

Blockpraktikum Allgemeinmedizin  
-  
Analyse der studentischen Evaluationen  
im Zeitraum von 2004 bis 2012

Dissertation  
Zur Erlangung des akademischen Grades  
Dr. med.

an der Medizinischen Fakultät  
der Universität Leipzig

eingereicht von:

Maximilian Heitzer

geboren am 23. Juni 1982 in Weilheim i. OB

angefertigt in der:

Selbstständigen Abteilung für Allgemeinmedizin

Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

Leiter: Prof. Dr. med. habil. H. Sandholzer

Betreuer: Prof. Dr. med. habil. H. Sandholzer

Beschluss über die Verleihung des Doktorgrades vom 24.02.2015

## **Anmerkung**

In der vorliegenden Arbeit wurde sowohl auf eine Nennung beider Geschlechter (z.B. Studentinnen und Studenten), die Kombinierung beider Geschlechter in einem Wort (StudentInnen), als auch auf die alleinige Angabe der weiblichen Begriffe verzichtet. Es wird daher darauf hingewiesen, dass bei allgemeinen Bezügen zwar die männliche Ausdrucksform verwendet wird, jedoch beide Geschlechter gemeint sind und Frauen weder benachteiligt noch diskriminiert werden sollen.

## Bibliographische Beschreibung

Heitzer, Maximilian

### Blockpraktikum Allgemeinmedizin - Analyse der studentischen Evaluationen im Zeitraum von 2004 bis 2012

Universität Leipzig, Dissertation

95 S.<sup>1</sup>, 59 Lit.<sup>2</sup>, 9 Abb., 16 Tab., 2 Anlagen

#### Referat:

Die vorliegende Arbeit stellt die Ergebnisse einer Studierendenbefragung zur Evaluation des Blockpraktikums Allgemeinmedizin an der Universität Leipzig vor. Die zugrunde liegenden Daten wurden im Zeitraum von 2004 bis 2012 erhoben und umfassen die Evaluationen von 94,9 % aller Teilnehmer am Blockpraktikum Allgemeinmedizin. Es konnte festgestellt werden, dass die Studierenden mit der Veranstaltung insgesamt sehr zufrieden waren. Diese positiven Bewertungen bleiben über den gesamten zeitlichen Verlauf konstant.

Die Analyse von Gruppenvergleichen legte nahe, dass zeitliche und örtliche Rahmenbedingungen die Zufriedenheit der Teilnehmer in Bezug auf die Lehrveranstaltung und deren subjektiv empfundenen Lernerfolg begünstigen können. Darüber hinaus ließ sich zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen der Bewertung des Blockpraktikums und dem angegebenen Berufsziel der Studierenden besteht. Insgesamt konnte aus den Evaluationen das Fazit gezogen werden, dass das Blockpraktikum Allgemeinmedizin von den Medizinstudierenden als adäquate Form zur Darstellung der ambulanten Primärversorgung und zur Vermittlung allgemeinmedizinischer Kompetenzen wahrgenommen wurde.

---

<sup>1</sup> Seitenzahl insgesamt

<sup>2</sup> Zahl der im Literaturverzeichnis ausgewiesenen Literaturangaben

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. EINLEITUNG</b>	<b>12</b>
1.1 Die Rolle der Allgemeinmedizin im Medizinstudium	12
1.2 Die Ziele des Blockpraktikums Allgemeinmedizin	14
1.3 Entstehungsgeschichte des Blockpraktikums Allgemeinmedizin an der Universität Leipzig	16
1.4 Problemdarstellung	17
1.5 Ziel der Arbeit	17
<b>2. METHODIK</b>	<b>20</b>
2.1 Das Leipziger Blockpraktikum Allgemeinmedizin	20
2.1.1 Entwicklung des Lehrkonzeptes zum Blockpraktikum Allgemeinmedizin	20
2.1.2 Lernziele des Blockpraktikums Allgemeinmedizin	21
2.1.3 Auswahl der Lehrärzte	22
2.1.4 Organisation und Ablauf des Blockpraktikums Allgemeinmedizin	23
2.1.5 Testatmappe und Checkliste	24
2.2 Datenerhebung	24
2.3 Aufbau und Inhalt des Evaluationsbogens	25
2.4 Statistische Datenanalyse	26
<b>3. ERGEBNISSE</b>	<b>27</b>
3.1 Stichprobenbeschreibung	27
3.2 Deskriptive Auswertung des Evaluationsbogens	28
3.2.1 Teil I: Allgemeine Fragen bezüglich der Zufriedenheit mit der Lehrveranstaltung	28
3.2.2 Teil II: Fragen zur Vermittlung von allgemeinmedizinischen Kompetenzen	30
3.2.3 Teil III: Fragen zur Durchführung des Blockpraktikums	32
3.3 Auswertung und Vergleich der einzelnen Jahrgänge (SS 2004 bis SS 2012)	35

<b>3.4 Vergleich der Gruppen <i>ganztägiges Blockpraktikum</i> und <i>halbtägiges Blockpraktikum</i></b>	<b>40</b>
<b>3.5 Vergleich der Gruppen <i>Groß- / Mittelstadt</i> und <i>Ländlich geprägter Raum</i></b>	<b>45</b>
<b>3.6 Vergleich der Gruppen <i>Facharzt für Allgemeinmedizin, Andere Fachrichtung</i> und <i>Keine definitive Präferenz</i></b>	<b>51</b>
<b>4. DISKUSSION</b>	<b>55</b>
<b>4.1 Diskussion der Ergebnisse</b>	<b>55</b>
4.1.1 Deskriptive Auswertung	55
4.1.2 Vergleich der einzelnen Jahrgänge	58
4.1.3 Gruppenanalyse: <i>ganztägiges Blockpraktikum vs. halbtägiges Blockpraktikum</i>	59
4.1.4 Gruppenanalyse: <i>Groß- / Mittelstadt vs. Ländlich geprägter Raum</i>	61
4.1.5 Gruppenvergleich: <i>Facharzt für Allgemeinmedizin vs. Andere Fachrichtung vs. Keine definitive Präferenz</i>	64
<b>4.2 Methodenkritische Diskussion</b>	<b>65</b>
4.2.1 Studentische Lehrevaluationen zur Qualitätssicherung von Lehrveranstaltungen	65
4.2.2 Methodenkritische Diskussion zum Evaluationsbogen	66
4.2.3 Methodenkritische Diskussion zum Gruppenvergleich von <i>ganztägiges Blockpraktikum</i> und <i>halbtägiges Blockpraktikum</i>	66
4.2.4 Methodenkritische Diskussion zum Gruppenvergleich von <i>Groß- / Mittelstadt</i> und <i>Ländlich geprägter Raum</i>	67
4.2.5 Methodenkritische Diskussion zum Gruppenvergleich zwischen <i>Facharzt für Allgemeinmedizin</i> und <i>Andere Fachrichtung</i> und <i>Keine definitive Präferenz</i>	69
<b>5. SCHLUSSFOLGERUNG</b>	<b>71</b>
<b>6. AUSBLICK</b>	<b>72</b>
<b>7. ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>73</b>
<b>8. LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>76</b>
<b>9. ANHANG</b>	<b>86</b>

<b>10. ERKLÄRUNG ÜBER DIE EIGENSTÄNDIGE ABFASSUNG DER ARBEIT</b>	<b>91</b>
<b>11. POSTERPRÄSENTATION</b>	<b>92</b>
<b>12. LEBENSLAUF</b>	<b>93</b>
<b>13. DANKSAGUNG</b>	<b>95</b>

# Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1:** Auswertung der studentischen Bewertungen mit einer 6 - stufigen Werteskala (1 = *sehr gut* bis 6 = *sehr schlecht*) hinsichtlich der Vermittlung allgemeinmedizinischer Kompetenzen im Rahmen des Zwei - Tages - Praktikums (Kursus Allgemeinmedizin, SS 2002) ..... 16
- Abbildung 2:** Mittelwerte zu den studentischen Evaluationen bezüglich des Items 3 („*Das BP hat meiner Meinung nach Relevanz für meine angestrebte berufliche Tätigkeit.*“) mit 6 - stufiger Likert - Skala (1 = „*völlig*“ bis 6 = „*überhaupt nicht*“) von SS 2004 bis SS 2012 ..... 36
- Abbildung 3:** Mittelwerte zu den studentischen Evaluationen bezüglich des Items 7 („*Gemessen am zeitlichen u. organisatorischen Aufwand hat sich die Teilnahme an dem Blockpraktikum gelohnt.*“) mit 6 - stufiger Likert - Skala (1 = „*völlig*“ bis 6 = „*überhaupt nicht*“) von SS 2004 bis SS 2012 ..... 37
- Abbildung 4:** Mittelwerte zu den studentischen Evaluationen bezüglich der Vermittlung des Items 11 („*Präventionsmaßnahmen*“) mit 6 - stufiger Likert - Skala (1 = „*sehr gut*“ bis 6 = „*sehr schlecht*“) von SS 2004 bis SS 2012 ..... 37
- Abbildung 5:** Mittelwerte zu den studentischen Evaluationen bezüglich der Vermittlung des Items 12 („*Screeningmaßnahmen*“) mit 6 - stufiger Likert - Skala (1 = „*sehr gut*“ bis 6 = „*sehr schlecht*“) von SS 2004 bis SS 2012 ..... 38
- Abbildung 6:** Mittelwerte zu den studentischen Evaluationen bezüglich der Vermittlung des Items 13 („*Bedeutung von Familienmedizin*“) mit 6 - stufiger Likert - Skala (1 = „*sehr gut*“ bis 6 = „*sehr schlecht*“) von SS 2004 bis SS 2012 ..... 38
- Abbildung 7:** Mittelwerte zu den studentischen Evaluationen bezüglich der Vermittlung des Items 14 („*Hausbesuche*“) mit 6 - stufiger Likert -

Skala (1 = „sehr gut“ bis 6 = „sehr schlecht“) von SS 2004 bis  
SS 2012 ..... 39

**Abbildung 8:** Mittelwerte zu den studentischen Evaluationen bezüglich des  
Items 23 („Ich wurde durch den / die Praxisinhaber(in) motiviert, später  
selbst Hausarzt zu werden.“) mit 10 - stufiger Likert - Skala (1 = „völlig“  
bis 10 = „überhaupt nicht“) von WS 2005 / 2006 bis SS 2012 ..... 39

**Abbildung 9:** Mittelwerte zu den studentischen Evaluationen bezüglich des  
Items 33 („Die von mir durchgeführten Tätigkeiten wurden stets  
konstruktiv mit mir besprochen.“) mit 10 - stufiger Likert - Skala  
(1 = „völlig“ bis 10 = „überhaupt nicht“) von WS 2005 / 2006 bis  
SS 2012 ..... 40



# Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b> Praxisorientierte Lehrveranstaltungen der Allgemeinmedizin in der ÄAppO 1970, 2002 und 2012 .....	12
<b>Tabelle 2:</b> Deskriptive Auswertung der Zustimmung der Studierenden zu allgemeinen Aussagen bezüglich der Zufriedenheit mit dem Block- praktikum Allgemeinmedizin (Evaluationsbogen Teil I: Items 1 bis 7) ....	29
<b>Tabelle 3:</b> Deskriptive Auswertung der Zustimmung der Studierenden hinsichtlich der Vermittlung von Fähigkeiten oder Einstellungen innerhalb des Block- praktikums (Evaluationsbogen Teil II: Items 9 bis 22).....	31
<b>Tabelle 4:</b> Deskriptive Auswertung der Zustimmung der Studierenden hinsichtlich der Durchführung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin (Evaluations- bogen Teil III: Items 23 bis 37 - WS 2005 / 06 bis SS 2012) .....	33
<b>Tabelle 5:</b> Deskriptive Auswertung der Zustimmung der Studierenden hinsichtlich der Durchführung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin (Evaluations- bogen Teil III: Items 23 bis 37 - SS 2004 bis SS 2005) .....	34
<b>Tabelle 6:</b> Vergleich der Gruppen <i>ganztägiges Blockpraktikum</i> und <i>halbtägiges Blockpraktikum</i> bezüglich der allgemeinen Studentenzufriedenheit mit dem Blockpraktikum Allgemeinmedizin (Evaluationsbogen Teil I: Items 1 bis 7) .....	42
<b>Tabelle 7:</b> Vergleich der Gruppen <i>ganztägiges Blockpraktikum</i> und <i>halbtägiges Blockpraktikum</i> bezüglich der Zustimmung der Studierenden zur Vermittlung von Fähigkeiten oder Einstellungen innerhalb des Blockpraktikums Allgemeinmedizin (Evaluationsbogen Teil II: Items 9 bis 22) .....	43
<b>Tabelle 8:</b> Vergleich der Gruppen <i>ganztägiges Blockpraktikum</i> und <i>halbtägiges Blockpraktikum</i> bezüglich der Zustimmung der Studierenden zur Durchführung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin (Evaluationsbogen Teil III: Items 23 bis 37 - WS 2005 / 06 bis SS 2012) .....	44

<b>Tabelle 9:</b> Lage der Lehrarztpraxis / Berufsziel.....	46
<b>Tabelle 10:</b> Lage der Lehrarztpraxis / Dauer des Blockpraktikums.....	46
<b>Tabelle 11:</b> Vergleich der Gruppen <i>Groß- / Mittelstadt</i> und <i>Ländlich geprägter Raum</i> bezüglich der allgemeinen Studentenzufriedenheit mit dem Blockpraktikum Allgemeinmedizin (Evaluationsbogen Teil I: Items 1 bis 7) .....	47
<b>Tabelle 12:</b> Vergleich der Gruppen <i>Groß- / Mittelstadt</i> und <i>Ländlich geprägter Raum</i> bezüglich der Zustimmung der Studierenden zur Vermittlung von Fähigkeiten oder Einstellungen innerhalb des Blockpraktikums Allgemeinmedizin (Evaluationsbogen Teil II: Items 9 bis 22) .....	48
<b>Tabelle 13:</b> Vergleich der Gruppen <i>Groß- / Mittelstadt</i> und <i>Ländlich geprägter Raum</i> bezüglich der Zustimmung der Studierenden zur Durchführung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin (Evaluationsbogen Teil III: Items 23 bis 37 - WS 2005 / 06 bis SS 2012) .....	49
<b>Tabelle 14:</b> Vergleich der Gruppen <i>FA f. Allgemeinmedizin, Andere Fachrichtung</i> und <i>Keine definitive Präferenz</i> bezüglich der allgemeinen Studentenzufriedenheit mit dem Blockpraktikum Allgemeinmedizin (Evaluationsbogen Teil I: Items 1 bis 7).....	51
<b>Tabelle 15:</b> Vergleich der Gruppen <i>FA f. Allgemeinmedizin, Andere Fachrichtung</i> und <i>Keine definitive Präferenz</i> bezüglich der Zustimmung der Studierenden zur Vermittlung von Fähigkeiten oder Einstellungen innerhalb des Blockpraktikums Allgemeinmedizin (Evaluationsbogen Teil II: Items 9 bis 22) .....	52
<b>Tabelle 16:</b> Vergleich der Gruppen <i>FA f. Allgemeinmedizin, Andere Fachrichtung</i> und <i>Keine definitive Präferenz</i> bezüglich der Zustimmung der Studierenden zur Durchführung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin (Evaluationsbogen Teil III: Items 23 bis 37 - WS 2005 / 06 bis SS 2012).....	53

## Abkürzungsverzeichnis

BP	-	Blockpraktikum
EW	-	Einwohner
FA f.	-	Facharzt für
MW	-	Mittelwert
m / w	-	männlich / weiblich
n	-	Anzahl
n / n <sub>g</sub>	-	Anzahl / Anzahl gültiger Angaben
PJ	-	Praktisches Jahr
QSB	-	Querschnittsbereich
SD	-	Standardabweichung
SS	-	Sommersemester
UE	-	Unterrichtseinheit
vs.	-	versus
WS	-	Wintersemester

# 1. Einleitung

## 1.1 Die Rolle der Allgemeinmedizin im Medizinstudium

Die Allgemeinmedizin ist eine im Vergleich zu anderen medizinischen Fachgebieten relativ junge universitäre Disziplin, deren Bedeutung sich in den letzten Jahren beachtlich gewandelt hat.

Im Jahre 1966 erhielt Siegfried Häussler den ersten Lehrauftrag für Allgemeinmedizin (Freiburg) in der Bundesrepublik Deutschland. Zehn Jahre später wurde der erste Lehrstuhl für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover eingerichtet. Seitdem hat die Institutionalisierung der Allgemeinmedizin deutlich zugenommen (Hummers - Pradier 2006). Zudem wurden allgemeinmedizinische Inhalte verstärkt ins Curriculum der Humanmedizin aufgenommen und in entsprechende Lehrkonzepte umgesetzt (Tabelle 1).

