelnen geschult werden. Hier findet sich auch das theoretische Konzept der Rollendistanz von Erving Goffman wieder – eine bestimmte

(berufliche) Rolle zu erfassen und handlungssicher auszufüllen vermag ein tieferes Verständnis der eigenen Identität hervorrufen (Vester, 2010). Durch die Übernahme von Tätigkeiten in der Hausarztpraxis des hausärztlichen Mentors und des nachfolgenden Besprechens im Klassenverband nehmen die Studierenden eine ärztliche Rolle ein und versuchen im Sinne dieser zu handeln und Situationen für sich selbst zu bewerten. Das Einnehmen ärztlicher Rollen wurde auch in einer aktuellen Studie von Pippel et al. (2018) untersucht, wo sich zeigte, dass die Rollenwahrnehmung und -entwicklung einen longitudinalen Verlauf benötigt und sich nicht durch einzelne Interventionen allein herausbildet. Bereits die frühzeitige und über das gesamte Studium stattfindende Wissensvermittlung und Kompetenzentwicklung ist ein Erfolg der „Klasse Allgemeinmedizin“, welcher nachhaltig auch in den folgenden Semestern die frühe, praxisnahe und gezielt geförderte Wahrnehmung des Hausarztberufes verspricht.

Dennoch gab es auch einige wenige Stimmen, welche das Lernen im Klassenverband auf eine andere Facharzttrichtung hin durchaus interessant gefunden hätten. Somit ist die Exklusivität der „Klasse Allgemeinmedizin“ zwar nicht gänzlich in Frage zu stellen, aber zu überlegen, wie nachhaltig das Projekt perspektivisch sein kann, wenn andere Fachrichtungen für die befragten Studierenden ebenso attraktiv erscheinen.

5.3 Transferleistungen der Identitätsarbeit

Die Herausforderung hinsichtlich der Transferleistung der Identitätsarbeit (als ein zusätzlicher wichtiger Schritt der *individuellen* und *kollektiven Professionalisierung*) liegt darin, das Aufeinandertreffen lebensgeschichtlicher Erfahrungen und ganz persönlichen berufsbiografischen Planungsvorstellungen der Studierenden mit erwarteten ‚Spannungsfeldern‘ des Berufsbildes kontinuierlich und über die gesamte Zeit des Lehrprojekts im Sinne einer Zusammenführung der unterschiedlichen Bausteine der Berufsidentität zu bearbeiten – dies als dritter und entscheidender ‚Konstruktionsschritt‘ eines nachhaltigen gelebten hausärztlichen Selbstverständnisses. Eine Teilnahme an der „Klasse Allgemeinmedizin“ birgt für die befragten Studierenden nicht nur eine fachliche Bereicherung, sondern auch einen Orientierungsrahmen frühzeitig im Studium, der auf (berufs-) biografischen Vorerfahrungen oder auch strategischen Überlegungen (beruflicher Gestaltungsrahmen, monetäre Motive oder die Suche nach einer fachpraktischen Zusatzausbildung im Medizinstudium) fußt. Sieht man sich Studien zur Berufszufriedenheit von Hausärzten an, werden Faktoren wie enge Patientenbetreuung, sozialer Status sowie eine positive ‚work-life-balance‘ im Vergleich zur Klinikstätigkeit immer wieder genannt (Schäfer et al., 2008; Steinhäuser et al., 2011). Dies deckt sich mit den Ergebnissen vorgelegter Arbeit. Die Aussicht auf eine zeitliche und arbeitsinhaltliche Selbstbestimmung macht die spätere Tätigkeit als Hausarzt für die Bewerber des Lehrprojekts so attraktiv. Die Aussicht einer planbaren ‚work-life-balance‘ spielt bei den Teilnehmern der „Klasse Allgemeinmedizin“ eine immer größere Rolle. Dabei ist nicht nur das Familienleben im engeren

Sinne gemeint, sondern auch zahlreichere Möglichkeiten der Freizeitgestaltung auch in Single-Haushalten. Was dem Wunsch von Klinikärzten nach Teilzeitarbeitsplätzen entspricht, ist die von den befragten Studierenden erwartete freiere Arbeitszeiteinteilung und Möglichkeit der Selbstverwirklichung ohne ausgeprägte hierarchische Strukturen in der Praxis. Dies ist insofern interessant, als dass zahlreiche Studien zu Studentenbefragungen existieren, welche die Allgemeinmedizin meist mit hohen Arbeitsvolumina und -intensitäten sowie einer wenig abwechslungsreichen Tätigkeit verbinden (Barth et al., 2017; Barthen und Gerlinger, 2016; Heinz und Jacob, 2012). Doch gerade Studierende mit einer hausärztlichen Vorprägung durch das Elternhaus oder eigenen berufspraktischen Erfahrungen nehmen die Allgemeinmedizin in den Interviews grundsätzlich positiver wahr. Auch in der Institution Klinik findet allmählich ein Umdenken statt, die Arbeitnehmer der sogenannten ‚Generation Y‘, die ab 1986 geboren wurden, haben eine andere Arbeitseinstellung als ältere Arbeitnehmer, bei denen die ‚work-life-balance‘, Anerkennung der Arbeit und Flexibilität eine deutlich größere Rolle einnehmen (Alscher, 2015). Ein Umdenken hat innerhalb der Gesellschaft begonnen, dem Arbeitgeber aufgrund alter hierarchischer Strukturen aktuell (noch) nicht immer entsprechen können, was die Allgemeinmedizin für die befragten Studierenden umso attraktiver macht.

5.4 Adjustierung des Bewerbungsverfahrens

Durch das Bewerbungsverfahren zur Auswahl der Teilnehmer sollen allgemeinmedizinisch motivierte und engagierte Studierende ausgewählt werden (Steger et al., 2012), welche für das Projekt besonders geeignet erscheinen. Da viele Befragte das Bewerbungsverfahren, insbesondere das Bewerbungsgespräch, als sehr vorhersehbar und damit manipulierbar einstufen, wurden jedoch meist erwünschte Antworten gegeben, welche zum Teil ein verzerrtes Bild der eigentlichen Motivation abgaben. Studierende, welche ein Medizinstudium vor dem Hintergrund einer späteren elterlichen Praxisübernahme begannen, haben sich ebenso für die „Klasse Allgemeinmedizin“ beworben, wie Studierende, welche in der Einführungswoche der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg erst auf das Projekt aufmerksam gemacht wurden. Zudem war die Bewerberzahl für die erste „Klasse Allgemeinmedizin“ mit vierzig Personen nicht so hoch gewesen, wie möglicherweise vorher erwartet, sodass die Auswahl der zwanzig Studierenden bereits dadurch limitiert wurde.