War noch vor der Änderung der Ärztlichen Approbationsordnung im Jahre 2002 ein Kursus oder ein Praktikum als obligate Veranstaltung im klinischen Abschnitt des Medizinstudiums vorgesehen (Anlage 3 zu § 2 Abs. 1 Satz 2, ÄAppO 1970), so absolvieren heute alle angehenden Mediziner im Verlauf ihres Studiums neben der Vorlesung, ein Blockpraktikum (BP) und eine Pflichtfamulatur in der Allgemeinmedizin (§ 2 Abs. 3 und § 7 Abs. 2 Nr. 3, Erste Verordnung zur Änderung der ÄAppO 2012). Daneben können sie an den meisten universitären Standorten unterschiedliche Wahlfächer in diesem Fachgebiet belegen und haben darüber hinaus die Möglichkeit, einen Abschnitt des Praktischen Jahres in einer hausärztlichen Lehrpraxis durchzuführen (§ 3 Abs. 2a, Erste Verordnung zur Änderung der ÄAppO 2012).

**Tabelle 1: Praxisorientierte Lehrveranstaltungen der Allgemeinmedizin in der ÄAppO 1970, 2002 und 2012**

	ÄAppO 1970 Stand: 23.09.1990	ÄAppO 2002 Stand: 21.07.2004	Erste Verordnung zur Änderung der ÄAppO 2012 Stand: 17.07.2012
<b>Famulatur</b>	Famulatur „in einer ärztlichen Praxis“ für die Dauer von bis zu zwei Monate möglich (§ 7 Abs. 2, ÄAppO 1970)	Famulatur „in einer Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird oder einer geeigneten ärztlichen Praxis“ für die Dauer von bis zu zwei Monaten möglich	Verpflichtende Famulatur „für die Dauer eines Monats in einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung“ (§ 7 Abs. 2, Erste Verordnung zur Änderung

		(§ 7 Abs. 2, ÄAppO 2002)	der ÄAppO 2012)
<b>Praktikum</b>	„Praktikum oder Kursus der Allgemeinmedizin“ (Anlage 3 zu § 2 Abs. 1 Satz 2, ÄAppO 1970)	Blockpraktikum Allgemeinmedizin: Dauer von ein bis sechs Wochen (§ 2 Abs. 3, ÄAppO 2002)	Blockpraktikum Allgemeinmedizin: Dauer von „ <i>mindestens zwei Wochen</i> “ (§ 2 Abs. 3, Erste Verordnung zur Änderung der ÄAppO 2012)
<b>Praktisches Jahr</b>	Wahlfach in der Allgemeinmedizin nicht möglich	Wahlfach in der Allgemeinmedizin für die gesamte Dauer des Tertials „ <i>in geeigneten allgemeinmedizinischen Praxen</i> “ möglich (§ 3 Abs. 2, ÄAppO 2002)	Die Universitäten stellen sicher, dass bis 2015 10 %, bis 2017 20 % und bis 2019 allen Studierenden ein Ausbildungsabschnitt in der Allgemeinmedizin zugesichert werden kann (§ 3 Abs. 1, Erste Verordnung zur Änderung der ÄAppO 2012).  Das Wahlfach Allgemeinmedizin wird für die gesamte Dauer des Tertials in einer „ <i>allgemeinmedizinischen Lehrpraxis</i> “ absolviert (§ 3 Abs. 2a, Erste Verordnung zur Änderung der ÄAppO 2012).

Dieser Entwicklung liegen mindestens zwei wichtige Umstände zu Grunde. Zum einen hat ein Umdenken in der Lehre hinsichtlich des Praxisbezugs im Medizinstudium stattgefunden. Im Paragraph 1 Absatz 1 der Ärztlichen Approbationsordnung von 2002 wird explizit darauf hingewiesen, dass die Ausbildung „*grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern [...], die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind*“ vermitteln, sowie „*auf wissenschaftlicher Grundlage und praxis- und patientenbezogen durchgeführt*“ (§ 1 Abs. 1, ÄAppO 2002) werden sollte. Es erscheint daher nachvollziehbar, dass heutigen Lehrveranstaltungen wie Blockpraktika, Famulaturen und dem Praktischen Jahr ein höherer Stellenwert zugesprochen wird, als dies in der Vergangenheit der Fall war.

Zum anderen sind sich heute auch die Hochschulen der besorgniserregenden Entwicklung in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland bewusst geworden. Obwohl der demographische Wandel in Zukunft einen höheren Behandlungsbedarf der Bevölkerung in der Primärversorgung verlangen wird, zeigt die aktuelle Situation, dass sich nicht genügend junge Medizinstudierende für den späteren beruflichen

Weg in die Allgemeinarztpraxis entscheiden (Natanzon et al. 2010a). Der gebietsweise bereits bestehende Hausärztemangel betrifft aktuell vor allem ländliche Regionen, insbesondere in den neuen Bundesländern (Kopetsch 2010). Der fehlende Nachwuchs in der Allgemeinmedizin ist jedoch kein isoliert deutsches Phänomen, sondern auch in einigen anderen europäischen Ländern und darüber hinaus zu beobachten (Maiorova et al. 2008; Natanzon et al. 2010a; Rosemann & Schneemann 2013). Die Aufgaben der universitären Ausbildung in der Allgemeinmedizin liegen daher, sowohl in einer qualitativ hochwertigen Lehre als auch in der Vermittlung der Fachdisziplin als potentielle Karriereoption für künftige Mediziner.

## **1.2 Die Ziele des Blockpraktikums Allgemeinmedizin**

Im Rahmen der ersten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung von 2012 wurde die Mindestdauer des Blockpraktikums Allgemeinmedizin auf zwei Wochen angehoben und somit die universitäre Allgemeinmedizin nochmals in ihrem Lehrauftrag gestärkt (§ 2 Abs. 3, Erste Verordnung zur Änderung der ÄAppO 2012). Vor diesem Hintergrund erschien es sinnvoll, diese Lehrveranstaltung näher zu betrachten und optimale Bedingungen zur Erfüllung ihrer Zielsetzung zu identifizieren.

Die Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin weisen in ihrer Empfehlung von 2003 darauf hin, dass den Studierenden die Besonderheiten der Primärversorgung nur „in der Praxis“ vermittelt werden können (Wilm et al. 2004). Soler et al. (2007) betonen zudem, dass allgemeinmedizinische Kenntnisse wichtig für die Ausbildung von künftigen Ärzten aller Fachrichtungen sind. Ihrer Meinung nach sollten alle angehenden Mediziner während ihrer Ausbildung allgemeinmedizinische Kernkompetenzen, wie sie von der WONCA (World Organisation of Family Doctors) empfohlen werden, erlangen. Watmough (2012) sieht ebenfalls einen großen Nutzen in Lehrveranstaltungen, die im ambulanten Bereich stattfinden. Er führt an, dass diese, neben dem Training von klinischen Untersuchungstechniken, auch das Verständnis der Studierenden hinsichtlich der Kooperation zwischen Primär- und Sekundärversorgung fördern können.

Das Blockpraktikum Allgemeinmedizin hat somit zum Ziel, allen Studierenden eine berufsnah und dadurch praxisorientierte Ausbildung in einer hausärztlichen Lehrpraxis zu garantieren und ihnen gleichzeitig einen Einblick in den ambulanten Arbeitsbereich zu ermöglichen. Neben allgemeinmedizinischen Fachkenntnissen und Kompetenzen können die Studierenden hier praktische Fertigkeiten und Fähigkeiten (z.B. körperliche Untersuchung, Kommunikation und Gesprächsführung) erlernen und üben.

Verschiedene Untersuchungen (u.a. der Universitäten Duisburg - Essen, Frankfurt a.M., Freiburg, Göttingen, Halle, Magdeburg, München - LMU) haben sich in Bezug auf das allgemeinmedizinische Blockpraktikum mit der Auswertung studentischer Lehrbewertungen auseinandergesetzt (Chenot et al. 2005; Böhme et al. 2007; Lipkow et al. 2007; Dunker - Schmidt et al. 2009; Schäfer et al. 2009; Schäfer et al. 2010; Schelling et al. 2010) und belegen, dass die Mehrheit der Studierenden mit dieser Veranstaltung sehr zufrieden ist (Böhme et al. 2007; Schelling et al. 2010). Zudem wird das Blockpraktikum von diesen auch im Hinblick auf die Vermittlung von allgemeinmedizinischen Kompetenzen als sinnvoll erachtet (Chenot et al. 2005; Schäfer et al. 2009; Schelling et al. 2010). Diese überwiegend positive Resonanz von Seiten der Studierenden bezüglich allgemeinmedizinischer Praktika wurde auch durch Studien aus den USA oder Slowenien bestätigt (Rooks et al. 2001; Svab & Petek - Ster 2008).