Das Ziel der „Klasse Allgemeinmedizin“ – der Rekrutierung von Landärzten (Langosch et al., 2012) sollte daher insgesamt eine geringere Rolle einnehmen, sondern sich mehr auf die Ausbildung von Hausärzten verlagern. Die unterschiedlichen Gründe für eine Teilnahme lassen dabei schon Rückschlüsse hinsichtlich der mehr oder weniger ausgeprägten Eigenmotivation oder des Durchhaltevermögens im Projekt zu bleiben zu. So haben sich einige Studierende nur aufgrund des medienwirksamen (Land-) Ärztemangels beworben und erhoffen sich mit einer Teilnahme mögliche spätere Erleichterungen für den Arbeitseinstieg. Andere sehen in der „Klasse

Allgemeinmedizin“ nicht mehr als eine willkommene Abwechslung im wenig praxisbezogenen Studienalltag – die Auswahlgenauigkeit hinsichtlich wirklich allgemeinmedizinisch interessierten Studierenden ist mit dem angewandten Bewerbungsverfahren nicht gut abgebildet und sollte unbedingt verbessert werden. Dies korreliert auch mit den Zahlen, dass über die Hälfte der anfänglichen Teilnehmer über das Studium hinweg aus der „Klasse Allgemeinmedizin“ ausgeschieden sind. Eine genauere Evaluation über die Gründe wäre jedoch durchaus interessant und sinnvoll, um möglicherweise das Bewerbungsverfahren für kommende Projekte genauer zu spezifizieren. Eine mögliche Option in der Verbesserung des Bewerbungsverfahrens kann der höhere Stellenwert der biografischen Herkunft des Einzelnen erhalten, um persönlichen Motivationsfaktoren genauer zu erfassen.

Mittlerweile wird die „Klasse Allgemeinmedizin“ auch für Studierende des 1. klinischen Fachsemesters angeboten, um eine Teilnahme auch für Interessierte zu ermöglichen, deren allgemeinmedizinisches Interesse sich erst im Studienverlauf herausbildet – ein Umstand der mit Sicherheit zur Nachhaltigkeit des Projekts entscheidend beiträgt.

5.5 Optimierungspotential für die Weiterentwicklung der „Klasse Allgemeinmedizin“

Der inhaltliche Schwerpunkt des Lehrprojekts „Klasse Allgemeinmedizin“ liegt hauptsächlich auf der Vermittlung von medizinischem Fachwissen, Lehrinhalte rund um das Thema „Praxismanagement“ haben nachgeordnete Bedeutung. Damit entspricht die Ausrichtung der Lehrinhalte letztlich den Erwartungen, die Medizinstudierende an ein solches Lehrprojekt, wie dies der „Klasse Allgemeinmedizin“ stellen (Barthen et al. 2018).

Für die Nachhaltigkeit des Lehrprojekts und Qualitätssicherung des fachpraktischen Fertigkeiten- und Kommunikationstrainings ist jedoch anzuraten, dass alle Lehr- und Lerninhalte in einem Praxiscurriculum verbindlich verankert sind. Dies würde als Theorie-Praxis-Brücke einen Qualitätsstandard in der Ausbildung setzen, wie auch in Studien von Epstein et al. (2018) und Hundertmark et al. (2018) eruiert wurde. Die verbindliche Festschreibung fachpraktischer Lehr- und Lernziele würde nicht nur die Homogenität des Mentorings sichern, sondern gleichzeitig auch die hausärztlich tätigen Mentoren und Dozenten in der Planung sowie Strukturierung des Lernraums ‚Hausarztpraxis‘ entlasten. Dies erscheint umso wichtiger, da Mentoren und Dozenten oftmals nicht auf fachdidaktische und pädagogische Grundkenntnisse zur Gestaltung von Lernsituationen verfügen, wie in den Interviews zur Sprache kam. In diesem Zusammenhang sei anzuraten, dass die Mentoren und Dozenten die vorbenannten methodisch-didaktischen Grundkenntnisse im Rahmen von Fortbildungen erlernen und zudem die Chance erhalten, über eine Evaluation der fachpraktischen Ausbildung die Lernsituationen zu adjustieren. Unplanmäßige Lehre ohne Lernziele macht eine Selbstevaluation der Lehrenden und Lernenden unmöglich und gefährdet somit die (intrinsische) Zielorientierung der Lehrenden und Lernenden

und damit den insgesamten Erfolg des Lehrprojekts (Barthen et al., 2018; Westermann et al. 2018).

Damit einhergehend sollten die unterschiedlichen Voraussetzungen der Studierenden in einem Praxiscurriculum aufgegriffen werden, um sie über einheitlich vermittelte Lehrinhalte in einer homogenen Ausbildung gemeinsam auf eine (fachinhaltlich-gemeinsame) ‚Startlinie‘ für die Ausübung des Hausarztberufes zu setzen. Durch diesen Erwerb von fachspezifischen Kompetenzen bekommen die Studierenden ein besseres ‚Rüstzeug‘ für den späteren Hausarztberuf. Denn eine ungenügende Anwendung des theoretischen Basiswissens wurde bspw. in der Studie von Schneider et al. (2016) bei Berufsanfängern bemängelt. Ein dezidiertes Praxiscurriculum mit Lernzielorientierung würde daher nicht nur eine einheitliche Ausbildung der Studierenden sichern, sondern gleichzeitig eine formative und summative Evaluation des Lernerfolgs ermöglichen: Klar formulierte Lernziele stellen für Lehrende und Lernende gleichermaßen Evaluations-/Messkriterien der Kompetenz (Wissensbasis) und Performanz (handlungspraktische Umsetzung des Gelernten) dar (Lang-von Wins und Triebel, 2012). So lässt sich die Fachkompetenz in Lehr-, Lern- und Evaluationszielen beschreiben – dies mit besonderem Blick auf evidenzbasiertes Fachwissen, Methoden- und Beurteilungskompetenz sowie die personale Kompetenz wie v.a. Reflexivität, Kommunikation, Führungsstil, Teamfähigkeit (Epstein et al., 2018; Hundertmark et al., 2018; Westermann et al., 2018).

Auch eine Kooperation hinsichtlich der integrativen Versorgung und Lernen von anderen, in der Praxis arbeitenden Personen (bspw. speziell geschultes Pflegepersonal wie VERAH, Arzthelfer/innen oder Praxismanager/innen) spielt im Ausbildungskonzept der „Klasse Allgemeinmedizin“ keine Rolle und offenbart damit durchaus noch Verbesserungspotential, um die Hausarztztätigkeit in ihrer Gesamtheit besser zu erfassen und Praxisabläufe zu verstehen.

5.6 Limitationen und Stärken der Studie

Als Limitation dieser Studie ist ein Selektionsbias im Hinblick auf allgemeinmedizinisch motivierte Studierende zu erwarten, die sich für die Teilnahme an der „Klasse Allgemeinmedizin“ entschieden haben. Die Aussagen vorgelegter Studie sind nicht verallgemeinerbar und beziehen sich lediglich auf die 1. Kohorte des Modellprojekts an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Da die Studierenden über die engmaschige Gesamtevaluation des Modellprojekts Bescheid wussten, ist es möglich, dass eher sozial erwünschte und positiv konnotierte Antworten gegeben wurden. Zudem wurden die Interviews in der Studieneinmündungsphase geführt, als sich die Studierenden am Ende des 1. bzw. Anfang des 2. Semesters des vorklinischen Studienabschnittes befanden. Zu diesem Zeitpunkt hatten zwar die ersten Praxistage und Seminare sowie Fallvorstellungen bereits stattgefunden, jedoch war der Erfahrungsschatz der Studierenden noch recht klein, so dass die vorgelegten Ergebnisse tatsächlich nur Auskunft über den zeitlich begrenzten Abschnitt der Studieneinmündungsphase geben können, nicht jedoch als

prädiktiv für den Gesamtverlauf des Lehrprojekts gesehen werden können. Eine zweite Befragung nach Beendigung des vorklinischen Studienabschnittes oder am Ende des Studiums – im Charakter einer Verlaufsstudie – wäre aussagkräftiger, hätte jedoch den Rahmen dieser Arbeit bei Weitem überschritten und wurde daher nicht mit einbezogen.

Durch den frühen Befragungszeitpunkt ist es jedoch in der Auswertung der Interviews mitunter zu Schwierigkeiten gekommen, das hausärztliche vom landärztlichen Selbstverständnis zu trennen. Die befragten Studierenden waren vor dem Hintergrund ihres angegebenen Erfahrungshorizontes zu einem so frühen Zeitpunkt im Studium nicht in der Lage dies für sich selbst zu differenzieren. Daher bleibt es in der Auswertung fraglich, ob die „Klasse Allgemeinmedizin“ zu einer Verpflichtung zur Versorgung einer Region werden darf oder besser als ‚Wegbereiter‘ zum Hausarztberuf dienlich sein kann, dabei unabhängig von der Besiedelungsgröße (Dorf, Stadt oder Großstadt), in welcher sich eine Hausarztpraxis befindet.

Die Anwendung der erläuterten qualitativen Forschungsmethoden erlauben einen tieferen Einblick in (berufs-) biografische Planungsvorstellungen der einzelnen Studierenden, können jedoch aufgrund der geringen Fallzahl (n=20) nicht mit quantitativen Methoden (= statistisch) dargestellt werden. Durch die regelmäßige Teilnahme an Doktorandenkolloquien des Instituts für Allgemeinmedizin, denen auch befragte Studierende dieser Studie beigewohnt haben, ist eine Spiegelung der Ergebnisse mit den Interviewten möglich gewesen und erlaubte somit eine breitere Erfassung des Datenmaterials.

6 Zusammenfassung

Die aktuelle Situation der Allgemeinmedizin in Deutschland sieht sich in einer Umbruchphase. Durch das in den nächsten Jahren zu erwartende altersbedingte Ausscheiden von zahlreichen aktuell noch tätigen Hausärzten, ist in naher Zukunft mit einem ausgeprägten Engpass in der Primärversorgung zu rechnen. Vor allem in strukturschwachen Regionen ist diese Entwicklung rasant. Gerade deshalb wurden in den letzten Jahren mehrere regional angepasste Projekte ins Leben gerufen. Eines davon ist die „Klasse Allgemeinmedizin“ des Instituts für Allgemeinmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, welche seit dem Wintersemester 2011/2012 existiert und bis dahin in Deutschland einmalig war. In diesem Projekt wurden zwanzig allgemeinmedizinisch-interessierte Studierende der Humanmedizin im 1. vorklinischen Semester durch ein Bewerbungsverfahren ausgewählt. Den Studierenden werden bereits frühzeitig praxisorientierte Inhalte vermittelt und das Fachgebiet Allgemeinmedizin schon von Beginn des Studiums an nähergebracht.

Wie diese frühzeitige Internalisierung einer Berufsidentität als Hausarzt abläuft und welche ‚Herstellungsprozesse‘ und biografischen Faktoren dabei eine Rolle spielen, wurde in der vorliegenden Arbeit untersucht. Dabei wurden einzelne ‚Konstruktionsschritte‘ aus der Biografie und erlebten Erfahrungen der Studierenden herausgearbeitet, ebenso wie die Kompetenzentwicklung sowie Rollenbildung und -übernahme einer Hausarztidentität beleuchtet. In den Ergebnissen lassen sich verschiedene Bausteine in der Herausbildung einer Berufsidentität als Hausarzt darstellen. Als erster ‚Konstruktionsschritt‘ findet sich die *retrospektive Identitätsarbeit*, wo erlebte Erfahrungen aus unterschiedlichen Bereichen des Lebens mit ersten berufspraktischen Erlebnissen im Lehrprojekt „Klasse Allgemeinmedizin“ verknüpft werden. Dadurch können sowohl positive als auch problematische Konstitutionsbedingungen für die Herausbildung einer beruflichen Identität als Hausarzt aufgezeigt werden. Es sind verschiedene Orientierungsrahmen über alle Interviews hinweg präsent: Berufsrollenvorbilder aus dem hausärztlich vorgeprägten Elternhaus oder der engeren Verwandtschaft, Erfahrungen durch eine vorherige Berufsausbildung, Praktika oder Freiwilligendienste sowie die Nutzung vorteilhafter Rahmenbedingungen des Projekts, beispielsweise aus einer unattraktiv gewordenen Lebenssituation heraus. Zudem wurden häufig Probleme in der Rollenfindung als Arzt thematisiert, welche durch die Teilnahme an der „Klasse Allgemeinmedizin“ allmählich abgebaut wurden.