Ein weiteres Interesse besteht darin, zu erfahren, inwiefern eine Lehrveranstaltung wie das Blockpraktikum Allgemeinmedizin die subjektive Sichtweise von Studierenden auf die Allgemeinmedizin und letztendlich auch ihre Berufswahl beeinflussen kann. Henderson et al. (2002) beschreiben hierzu, dass das persönliche Erleben des hausärztlichen Praxisalltags eine sehr wichtige Rolle bei der Meinungsbildung über die Allgemeinmedizin spielt und dadurch auch die Wahl der späteren Facharzt-richtung beeinflussen kann. Spezifische Untersuchungen zum Blockpraktikum Allgemeinmedizin konnten eine positive Wirkung auf die Einstellungen der Studierenden gegenüber der Allgemeinmedizin bestätigen (Dunker - Schmidt et al. 2009; Schäfer et al. 2009; Kruschinski et al. 2011) und nach Schäfer et al. (2009) steigt durch das Blockpraktikum auch deren Motivation, später selbst Allgemeinarzt zu werden.

### 1.3 Entstehungsgeschichte des Blockpraktikums Allgemeinmedizin an der Universität Leipzig

Im Jahre 2000 wurde an der Universität Leipzig erstmals ein Lehrstuhl für Allgemeinmedizin ausgeschrieben und eine selbstständige Abteilung, welche in Mindestausstattung erst nach 2002 funktionsfähig war, eingerichtet. Zuvor wurde die Lehre von niedergelassenen Allgemeinmedizinern aus der Stadt Leipzig und Umgebung gewährleistet (Sandholzer 2001a). Eine dem Blockpraktikum ähnliche Lehrveranstaltung war der Kursus Allgemeinmedizin, welcher ab dem Sommersemester (SS) 2000 in Form einer interaktiven Vorlesung und eines Zwei - Tages - Praktikums bei niedergelassenen Hausärzten abgehalten wurde (Sandholzer 2001b; 2002a). Dieses Praktikum wurde im Rahmen eines internen Qualitätssicherungssystems ab dem Sommersemester 2002 mittels Fragebogen evaluiert. Die Auswertung dieser Evaluationen ergab, dass die Zufriedenheit der Studierenden mit dem Zwei - Tages - Praktikum insgesamt „überwältigend gut“ war, jedoch noch Nachholbedarf bei der Vermittlung von „Hausbesuchstätigkeit, Gesundheitsförderung und Familienmedizin“ (Abbildung 1) erkennbar war (Sandholzer 2002a; 2002b).

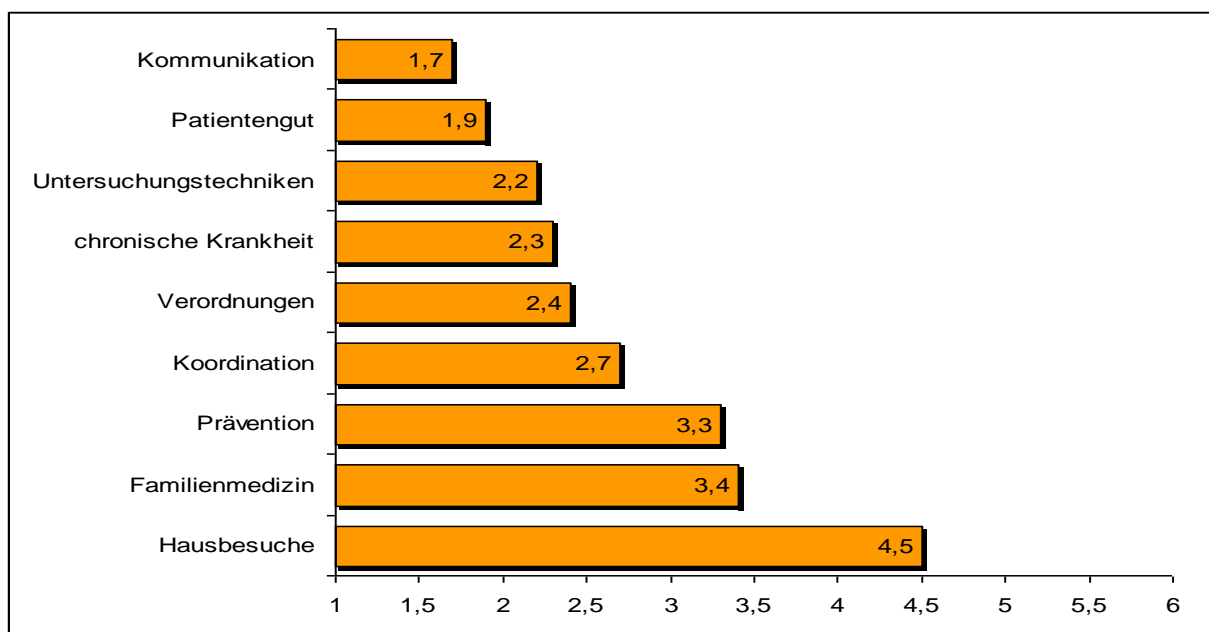


Abbildung 1: Auswertung der studentischen Bewertungen mit einer 6 - stufigen Werteskala (1 = „sehr gut“ bis 6 = „sehr schlecht“) hinsichtlich der Vermittlung allgemeinmedizinischer Kompetenzen im Rahmen des Zwei - Tages - Praktikums (Kursus Allgemeinmedizin, SS 2002) (Sandholzer 2002b)



Auf der Grundlage dieser Analyse und im Zuge der Vorgaben durch die Ärztliche Approbationsordnung von 2002, wurde das Praktikum sukzessiv reformiert und in neuer Form als Blockpraktikum Allgemeinmedizin ab dem SS 2004 angeboten, sowie weiterhin kontinuierlich evaluiert.

#### **1.4 Problemdarstellung**

Das Blockpraktikum Allgemeinmedizin wurde, wie bereits erwähnt, von einzelnen deutschen Hochschulen untersucht und mit entsprechenden Ergebnissen zu studentischen Lehrevaluationen vorgestellt. Bis heute variieren die Organisation, der Ablauf oder die Dauer des Blockpraktikums an den verschiedenen medizinischen Fakultäten zum Teil deutlich. Allgemeingültige Aussagen zu Rahmenbedingungen, die die Qualität der Lehrveranstaltung möglicherweise beeinflussen, existieren bisher jedoch kaum. Darüber hinaus gibt es im Hinblick auf das Blockpraktikum nur wenige Daten zur Entwicklung der Studentenzufriedenheit innerhalb eines längeren Zeitraums. Diesem Mangel sollte in der vorliegenden Arbeit Rechnung getragen werden.

#### **1.5 Ziel der Arbeit**

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, die Ergebnisse vergangener Studien zu ergänzen und die Studentenzufriedenheit im Sinne einer Qualitätsanalyse nach zusätzlichen Aspekten zu untersuchen. Hierfür wurden die studentischen Lehrevaluationen des Blockpraktikums Allgemeinmedizin an der Universität Leipzig von 2004 bis 2012 herangezogen und ausgewertet.

Der Untersuchungszeitraum begann mit der Einführung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin an der Universität Leipzig und umfasste insgesamt acht Jahre. Daher war es zunächst von Interesse, die studentischen Evaluationen der einzelnen Semester miteinander zu vergleichen, um mögliche Tendenzen in den Bewertungen einzelner Themenbereiche identifizieren zu können. Im Hinblick auf das bereits beschriebene Zwei - Tages - Praktikum (Kapitel 1.3) wurde insbesondere darauf geachtet, ob sich die Bewertungen hinsichtlich der Vermittlung von Fähigkeiten oder Einstellungen im zeitlichen Verlauf verbessert haben.