Als weiterer ‚Konstruktionsschritt‘ findet sich die *prospektive Identitätsarbeit*, bei der es sich um einen prospektiv-reflexiven Ordnungersuch aller bisherigen Lernerfahrungen handelt, auf der Grundlage einer berufsbiografischen Planungsperspektive in der Allgemeinmedizin. Die hierbei präsenten Orientierungsrahmen für die Herausbildung einer Berufsidentität als Hausarzt sind: die prägende Kraft hausärztlicher Mentoren (Praxis) und hausärztlich tätiger Dozenten (Theorie), die Prägestkraft des festen Klassenverbandes sowie strategische Gründe, die als

Entscheidungsmotivation dienen und sich als langfristig abgesicherte berufsbiografische Perspektive darstellen. Die Kompetenzentwicklung und Identifikation mit der Übernahme der beruflichen Rolle als Hausarzt wird durch die Teilnahme am Projekt gefördert, indem bereits frühzeitig allgemeinmedizinische Themen sowie ärztliche Vorbilder durch Mentoren und Dozenten präsent sind (individuelle Professionalisierung). Durch den festen Klassenverband und den regelmäßig stattfindenden engen Austausch mit gleichgesinnten Kommilitonen (kollektive Professionalisierung) werden persönliche Kompetenzen und die Entwicklung von Qualifikationen geschult.

Schließlich wurden als letzter ‚Konstruktionsschritt‘ *Transferleistungen der Identitätsarbeit* herausgefiltert, wo Erfahrungen aus der „Klasse Allgemeinmedizin“ auf antizipierte ‚Spannungsfelder‘ des Berufsbildes Hausarzt oder vermutete bzw. auch erwartete biografische Gestaltungsräume übertragen werden. Diese Prozesse dienen der Identitätsentwicklung, indem die Selbsteinschätzung eigener beruflicher und persönlicher Stärken reflektiert und Vertrauen in das eigene allgemeinmedizinische Handeln bestärkt wird. Hierbei konnten neben der Bewertung des Erfolges der „Klasse Allgemeinmedizin“ in der Studieneinmündungsphase sowie persönlichen beruflichen Zukunftsvisionen der Studierenden auch wichtige Hinweise zur Optimierung des Bewerbungsverfahrens gewonnen werden. So zeigte sich, dass bereits in der Studieneinmündungsphase durch die unterschiedlichen biografischen Hintergründe nicht nur verschieden ausgeprägte berufliche Erfahrungen mit in die „Klasse Allgemeinmedizin“ hineingebracht werden, sondern auch die erlebten Erfahrungen ganz individuell hinsichtlich der späteren Facharztwahl bewertet wurden. Zudem konnte gezeigt werden, dass Studierende, welche auf dem Land aufgewachsen sind, auch später eher dazu neigen sich als Hausarzt in einer ländlichen Region nieder zu lassen. Dies ist als tief verwurzelte biografische Sinnquelle zu verstehen, denn ein Rückbesinnen auf die eigene Kindheit sowie persönliche Wertvorstellungen und Arbeitsbedingungen, lassen eine Tätigkeit auf dem Land wieder attraktiver erscheinen. Für alle interviewten Studenten ist eine zukünftige ausgewogene ‚work-life-balance‘ ausschlaggebend für die spätere Berufswahl. Die Allgemeinmedizin wird stark mit einer größeren Freiheit der Arbeitsplatzgestaltung sowie Arbeitszeiteinteilung assoziiert, wobei das zunächst deutlich höhere finanzielle Risiko mit einer Praxisgründung insgesamt weniger ins Gewicht fällt. Die Berufsidentität Hausarzt entwickelt sich demzufolge aus mehreren ‚Konstruktionsschritten‘, indem biografisch-verwurzelte Inhalte (u.a. Elternhaus, Berufserfahrungen, allgemeine Lebenssituation) neben erlernten fachspezifischen Qualifikationen und Kompetenzen miteinander in Beziehung gebracht werden. Durch die frühzeitige Vermittlung von allgemeinmedizinischen Inhalten sowie das Vorhandensein stets präsenter Orientierungsrahmen und Berufsrollenvorbilder innerhalb der „Klasse Allgemeinmedizin“, kann die Herausbildung einer Berufsidentität gefördert werden. Optimierungspotential wird in einer Überarbeitung des Praxiscurriculums und einer gezielten Mentorenausbildung gesehen, um künftig die Teilnahme

am Lehrprojekt für einzelne Studierende durch unmotivierte Lehrende nicht zu gefährden. Beim Bewerbungsverfahren lohnt ebenfalls eine Überarbeitung dahingehend, dass mehr Fokus auf den biografischen Hintergrund der Studierenden gelegt wird, um die persönlichen Motivationsfaktoren für eine spätere Hausarztztätigkeit genauer zu eruieren.

7 Literaturverzeichnis

Alscher M (2015) Generation Y und die Qualität in der Inneren Medizin – gibt es Lösungen für ein großes Dilemma? Deutsche Medizinische Wochenschrift 140:1693-1695.

Barth N, Linde K, Schneider A (2017) Niederlassungsmotive – Die Bereitschaft zur Niederlassung in eigener Praxis von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Das Gesundheitswesen 79:638-644.

Barth N, Storr C, Bechte U, Schelling J, Schneider A (2017) „Die sind hier Hausärzte mit Leib und Seele und das steckt an.“ Eine qualitative Vergleichsstudie des PJ-Modellprojekts „Ausbildungskonzept Allgemeinmedizin Dillingen“ (AKADemie). Zeitschrift für Allgemeinmedizin 93(2):68-72.

Barthen L, Gerlinger T (2016) Die hausärztliche Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt. Wahrnehmung, Beschreibung und Bewertung lokaler Versorgungsprobleme durch die Bürgermeister. Das Gesundheitswesen 78(10):645-650.

Barthen L, Ravens-Taeuber G, Paulitsch MA, Gerlach FM, Sennekamp M (2018) How can General Practice be incorporated longitudinally in medical studies? Students' views on the development of a new rural health program. GMS Journal for Medical Education 35(3):Doc42.

Beer R: Sozialisation als intersubjektiver Prozess: George Herbert Mead. In: Beer R (Hrsg): Erkenntniskritische Sozialisationstheorie. Kritik der sozialisierten Vernunft. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2007, S. 27-31.

Beuermann K, Schwantes U, Welke J, Rufer V (2010) Allgemeinmedizin im Wandel? Zeitschrift für Allgemeinmedizin 12:450-454.

Beyer M, Erler A, Gerlach F (2010) Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. 1. Grundlagen und internationale Modelle. Eine Darstellung anhand der Vorschläge des Sachverständigenrats Gesundheit. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 04:93-98.

Böhm A: Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg): Qualitative Forschung - Ein Handbuch. 9. Auflage, Rowohlt Verlag, Hamburg, 2012, S. 475-485.

Böhme K, Kotterer A, Simmenroth-Nayda A (2013) Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr – eine Lösung für Nachwuchsprobleme in der hausärztlichen Versorgung? Ergebnisse einer multizentrischen PJ-Evaluation. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 11:452-458.

Brockhaus – Die Enzyklopädie (1997): Bd. 10, F.A. Brockhaus, Leipzig und Mannheim.