1. *Fragestellung:*

*Haben sich die studentischen Evaluationen im Verlauf des Untersuchungszeitraums verändert?*

Ein weiterer Schwerpunkt sollte in der Analyse zeitlicher und räumlicher Faktoren liegen. Eine vergleichende Analyse der Veranstaltungsdauer war möglich, da die Studierenden das Blockpraktikum entweder während der Vorlesungszeit halbtägig (d.h. am Vormittag) und innerhalb von zwei Wochen oder während der vorlesungsfreien Zeit ganztägig und innerhalb einer Woche absolvieren konnten.

2. *Fragestellung:*

*Werden die Evaluationen der Studierenden durch den zeitlichen Tagesablauf des Blockpraktikums (ganztägiges Blockpraktikum oder halbtägiges Blockpraktikum) beeinflusst?*

Da die Selbstständige Abteilung für Allgemeinmedizin sowohl mit Lehrärzten der Stadt Leipzig als auch mit Lehrärzten des ländlich geprägten Umlandes kooperiert, wurde ein möglicher Einfluss der Lage einer Lehrarztpraxis auf die Beurteilungen der Studierenden untersucht.

3. *Fragestellung:*

*Werden die Evaluationen der Studierenden durch die Lage der Lehrarztpraxis (Groß- / Mittelstadt oder ländlich geprägter Raum) beeinflusst?*

Zuletzt wurde eruiert, ob es einen Zusammenhang zwischen dem in der Evaluation angegebenen Berufsziel und der Beurteilung der Lehrveranstaltung gab.

Dies erschien aus zwei Gründen von Bedeutung: Zum einen, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, ob Medizinstudierende, die die Allgemeinmedizin als künftige Karriereoption in Betracht ziehen, mit der Lehrveranstaltung zufrieden waren und sich somit in ihrem Berufsziel bestätigt fühlen. Zum anderen, um zu überprüfen, ob auch potenzielle Nicht - Allgemeinmediziner einen Nutzen aus dem Blockpraktikum ziehen konnten.

#### 4. Fragestellung:

*Werden die Evaluationen durch das Berufsziel der Studierenden beeinflusst?*

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit richten sich in erster Linie an Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin, die das Blockpraktikum organisieren, sowie an Lehrärzte, welche in diesem Rahmen mit den jeweiligen Universitäten zusammenarbeiten. Außerdem können die aus dieser Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse auch für Lehrbeauftragte anderer Fachrichtungen bei der Entwicklung ambulanter Praktika von Nutzen sein.

## 2. Methodik

### 2.1 Das Leipziger Blockpraktikum Allgemeinmedizin

#### 2.1.1 Entwicklung des Lehrkonzeptes zum Blockpraktikum Allgemeinmedizin

Bei der Erstellung des Lehrkonzeptes zum Leipziger Blockpraktikum Allgemeinmedizin wurden neben den Vorgaben durch die Ärztliche Approbationsordnung von 2002 insbesondere auch die Ergebnisse aus den Lehrevaluationen zum Zwei - Tages - Praktikum (Kursus Allgemeinmedizin) berücksichtigt.

Folgende Arbeitsschritte wurden vorgenommen:

- Es wurden Lernziele und Themenschwerpunkte formuliert, wobei die Themen Familienmedizin, Hausbesuchstätigkeit und Prävention besondere Beachtung fanden.
- Um die Medizinstudierenden über die Organisation des Blockpraktikums zu informieren und ihnen einen besseren Überblick über das Fach Allgemeinmedizin zu verschaffen, wurde das „*Leipziger Heft*“ entworfen (Sandholzer et al. 2004).
- Zur Strukturierung des Ablaufs wurde eine Testatmappe erstellt. Die darin beschriebenen Aufgaben (Testate) nahmen unter anderem Bezug auf die Themen *Beobachtung des unausgelesenen Patientenguts* und *präventive Hausbesuchstätigkeit mit geriatrischem Assessment* (Sandholzer 2005 / 2006). Ab 2007 wurde eine strukturierte Interpretationshilfe zur Unterstützung der Studierenden bei der Auswertung des geriatrischen Assessments integriert (Kapitel 2.1.5).
- Darüber hinaus wurde das Blockpraktikum durch die Etablierung der Querschnittsbereiche „*Notfallmedizin*“ und „*Prävention, Gesundheitsförderung*“ (QSB 8 und 10) erweitert. Die dazugehörigen Praktika sollten ebenfalls in den Lehrpraxen abgehalten werden (Sandholzer 2004). Zudem wurden entsprechende Aufgabenstellungen formuliert und in der Testatmappe fixiert (Sandholzer 2005 / 2006).

- Vor der Einführung des Blockpraktikums wurde das Lehrkonzept interessierten Lehrärzten vorgestellt und mit ihnen diskutiert.

### 2.1.2 Lernziele des Blockpraktikums Allgemeinmedizin

Das Blockpraktikum Allgemeinmedizin hat das Ziel, den Studierenden einen Einblick in die spezifische Arbeitsweise der Allgemeinmedizin zu geben. Dies bedeutet, dass sie solide klinische Kenntnisse zu den häufigsten Beratungsanlässen aus dem un- ausgelesenen Patientengut erwerben, sowie die Aufgaben und Funktionen des Hausarztes, gemäß der offiziellen Definitionen durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), kennenlernen sollen.

Diese lauten wie folgt:

Aufgaben der Allgemeinmedizin:

*„Allgemeinmedizin ist die Akut- und Langzeitbehandlung von kranken Menschen mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen sowie die ärztliche Versorgung von Gesunden, unabhängig von Alter und Geschlecht, unter besonderer Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit, der Familie und der sozialen Umwelt.“ (Sandholzer et al. 2004)*

Funktionen des Allgemeinarztes:

- *Die primärärztliche Funktion*  
Diese Funktion beinhaltet die *„ärztliche Basisversorgung der ersten Linie“* (Sandholzer & Frese 2009).
- *Die haus- und familienärztliche Funktion*  
Diese beinhaltet die *„langzeitige, kontinuierliche ärztliche Behandlung und Betreuung von Patienten unabhängig von Alter und Geschlecht im häuslichen Milieu und im Bereich der Familie“* (Sandholzer & Frese 2009).

- *Die soziale Integrationsfunktion*  
Diese beinhaltet die „*Integration von Hilfen aller Art in die Behandlung des Patienten und Vertretung des gesundheitlichen Interesses des zu Behandelnden*“ (Sandholzer & Frese 2009).
- *Die Gesundheitsbildungsfunktion*  
Diese beinhaltet die „*umfassende Gesundheitsberatung und Gesundheitserziehung des Patienten einschließlich von Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation*“ (Sandholzer & Frese 2009).
- *Die Koordinationsfunktion*  
Diese beinhaltet die „*Abstimmung von Behandlungsmaßnahmen verschiedener Berufsgruppen*“ (Sandholzer & Frese 2009).

Dabei steht im Vordergrund, dass die Studierenden diesen Lernprozess anhand der praktischen Tätigkeit vollziehen.

### 2.1.3 Auswahl der Lehrärzte

Das Blockpraktikum Allgemeinmedizin findet in einer mit der Universität Leipzig assoziierten Lehrarztpraxis statt und wird durch einen Facharzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt für Innere Medizin mit hausärztlicher Tätigkeit betreut. Um sich als Lehrarztpraxis zu qualifizieren, müssen gewisse Voraussetzungen hinsichtlich der Praxisräume, Ausstattung und der Patientenzahl erfüllt werden. Die jeweilige Praxis sollte ein typisch hausärztliches Patientenlientel mit entsprechend breitem Krankheitsspektrum betreuen. Darüber hinaus muss der Lehrarzt grundlegende didaktische Kenntnisse vorweisen, welche im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen in der Selbstständigen Abteilung für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät Leipzig erworben werden können. Eine große Anzahl von Lehrarztpraxen wurde außerdem mithilfe eines Qualifizierungsverfahrens in Anlehnung an das „*European Practice Assessment*“ - Instrument (Szecsenyi et al. 2011) über die Universität zertifiziert.

#### 2.1.4 Organisation und Ablauf des Blockpraktikums Allgemeinmedizin

Das Blockpraktikum Allgemeinmedizin ist eine Pflichtveranstaltung, die regulär für Studierende des 7. / 8. Semesters angeboten wird. Vor Beginn des Blockpraktikums gibt es eine Einführungsveranstaltung in Form einer Pflichtvorlesung, in welcher der organisatorische Ablauf erklärt und auf theoretische Grundlagen der Allgemeinmedizin eingegangen wird.