Bundesärztekammer: Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse der Ärzttestatistik zum 31.12.2012.

Onlinequelle: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.1667.11372.11373> (letzter Aufruf 24.01.2015, 17:55)

Bundesärztekammer: Ärztestatistik 2016.

Onlinequelle: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/190280/umfrage/facharztanerkennungenn-in-deutschland-seit-2000> (letzter Aufruf am 31.10.2016, 9:00)

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V., Hartmannbund (2016) Offener Brief der Medizinstudierenden im Hartmannbund und der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland zum „Masterplan Medizinstudium 2020“.

Onlinequelle: <https://www.bvmd.de/unsere-arbeit/masterplan-medizinstudium-2020/was-ist-der-mm2020/> (Zugriff am 31.10.2018, 20:30)

Dale J, Potter R, Owen K, Parsons N, Realpe A, Leach J (2015) Retaining the general practitioner workforce in England: what matters to GPs? A cross-sectional study. *BMC Family Practice* 16:140.

Deutsch T, Lippmann S, Frese T, Sandholzer H (2014) Gewinnung hausärztlichen Nachwuchses – Zusammenhang zwischen praxisorientierter Lehre und Karriereentscheidung. *Das Gesundheitswesen* 76:26-31.

Donner-Banzhoff (2009) Die Zukunft der Primärversorgung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 85:234-239.

Dunbabin JS, McEwin K, Cameron I (2006) Postgraduate medical placements in rural areas: their impact on the rural medical workforce. *Rural Remote Health* 6(2):481-490.

Dunker-Schmidt C, Breetholt A, Gesenhues S (2009) Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin: 15 Jahre Erfahrung an der Universität Duisburg-Essen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 85(4):171-175.

Eley DS, Laurence C, Cloninger CR, Walters L (2015) Who attracts whom to rural general practice? Variation in temperament and character profiles of GP registrars across different vocational training pathways. *Rural Remote Health* 15:3426.

Epstein N, Huber J, Gartmeier M, Berberat PO, Reimer M, Fischer MR (2018) Untersuchung zum wissenschaftlichen Kompetenzerwerb im Medizinstudium und während der Promotion. *GMS Journal for Medical Education* 35(2):Doc20.

Erpenbeck J (2002) Kompetenz und Performanz im Bild moderner Selbstorganisationstheorie. 4. BIBB-Fachkongress (Deutsches Bundesinstitut für Berufsbildung „Berufsbildung für eine globale Gesellschaft Perspektiven im 21. Jahrhundert“.

Erpenbeck J, von Rosenstiel L: *Handbuch Kompetenzmessung*. 2. Auflage, Schäffer-Pöschel Verlag, 2007, S. XI-XXI.

Feuerstein Th (2008) Entwicklung des Durchschnittsalters von Studierenden und Absolventen an deutschen Hochschulen seit 2000. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Flick U: Design und Prozess qualitativer Forschung. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg): *Qualitative Forschung - Ein Handbuch*. 9. Auflage, Rowohlt Verlag, Hamburg, 2012, S. 252-265.

Glaser B, Strauss A: Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. 2. korrigierte Auflage Huber Verlag, Bern, 2005, S. 37-172.

Goetz K, Musselmann B, Szecsenyi J, Joos S (2013) The Influence of Workload and Health Behavior on Job Satisfaction of General Practitioners. Journal of Family Medicine 45(2):95-101.

Hartmannbund (2012) Der Arztberuf von Morgen.

Onlinequelle: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/233926/umfrage/bevorzugter-ort-einer-niederlassung-von-medizinstudenten/> (letzter Zugriff am 31.10.2016, 9:00)

Hartmannbund (2016) Blitzumfrage Masterplan Medizinstudium 2020.

Onlinequelle: <http://www.hartmannbund.de/berufspolitik/informationen/umfragen/blitzumfrage-masterplan-medizinstudium-2020-ergebnisse/> (letzter Zugriff am 01.11.2018, 21:15)

Hartmannbund (2017) Studierendenbefragung.

Onlinequelle:

http://www.hartmannbund.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Landesverbaende/Baden-Wuerttemberg/2017-07-20_TK-HB_Studierendenbefragung.pdf (letzter Zugriff am 08.01.2018, 19:30)

Hegner V (2013) Vom Feld verführt: methodische Gratwanderungen in der Ethnografie. Forum Qualitative Sozialforschung, Volume 2013, Art. 19, 14(3).

Heinz A, Jacob R (2012) Medizinstudenten und ihre Berufsperspektiven. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Springer Verlag, 55:245-253.

Hildenbrand B: Anselm Strauss. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg): Qualitative Forschung - Ein Handbuch. 9. Auflage, Rowohlt Verlag, Hamburg, 2012, S. 32-42.

Hitzler, R: Goffmans Perspektive: Notizen zum dramatologischen Ansatz. In: Sozialwissenschaftliche Informationen, 1991, 20(4), S. 276-281.

Hof C: (Wie) lassen sich soziale Kompetenzen bewerten? In: Clement U, Arnold A (Hrsg.) Kompetenzentwicklung in der beruflichen Bildung. Springer Fachmedien, Wiesbaden, 2002, S. 153-166.

Hundertmark J, Apondo SK, Schultz JH (2018) Integrating teaching into routine outpatient care: The design and evaluation of an ambulatory training concept (HeiSA). GMS Journal for Medical Education 35(1):Doc1.

Jacob R, Heinz A, Müller C-H: Berufsmonitoring Medizinstudenten 2010. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2010.

Joas H (Hrsg.): George Herbert Mead. Gesammelte Aufsätze. Band 1, 1. Auflage, Suhrkamp taschenbuch wissenschaft 678, 1987, S. 232-249.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010) Berufsmonitoring Medizinstudenten.

Onlinequelle: <http://www.kbv.de/html/5724.php> (letzter Zugriff am 31.10.2016, 10:00)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014) Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung.
Onlinequelle: http://www.kbv.de/media/sp/2015_04_08_Berufsmonitoring_2014_web.pdf
(letzter Zugriff am 08.01.2018, 20:13)

Keupp H: Der Herstellungsprozess von Identität. Identitätskonstruktionen. 2. Auflage, Reinbeck Verlag, Hamburg, 2002, S. 190-214.

Keupp H, Ahbe T, Gmür W, Höfer R, Mitzscherlich B, Kraus W, Straus F: Identitätskonstruktionen: Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. 4. Auflage, Rowohlt Verlag, Hamburg, 1999, S. 189-271.

Kopetsch TH: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus. Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung. 5. Auflage, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin, 2010.

Lamnek S: Qualitative Sozialforschung. Band 1: Methodologie. Psychologische Verlags Union, München, 1988, S. 151-153.

Lang-von Wins T, Triebel C: Karriereberatung. Coachingmethoden für eine kompetenzorientierte Laufbahnberatung. 2. Auflage, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2012, S. 35-56.

Langosch C, Onnasch J-F, Steger T, Klement A, Grundke S (2012) Die "Klasse Allgemeinmedizin" im vorklinischen Studienabschnitt: Didaktischer Aufbau, Lehrziele und Umsetzung. Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, 29(5).

Laven G, Wilkinson D (2003) Rural doctors and rural backgrounds: how strong is the evidence? A systematic review. Australian Journal of Rural Health, 11(6):277-284.

Marx G, Wollny A (2010) Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. Teil 3: Das narrative Interview als Methode der Datenerhebung. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2010, 09:331-336.

Meinel H: Berufsidealität Hausarzt – Eine qualitative Studie zum Modellprojekt „Klasse Allgemeinmedizin“ der Sektion Allgemeinmedizin an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. In: Detka C (Hrsg): Qualitative Gesundheitsforschung: Beispiele aus der interdisziplinären Forschungspraxis. Opladen: Budrich, 2016, S. 205-220.

Meli DN, Ng A, Singer S, Frey P, Schaufelberger M (2014) General practitioner teachers' job satisfaction and their medical students' wish to join the field - a correlational study. BMC Family Practice, 24:15-50.

Meuser M, Nagel U: Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel S, Pickel G, Lauth H-J, Jahn D (Hrsg.): Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Springer Verlag, Wiesbaden, 2009, S. 465-479.

Miebach B (2014) Soziologische Handlungstheorie. Eine Einführung. 4. Auflage, Springer Verlag Fachmedien, Wiesbaden, S. 101-135.

Nittel D (2004) Die „Veralltäglicung“ pädagogischen Wissens – im Horizont von Profession, Professionalisierung und Professionalität. Zeitschrift für Pädagogik 50:342-357.

Nittel D, Seltrecht A (2008) Der Pfad der „individuellen Professionalisierung“. Ein Beitrag zur kritisch-konstruktiven erziehungswissenschaftlichen Berufsgruppenforschung. Fritz Schütze zum 65. Geburtstag. BIOS – Zeitschrift für Biographieforschung, Oral History und Lebensverlaufsanalysen 21(1):124-145.

Pippel E, Narciß E, Obertacke U, Strohmeyer R, Schüttpelz-Brauns K (2018) Adressieren von ärztlichen Rollen in einem kompetenzorientierten Lehrformat: Nehmen Studierende diese wahr? GMS Journal for Medical Education 35(3):Doc3.

Quart J, Deutsch T, Carmienke S, Döpfner S, Frese T (2018) Willingness to commute among future physicians: a multicenter cross-sectional survey of German medical students. Journal of Occupational Medicine and Toxicology, 29;13:17.

Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Santana AJ (2013) Retention of rural family physicians after 20-25 years: outcomes of a comprehensive medical school rural program. Journal of the American Board of Family Medicine, 26(1):24-27.

Rauner, F (2004) Praktisches Wissen und berufliche Handlungskompetenz. Universität Bremen, Institut Technik und Bildung (ITB) (Ed.) (ITB-Forschungsberichte 14)

Reim Th: Auf der Suche nach biografischen Passungsverhältnissen – die Prozessierung durch Möglichkeitsstrukturen anstelle biografischer Arbeit. In: Nittel D, Marotzki W (Hrsg): Berufslaufbahn und biografische Lernstrategie. Schneider-Verlag, Hohengehren, 1997, S. 175-212.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2010) Sondergutachten 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Bundesministerium für Gesundheit, Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Schäfer H-M, Becker A, Krentz H, Reisinger E (2008) Wie zufrieden sind Hausärzte im Nordosten Deutschlands mit ihrem Beruf? – Ein Survey zur Berufszufriedenheit von Allgemeinärzten in Mecklenburg-Vorpommern. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 102:113-116.

Schäfer H-M, Sennekamp M, Güthlin C, Krentz H, Gerlach F (2009) Kann das Blockpraktikum Allgemeinmedizin zum Beruf des Hausarztes motivieren? Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 05:206-209.

Schmacke N (2013) Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland. Potenziale für eine angemessene Versorgung. Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, S. 32ff.

Schmacke N (2010) Das Ansehen der Allgemeinmedizin. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 03:113-115.

Schneider A (2015) Versorgungsforschung in der Allgemeinmedizin – eine bayerische Perspektive. *Das Gesundheitswesen*, 77:213-218.

Schneider A, Karsch-Völk M, Rupp A, Fischer M, Drexler H, Schelling J, Berberat P (2013) Determinanten für eine hausärztliche Berufswahl unter Studierenden der Medizin: Eine Umfrage an drei bayerischen Medizinischen Fakultäten. *Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 30(4): Doc45.

Schneider D, Ross M, Steinhäuser J (2016) Mit welchem Kompetenzniveau kommen Berufsanfänger im Beruf an? – Eine Befragung von Weiterbildungsbefugten in Bayern. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 115-116:79-84.

Schütze F: Prozessstrukturen des Lebenslaufs. In: Matthes J, Pfeifenberger A, Stosberg M (Hrsg): *Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive*, Nürnberg, 1981, S. 67-156.

Schütze F (1983) Biografie-forschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, 13(3):283-293.

Schütze F (2000) Schwierigkeiten bei der Arbeit und Paradoxien des professionellen Handelns. Ein grundlagentheoretischer Aufriss. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung*, Jg. 1, 1:49-96.

Schütze F (2005) Eine sehr persönlich generalisierte Sicht auf qualitative Forschung. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung* Jg. 6, 2:211-248.

Schütze F: Biography Analysis on the Empirical Base of Autobiographical Narratives: How to Analyse Autobiographical Narrative Interviews – Part I + II. In: Betts S, Griffiths A, Schütze F, Straus P (Hrsg): *INVITE – Biographical Counselling in Rehabilitative Vocational Training – Further Education Curriculum*, 2007, S. 51-63.

Sichler R (2010) Anerkennung im Kontext von Arbeit und Beruf. *Journal für Psychologie*, Jg. 18 (02).

Sielk M, Brockmann S, Wilm S (2004) Qualitative Forschung – Hineindeuten in oder Abbilden von Wirklichkeit? Ein klärender methodischer Überblick. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 80:334-342.

Stagg P, Greenhill J, Worley P-S (2009) A new model to understand the career choice and practice location decisions of medical graduates. *Rural Remote Health*, 9(4):1245.

Steger T, Langosch C, Klement A, Onnasch J-F (2012) "Klasse Allgemeinmedizin": Ein Lehrkonzept für künftige Lehrärzte. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 88(6):264-267.