Das Referat Lehre weist den Studierenden auf der Basis der Seminargruppenzugehörigkeit Zeiträume zu, innerhalb derer sie das Blockpraktikum in der Vorlesungszeit absolvieren können. Zwischen dem SS 2004 und dem SS 2012 konnte das Blockpraktikum von den Studierenden entweder während der Vorlesungszeit (halbtags) oder während der vorlesungsfreien Zeit (ganztags) absolviert werden. Die gesamte Organisation und Koordination des Blockpraktikums Allgemeinmedizin wurde zentral vom Sekretariat der Selbstständigen Abteilung für Allgemeinmedizin geleistet. Die Studierenden konnten mithilfe einer Liste aus dem Sekretariat bzw. über die Homepage, eine Lehrarztpraxis auswählen.

Ein Lehrarzt durfte nur einen Studierenden zum gleichen Zeitpunkt betreuen. Die Stundenanzahl betrug insgesamt 40 Unterrichtseinheiten (UE) d.h. 30 Zeitstunden. Davon entfielen 5 UE auf zwei Querschnittsbereiche (QSB 8 und 10) mit den Themen Notfallmedizin und Gesundheitsvorsorge.

Innerhalb des Blockpraktikums begleitete der Studierende die Sprechstunde des Hausarztes, führte im Verlauf (unter Anleitung des Arztes oder selbstständig) an ihn delegierte Tätigkeiten durch und bearbeitete die in einer Testatmappe (Kapitel 2.1.5) beschriebenen Aufgaben (Testate). Diese wurden am Ende der Praktikumsphase in einem Abschlussgespräch zwischen dem Lehrarzt und dem Studierenden besprochen. Das Abschlussgespräch wurde in der Testatmappe schriftlich festgehalten. Nach der Praktikumsphase wurde ein Abschlussseminar mit jeweils ca. 20 Studierenden in der Abteilung für Allgemeinmedizin veranstaltet. Bis 2010 fand dieses Seminar für die einzelnen Studierenden in der jeweiligen Lehrarztpraxis statt.

Die Gesamtnote des Blockpraktikums Allgemeinmedizin inkludierte sowohl eine Leistungsbewertung durch die Selbstständige Abteilung für Allgemeinmedizin als auch eine Beurteilung durch den jeweiligen Lehrarzt.

### 2.1.5 Testatmappe und Checkliste

Die Testatmappe enthielt im Wesentlichen vier Aufgaben (Testate), die von den Studierenden innerhalb der Praktikumsphase zu erarbeiten und zu protokollieren waren.

Dazu gehörte die Beobachtung fünf aufeinander folgender Praxiskontakte, die Untersuchung eines akut kranken Patienten (Querschnittsbereich QSB 8), eine Gesundheitsuntersuchung z.B. Check - up Untersuchung (QSB 10) und ein präventiver Hausbesuch mit geriatrischem Assessment.

Der präventive Hausbesuch sollte von den Studierenden alleine, d.h. ohne Lehrarzt, durchgeführt werden. Die Befunde des geriatrischen Assessments wurden im betreffenden Abschnitt der Testatmappe dokumentiert und anschließend auf der Basis einer strukturierten Interpretationshilfe im Checklistenformat ausgewertet. Die Besprechung der Ergebnisse erfolgte danach gemeinsam mit dem Lehrarzt.

Darüber hinaus war in der Testatmappe noch ein Lernzielkatalog (Anhang 1) mit konkreten Tätigkeiten bzw. Fertigkeiten, die von den Studierenden während des Blockpraktikums durchgeführt und geübt werden sollten, enthalten.

## 2.2 Datenerhebung

Die Daten der vorliegenden Arbeit wurden zwischen dem SS 2004 und dem SS 2012 kontinuierlich und ohne Unterbrechung erhoben. Die Studierenden evaluierten die Veranstaltung nach Beendigung des Blockpraktikums mithilfe eines schriftlichen Evaluationsbogens. Die Evaluationsbögen wurden anfangs vom Sekretariat der Abteilung für Allgemeinmedizin an die Studierenden nach Abgabe ihrer Unterlagen (Testatmappe, Checkliste) ausgehändigt und von diesen sogleich ausgefüllt und wieder abgegeben. Ab 2010 fand die Evaluation im Rahmen des Abschlussseminars statt. Die Evaluationsbögen wurden zu Beginn des Abschlussseminars von einem wissenschaftlichen Mitarbeiter der Abteilung ausgeteilt und dann von den Studierenden ausgefüllt. Das Abschlussseminar fand am Ende des ein bzw. zweiwöchigen Blockpraktikums in regelmäßigen Abständen (ca. zwei Wochen) für je ca. 10 – 20 Teilnehmer statt. Nach jeder Abschlussveranstaltung wurden die gesammelten Daten von einer studentischen Hilfskraft in das Statistikprogramm SPSS übertragen.



## 2.3 Aufbau und Inhalt des Evaluationsbogens

Die Studierenden evaluierten in erster Linie die Praktikumsphase. Die Vorlesung zur Einführung in das Blockpraktikum und das Abschlussseminar dienten hauptsächlich der Ergänzung des Blockpraktikums und wurden daher im Fragebogen nicht explizit berücksichtigt.

Der Evaluationsbogen wurde in drei Teile gegliedert:

Der erste Teil (Teil I) bestand aus 8 Items mit einem 6 - stufigen Antwortformat von 1 = „*völlig*“ bis 6 = „*überhaupt nicht*“ (Anhang 2). Diese beinhalteten allgemeine Fragen zur Bewertung des Blockpraktikums und orientierten sich am Teilnehmer - Fragebogen zur Beurteilung der Kursweiterbildung Allgemeinmedizin der Bundesärztekammer (BÄK & DEGAM 1998).

Der zweite Teil (Teil II) bestand aus 14 Items, die ebenfalls ein 6 - stufiges Antwortformat, jedoch mit Werteskalen von 1 („*sehr gut*“) bis 6 („*sehr schlecht*“), aufwiesen (Anhang 2). Inhaltlich wurde in diesem Teil II die Vermittlung definierter Fähigkeiten und Einstellungen abgefragt, wobei sich die Auswahl der einzelnen Kompetenzen nach den offiziellen Definitionen der Aufgaben und Funktionen des Fachgebietes Allgemeinmedizin durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) richtete (Sandholzer et al. 2004).

Der dritte Teil (Teil III) setzte sich aus 17 Items zusammen, wovon 15 Items ein 10 - stufiges Antwortformat mit Werteskalen von 1 („*völlig*“) bis 10 („*überhaupt nicht*“) sowie zwei Items ein offenes Antwortformat aufwiesen (Anhang 2). Dieser Teil befasste sich mit der Bewertung der Durchführung des Blockpraktikums in der Lehrpraxis. Bei den letzten beiden Items mit offenem Antwortformat hatten die Studierenden die Möglichkeit Kritik und / oder Anregungen in Bezug auf das Blockpraktikum anzubringen.

Am Ende des Fragebogens wurde Raum für Ergänzungen zur Verfügung gestellt. Zusätzlich wurden noch persönliche Daten der Studierenden zu Geschlecht, Alter, Semester und Berufsziel erfasst (Anhang 2).

Die Studierenden evaluierten anonym, benannten aber ihre Lehrarztpraxen namentlich. Der Evaluationsbogen war standardisiert und hat sich innerhalb des untersuchten Zeitraums inhaltlich nicht verändert (Anhang 2).

## 2.4 Statistische Datenanalyse

Zur Auswertung und Analyse der Daten wurde das Computerprogramm Statistical Packages for Social Sciences (SPSS 20.0; SPSS Inc., Chicago, USA) verwendet.

Die Daten wurden zunächst auf deskriptiver Ebene ausgewertet. Im Rahmen der Gruppenvergleiche wurden zur Untersuchung der statistischen Signifikanz prüfstatistische Testverfahren durchgeführt. Dabei kam zur Überprüfung von Häufigkeitsunterschieden der Chi - Quadrat - Test und zur Überprüfung von Unterschieden bezüglich der zentralen Tendenz zwischen zwei Gruppen der Mann - Whitney - U - Test sowie zwischen drei Gruppen der Kruskal - Wallis - Test zur Anwendung.