Steinhäuser J, Joos S, Szecsenyi J, Götz K (2013) Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 89(1):10-15.

Steinhäuser J, Paulus J, Roos M, Peters-Klimm F, Ledig T, Szecsenyi J, Joos S (2011) „Allgemeinmedizin ist trotzdem ein schönes Fach“ – eine qualitative Studie mit Ärzten in Weiterbildung. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 105(2):89-96.

Straub, J (2000) Identitätstheorie, empirische Identitätsforschung und die "postmoderne" armchair psychology. Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung, 1:167-194.

Strauss A: Transformations of Identity. In: Strauss A (Hrsg): Creating Sociological Awareness. Collective Images and Symbolic Representations. N.J. & London, New Brunswick, 1991.

Torppa MA, Kuikka L, Nevalainen M, Pitkälä KH (2015) Emotionally exhausting factors in general practitioners' work. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 33(3):178-183.

Vester H-G: Erving Goffman (1922-1982). In: Kompendium der Soziologie III: Neuere soziologische Theorien. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2010, S. 17-36.

von Kardorff E: Qualitative Evaluationsforschung. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg): Qualitative Forschung - Ein Handbuch. 9. Auflage, Rowohlt Verlag, Hamburg, 2012, S. 238-250.

Westermann L, Zisimidou B, Simons M, Zellweger R, Baschera D (2018) Self-evaluation of present clinical skills by medical students in the years 3 to 6 - a pilot study in four European countries. GMS Journal for Medical Education 35(3):Doc36.

8 Thesen

1. Erfahrungsbausteine aus retrospektiver Identitätsarbeit gleichen biografischen Ressourcen und dienen Studierenden als Grundstock für die Auseinandersetzung mit dem hausärztlichen Berufsbild.
2. Hausärztlich tätige Mentoren und Dozenten sind wichtige orientierungsmächtige Berufsrollenvorbilder, welche die Attraktivität des ‚Berufsbildes Hausarzt‘ stärken können.
3. Das Lernen im Klassenverband fördert die Entwicklung von fachlichen und persönlichen Kompetenzen für den späteren (Haus-) Arztberuf.
4. Auf dem Land aufgewachsene Studierende neigen eher dazu, sich später auch in einer ländlichen Region nieder zu lassen.
5. Eine zukünftige ausgewogene ‚work-life-balance‘ ist für Studierende wichtiger als berufliche Karrieremöglichkeiten oder Aufstiegschancen.
6. Die „Klasse Allgemeinmedizin“ wird von den Studierenden mehrheitlich eher als praktischer Erfahrungsraum und Abwechslung zum Studium empfunden als ein direkter Wegbereiter zum Hausarztberuf.

9 Anlagen

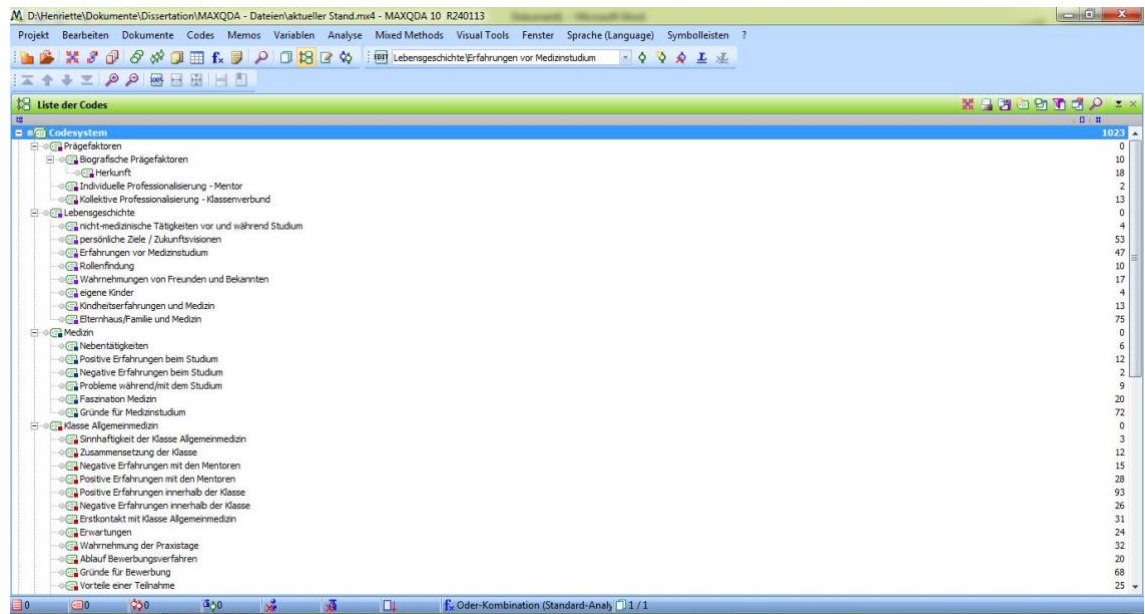


Abb. 6 Codebaum Teil 1 (mit MaxQDA Version 10 erstellt; eigene, personengebundene Lizenz)

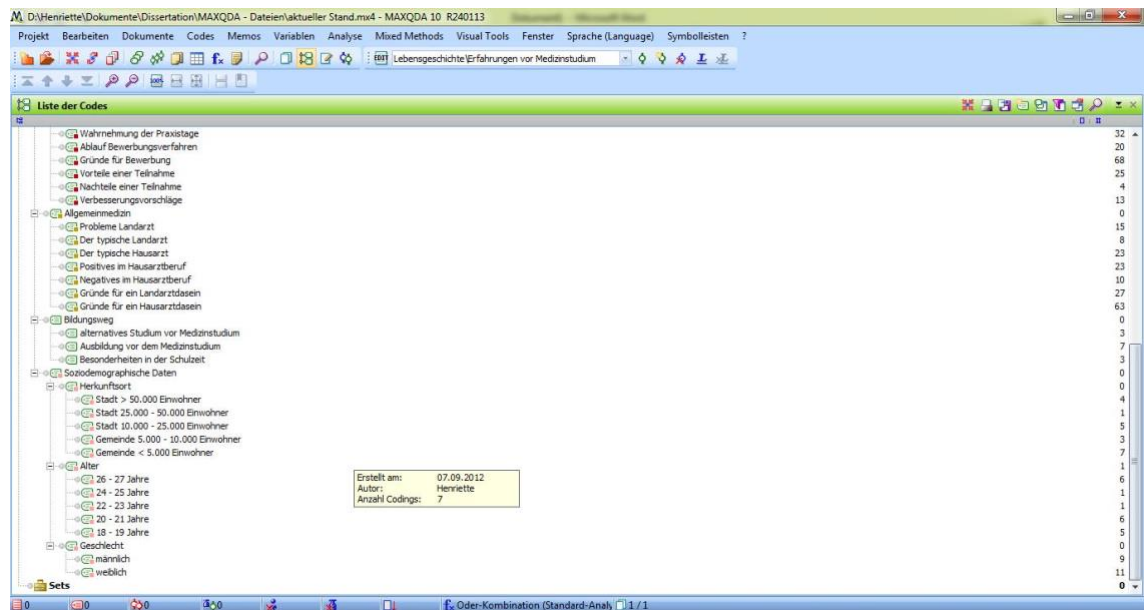


Abb. 7 Codebaum Teil 2 (mit MaxQDA Version 10 erstellt; eigene, personengebundene Lizenz)