Für die Gruppenvergleiche wurden hinsichtlich des Teils III des Evaluationsbogens (Antwortformat: 10 - stufige Likert - Skala) nur die Daten vom WS 2005 / 2006 bis zum SS 2012 zur Auswertung herangezogen, da vom SS 2004 bis zum SS 2005 im genannten Teil III noch eine 6 - stufige Likert - Skala verwendet wurde. In der deskriptiven Beschreibung werden die betreffenden Jahrgänge gesondert dargestellt. Beim Gruppenvergleich in Bezug auf die Lage der Lehrarztpraxis (*Groß- / Mittelstadt vs. Ländlich geprägter Raum*) wurden die Studierenden, die das Blockpraktikum in einer kleinen Mittelstadt, Kleinstadt oder im ländlichen Gemeinden (< 50.000 EW) absolviert hatten, aufgrund gefundener statistischer Abhängigkeiten mit einer hinsichtlich des Berufsziels und der Dauer des Blockpraktikums quotierten Zufallsstichprobe aus der Gruppe der Studierenden, die es in der Großstadt oder großen Mittelstadt (>= 50.000 EW) gemacht hatten, verglichen. Die Ziehung der quotierten Zufallsstichprobe erfolgte dabei mit Hilfe von SPSS. Auf diese Weise konnte gewährleistet werden, dass die Teilnehmerzahlen beider Gruppen gleich groß waren und dass die Ergebnisse nicht durch die Variablen Berufsziel und Dauer des Blockpraktikums beeinflusst wurden.

## 3. Ergebnisse

### 3.1 Stichprobenbeschreibung

Das Blockpraktikum Allgemeinmedizin wurde zwischen dem SS 2004 und dem SS 2012 von 2739 Medizinstudierenden absolviert. 2599 Studierende aus diesem Zeitraum haben die Evaluation ausgefüllt abgegeben, was einer Rücklaufquote von 94,9 % entspricht.

63,8 % ( $n / n_g = 1659 / 2599$ ) der gesammelten Evaluationen stammten von weiblichen, 36,2 % ( $n / n_g = 940 / 2599$ ) von männlichen Studierenden. Dies deckte sich in etwa mit der Geschlechterverteilung (w / m: 61,1 % / 38,9 %) im Studium der Humanmedizin für Gesamtdeutschland im WS 2011 / 2012 (Statistisches Bundesamt 2012).

Das Alter der Befragten lag im Durchschnitt bei 24,17 Jahren (Standardabweichung  $SD = 2,50$ ).

27,4 % ( $n / n_g = 672 / 2450$ ) der Studierenden gaben an, dass mindestens ein Elternteil den Arztberuf ausübte bzw. ausgeübt hatte.

82,9 % ( $n / n_g = 2118 / 2554$ ) befanden sich zum Zeitpunkt des Blockpraktikums im 4. Studienjahr (7. / 8. Semester).

98,9 % ( $n / n_g = 2571 / 2599$ ) machten Angaben zum angestrebten Berufsziel. Davon gaben 5,8 % ( $n / n_g = 148 / 2571$ ) an, Facharzt für Allgemeinmedizin werden zu wollen, 58,5 % ( $n / n_g = 1503 / 2571$ ) waren sicher, später eine andere Fachrichtung anstreben zu wollen und 35,8 % ( $n / n_g = 920 / 2571$ ) hatten noch keine definitive Präferenz hinsichtlich der späteren Fachrichtung.

In dem Zeitraum zwischen SS 2004 und SS 2012 wurden die Studierenden von 117 verschiedenen Lehrärzten im Blockpraktikum Allgemeinmedizin betreut. Zum Zeitpunkt des SS 2013 waren 116 Lehrärzte zur Betreuung für das Blockpraktikum an der Selbstständigen Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Leipzig gemeldet.

Die Lehrarztpraxen befanden sich innerhalb der Großstadt Leipzig, im Umland von Leipzig, sowie vereinzelt in den benachbarten Bundesländern. Von den 117 Lehrärzten, welche von den Studierenden innerhalb des Untersuchungszeitraums evaluiert wurden, praktizierten 44 (37,6 %) in Gemeinden mit weniger als 50.000 Einwohnern.

Das Blockpraktikum Allgemeinmedizin konnte seit dem SS 2004 entweder innerhalb von zwei Wochen halbtags oder innerhalb einer Woche, dann jedoch ganztags, absolviert werden.

Insgesamt nahmen bis zum SS 2012 40,6 % ( $n / n_g = 1056 / 2599$ ) der Studierenden die ganztägige Option wahr.

79,5 % ( $n / n_g = 2065 / 2597$ ) hielten eine Befragung der Studierenden zur Qualität des Blockpraktikums für sehr wichtig (entspricht den Bewertungen 1 und 2).

## **3.2 Deskriptive Auswertung des Evaluationsbogens**

### 3.2.1 Teil I: Allgemeine Fragen bezüglich der Zufriedenheit mit der Lehrveranstaltung

In diesem Teil I wurde unter anderem evaluiert, inwiefern die Studierenden das Blockpraktikum als sinnvolle und gewinnbringende Lehrveranstaltung erlebten und ob sich ihre Erwartungen in Bezug auf das Blockpraktikum erfüllt haben. Die Bewertung der Items erfolgte auf einer 6 - stufigen Likert - Skala mit Antwortoptionen von 1 = „völlig“ bis 6 = „überhaupt nicht“ (Anhang 2).

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf den gesamten Zeitraum der Untersuchung vom SS 2004 bis zum SS 2012.

72,3 % ( $n / n_g = 1876 / 2593$ ) gaben an, dass sich ihre „*Erwartungen hinsichtlich der Ziele und Themen des Blockpraktikums*“ weitestgehend erfüllt haben (entspricht den Bewertungen 1 und 2) (Anhang 2). Nur eine Minderheit der Befragten konnte sich vorstellen, einen „*vergleichbaren Gewinn*“ auch durch „*Lektüre*“ ( $n / n_g = 629 / 2542$ ) bzw. durch „*Praktika an der Uni*“ ( $n / n_g = 1049 / 2558$ ) erreicht haben zu können (entspricht den Bewertungen 1 bis 3) (Anhang 2). Das betreffende Item 4 bestand

dabei aus zwei Teilfragen, die getrennt ausgewertet wurden und folglich einzeln dargestellt werden.

Es konnte festgestellt werden, dass die Mehrheit der Studierenden das Blockpraktikum als positive und hilfreiche Veranstaltung wahrgenommen hat. So gaben 78,2 % ( $n / n_g = 2030 / 2597$ ) an, dass sich „gemessen am zeitlichen und organisatorischen Aufwand [...] die Teilnahme am Blockpraktikum Allgemeinmedizin“ gelohnt hat (entspricht den Bewertungen 1 bis 3) (Anhang 2).

Im Item 8 wurde gefragt, inwiefern „eine Befragung der Studierenden zur Qualität des Blockpraktikums für wichtig“ erachtet wurde (Anhang 2). Die Ergebnisse dazu sind bereits in der Stichprobenbeschreibung enthalten und werden bei der Darstellung der folgenden deskriptiven Ergebnissen sowie der Gruppenvergleichen nicht mehr mit einbezogen.

In der folgenden Tabelle 2 sind die zentralen Tendenzen der Angaben der Studierenden im Hinblick auf die Items 1 bis 7 des Evaluationsbogens (Teil I) aufgeführt.

**Tabelle 2: Deskriptive Auswertung der Zustimmung der Studierenden zu allgemeinen Aussagen bezüglich der Zufriedenheit mit dem Blockpraktikum Allgemeinmedizin (Evaluationsbogen Teil I: Items 1 bis 7)**

Nr.	Item	N	Median	Mittelwert	SD	Minimum*	Maximum**
1	Meine Erwartungen hinsichtlich des BP haben sich erfüllt.	2593	2,00	2,15	1,06	1	6
2	Während des BP habe ich fachlich viel gelernt.	2595	2,00	2,31	1,15	1	6
3	Das BP hat Relevanz für meine angestrebte berufliche Tätigkeit.	2593	3,00	2,80	1,40	1	6
4a	Ich hätte einen vergleichbaren Gewinn durch Lektüre erreicht.	2542	5,00	4,42	1,37	1	6
4b	Ich hätte einen vergleichbaren Gewinn durch Praktika an der Uni erreicht.	2558	4,00	3,85	1,48	1	6
5	Während des BP gab es die Möglichkeit zum fachlichen Austausch mit Lehrarzt.	2587	1,00	1,72	1,06	1	6

6	Das BP hat zum Selbststudium behandelter Themen angeregt.	2594	3,00	2,86	1,28	1	6
7	Die Teilnahme am BP hat sich gelohnt (gemessen an zeitl. / organ. Aufwand).	2597	2,00	2,49	1,40	1	6

\* völlig; \*\* überhaupt nicht

### 3.2.2 Teil II: Fragen zur Vermittlung von allgemeinmedizinischen Kompetenzen

Im zweiten Teil des Evaluationsbogens bewerteten die Studierenden, wie gut sie im Rahmen des Blockpraktikums verschiedene hausärztliche Fähigkeiten oder Einstellungen vermittelt bekommen haben. Zur Bewertung dieser Items wurde eine 6 - stufige Likert - Skala von 1 = „sehr gut“ bis 6 = „sehr schlecht“ genutzt (Anhang 2).