Codesystem	Trans...	Trans...	Trans...	Trans...	Trans...	Trans...	Trans...	Trans...	Trans...	Trans...	Trans...	Trans...	Trans...	Trans...	Trans...	Trans...	Trans...	Trans...			
Prägefaktoren																					
Biografische Prägefaktoren																					
Herkunft	2	1	2	2	1	2			1	1			2		1	2		7			
Individuelle Professionalis...																		2			
Kollektive Professionalis...	3					1	1	1		2		1	1		1	1		1			
Lebensgeschichte																					
nicht-medizinische Tätig...													4								
persönliche Ziele / Zuku...	2	3	4	6	4	2	8	6	2	5		4	4	1	3		1	2			
Erfahrungen vor Medizin...	1	4	2	3	1		3	2	3	4		4	8	4	1		3	4			
Rollenfindung			1				1							3	1			4			
Wahrnehmungen von Fr...	1	1	1	3	2	3							2	2				1	1		
eigene Kinder	2																		2		
Kindheitserfahrungen u...	1		2											3		1	1	1	4		
Elternhaus/Familie und ...	2	1	1	1	1	1	2	4	9	4	2	7	3	6	9	8	4	4	3	3	
Medizin																					
Nebentätigkeiten								1						4					1		
Positive Erfahrungen bei...	2		3		1									4			1		1		
Negative Erfahrungen b...														1					1		
Probleme während/mit d...	1	1				1							1				1	2	1	1	
Faszination Medizin	1		1	2		1		2	4	2	2	1		1			2		1		
Gründe für Medizinstudium	2	2	2	4	4	2	4	6	2	2	4	5	4	3	1		9	7	4	5	
Klasse Allgemeinmedizin																					
Sinnhaftigkeit der Klasse...																					
Zusammensetzung der K...	1	1	1		3			2	1	1	1	1									
Negative Erfahrungen m...							8									7					
Positive Erfahrungen mit...	1		1	2			1	1	2	1	3	2	3	2			6		2	1	
Positive Erfahrungen inn...	2	4	4	2	3		7	3	3	6	5	9	4	7	5	5	5	7	3	6	3
Negative Erfahrungen inn...	2	1				3	2	5	1			1	1	2	3	1	2			2	
Erstkontakt mit Klasse Al...	1	1	2	3	1	1	2		2		4	3	3	1	1	3	1	1	1	1	1
Erwartungen	1	2		1	1		1	1			1	3		2	4	4	2				1
Wahrnehmung der Praxi...	1		3		3	3			1	4	3	1	1	1	1	1	3	1		5	
Ablauf Bewerbungsverf...	2	2			1	3			1		4	3	1			1	1			1	1
Gründe für Bewerbung	2	3	3	5	3	3	2	6	5	2	2	1	7	2	5	3	5	4	2	3	
Vorteile einer Teilnahme	3	1		2	2	3	1		4		1	3	2	1		1					1
Nachteile einer Teilnahme	1	1				1								1							
Verbesserungsvorschläge					1		4		1				1				2				1
Allgemeinmedizin																					
Probleme Landarzt			1		1			3	6		1	1	1							1	1
Der typische Landarzt	1			2				1						2	1						1
Der typische Hausarzt				3	1	2	2			1	2		3	1	1	1		1	3	2	2
Positives im Hausarztberuf				2	1	2	1	2		1	1		6	1	1	1	2	2			

Abb. 8 Code-Matrix-Browser (mit MaxQDA Version 10 erstellt; eigene, personengebundene Lizenz)

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Henriette Meinel

Halle/Saale, den 16.06.2019

Erklärung über frühere Promotionsversuche

Ich erkläre hiermit, dass ich mich an keiner anderen Hochschule einem Promotionsverfahren unterzogen bzw. eine Promotion begonnen habe. Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht und die vorliegende Arbeit an keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht zu haben.

Henriette Meinel

Halle/Saale, den 16.06.2019

Danksagung

Mein Dank zum Gelingen dieser Arbeit richtet sich vor allem an die Mitarbeiter des Instituts für Allgemeinmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, dabei insbesondere an Herrn Prof. Dr. med. Klement und Herrn Prof. Dr. med. Frese, die meine Arbeit mit stetiger konstruktiver Kritik in Doktorandenkolloquien und Einzelgesprächen vorwärts gebracht haben. Dabei möchte ich ebenfalls Herrn Dr. med. Fuchs für die Hilfe zur Formatierung und wichtigen inhaltlichen Anmerkungen danken sowie allen Mitarbeitern des Instituts für Allgemeinmedizin, die mich bei der Organisation der Interviewpartner, Literatursuche und allen technischen Problemen unterstützt haben. Auch die Teilnehmer der regelmäßig stattfindenden Doktorandenkolloquien haben durch ihre konstruktiven Vorschläge zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen.

Ein großer Dank gilt auch sämtlichen Teilnehmern der „Klasse Allgemeinmedizin“ des Wintersemesters 2011/2012, die mir ihre Zeit geschenkt und einen Teil ihres Lebens in den Interviews anvertraut haben.

Ein ganz besonders herzliches Dankeschön möchte ich gegenüber Frau Prof. Dr. phil. Grundke aussprechen, die mich nicht nur methodisch betreut, sondern auch emotional immer wieder aufgebaut hat. Auch ihre Unterstützung bei der Nachwuchsforschertagung 2012 sowie dem bundesweiten Methodenworkshop Qualitative Bildungs- und Sozialforschung der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg 2013 haben mir geholfen, diese Arbeit inhaltlich und methodisch weiter zu entwickeln. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen.

Zuletzt möchte ich meiner Familie, insbesondere meinem Mann Christian Meinel danken, für die stetige Unterstützung von Beginn an, für die aufbauenden Worte, konstruktiven Vorschläge und den moralischen Beistand.