Die Ergebnisse des Teils II beziehen sich ebenfalls auf den Zeitraum der Untersuchung vom SS 2004 bis zum SS 2012.

In Bezug auf den Erwerb von allgemeinmedizinischen Kompetenzen durch das Blockpraktikum wurde von den Studierenden innerhalb des gesamten Untersuchungszeitraums die „*Betreuung chronisch Kranker*“ am besten bewertet (Anhang 2). 77,0 % ( $n / n_g = 1975 / 2564$ ) der Teilnehmer gaben an, dass dies sehr gut bzw. gut (entspricht den Bewertungen 1 und 2) in der Lehrarztpraxis vermittelt wurde. Daneben wurde auch die Vermittlung des Themenbereiches „*Kommunikation / Gesprächsführung*“ von 74,4 % ( $n / n_g = 1909 / 2567$ ) sehr gut bzw. gut bewertet (entspricht den Bewertungen 1 und 2) (Anhang 2). Hervorzuheben ist auch die Vermittlung der „*Erkennung häufiger Erkrankungen in der Allgemeinarztpraxis und deren Therapie*“, welche ebenfalls von der Mehrheit der Teilnehmer (76,6 %;  $n / n_g = 1967 / 2568$ ) positiv beurteilt wurde (entspricht den Bewertungen 1 und 2) (Anhang 2).

Das Item bezüglich der „*Betreuung Sterbender*“ wurde hingegen von den Studierenden nicht gut evaluiert (Anhang 2). Lediglich 36,2 % ( $n / n_g = 870 / 2402$ ) empfanden, dass dies sehr gut bis befriedigend (entspricht den Bewertungen 1 bis 3) gelehrt wurde.

In der Tabelle 3 werden die zentralen Tendenzen der Angaben der Studierenden im Hinblick auf die Items 9 bis 22 des Evaluationsbogens (Teil II) dargestellt.

**Tabelle 3: Deskriptive Auswertung der Zustimmung der Studierenden hinsichtlich der Vermittlung von Fähigkeiten oder Einstellungen innerhalb des Blockpraktikums (Evaluationsbogen Teil II: Items 9 bis 22)**

Nr.	Item	N	Median	Mittelwert	SD	Minimum*	Maximum**
9	Erkennung häufiger Erkrankungen in der Allgemeinpraxis und ihre Therapie	2568	2,00	2,03	0,90	1	6
10	Verordnungen (Rezepte, Arzneimittel, Krankengymnastik, AU etc.)	2569	2,00	2,41	1,08	1	6
11	Präventionsmaßnahmen (Verhinderung einer späteren schwerwiegenden Erkrankung, z.B. Adipositas)	2568	2,00	2,32	1,05	1	6
12	Screeningmaßnahmen (Vorsorgeuntersuchungen z. B. Check-up, Krebsvorsorge)	2568	2,00	2,22	1,13	1	6
13	Bedeutung von Familienmedizin	2563	2,00	2,54	1,26	1	6
14	Hausbesuche (Indikation, Ablauf, Häufigkeit)	2562	2,00	2,23	1,30	1	6
15	Kommunikation / Gesprächsführung (auch bei schwierigen Patienten)	2567	2,00	2,01	1,14	1	6
16	Patientenerwartungen gerecht werden	2564	2,00	2,18	0,95	1	6
17	Betreuung chronisch Kranker	2564	2,00	1,96	0,96	1	6
18	Betreuung Sterbender	2402	4,00	4,07	1,67	1	6
19	Impfungen	2552	2,00	1,97	1,30	1	6
20	Körperliche Untersuchungstechniken	2562	2,00	2,25	1,20	1	6
21	Gerätediagnostik in der Allgemeinpraxis	2564	3,00	2,74	1,36	1	6

22	Zusammenarbeit mit Spezialisten in Praxen und Krankenhäusern	2553	3,00	3,10	1,36	1	6
----	--	------	------	------	------	---	---

\* sehr gut; \*\* sehr schlecht

### 3.2.3 Teil III: Fragen zur Durchführung des Blockpraktikums

Dieser Abschnitt des Evaluationsbogens befasste sich mit dem persönlichen Erleben des Blockpraktikums durch den Studierenden in der jeweiligen Hausarztpraxis. Dabei war es von besonderem Interesse, wie die Studierenden die Durchführung des Blockpraktikums, sowohl in Hinblick auf das didaktische Vorgehen des Lehrarztes als auch hinsichtlich der Interaktion zwischen dem Lehrarzt und dem Studierenden, wahrgenommen haben.

Im folgenden Teil III der deskriptiven Auswertung werden die Ergebnisse von SS 2004 bis SS 2005 (6 - stufige Likert - Skala von 1 = „völlig“ bis 6 = „überhaupt nicht“) getrennt von denen der darauf folgenden Semester (10 - stufige Likert - Skala von 1 = „völlig“ bis 10 = „überhaupt nicht“) beschrieben (Anhang 2). Da die Evaluationen mit einer 10 - stufigen Likert - Skala im Teil III, den Hauptanteil der Ergebnisse ausmachen, wird mit deren Auswertung begonnen.

#### Deskriptive Auswertung: WS 2005 / 2006 bis SS 2012 mit 10 - stufiger Likert - Skala

Die Lehrärzte wurden von den Teilnehmern überwiegend positiv erlebt. 78,8 % ( $n / n_g = 1747 / 2218$ ) empfanden, dass *der Praxisinhaber alles sehr gut bzw. gut erklären konnte* (Anhang 2). Zudem empfanden 78,3 % ( $n / n_g = 1730 / 2210$ ), dass dieser auch *sehr bemüht war, „das Praktikum interessant zu gestalten“* (entspricht jeweils den Bewertungen 1 bis 3) (Anhang 2).

Jedoch sahen sich nur ungefähr ein Drittel der Medizinstudierenden (34,9 %;  $n / n_g = 769 / 2202$ ) *„durch den / die Praxisinhaber(in) motiviert, später selbst Hausarzt zu werden“* (entspricht den Bewertungen 1 bis 3) (Anhang 2).



„Insgesamt“ war eine Mehrheit von 68,4 % ( $n / n_g = 1476 / 2159$ ) mit „der Qualität des Praktikums“ sehr zufrieden (entspricht den Bewertungen 1 bis 3) (Anhang 2).

Die folgende Tabelle 4 zeigt die zentralen Tendenzen der Angaben der Studierenden hinsichtlich der Items 23 bis 37 des Evaluationsbogens (Teil III).

**Tabelle 4: Deskriptive Auswertung der Zustimmung der Studierenden hinsichtlich der Durchführung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin (Evaluationsbogen Teil III: Items 23 bis 37 - WS 2005 / 06 bis SS 2012)**

Nr.	Item	N	Median	Mittelwert	SD	Minimum*	Maximum**
23	Ich wurde durch den Praxisinhaber motiviert, später selbst Hausarzt zu werden.	2202	5,00	5,20	2,81	1	10
24	Der Praxisinhaber konnte mir alles gut erklären.	2218	2,00	2,65	2,00	1	10
25	Der Arzt / Ärztin war bemüht, das Praktikum interessant zu gestalten.	2210	2,00	2,61	2,24	1	10
26	Ich hatte stets klare Vorstellungen von dem, was von mir erwartet wurde.	2213	3,00	3,42	2,34	1	10
27	Arzt / Ärztin und Praxispersonal haben sich viel Zeit genommen, die von mir übernommenen Tätigkeiten zu besprechen.	2214	2,00	3,20	2,37	1	10
28	Es wurde mir Zeit eingeräumt Neues zu erlernen.	2215	2,00	3,03	2,26	1	10
29	Alle waren sehr bemüht meine Schwierigkeiten im Praxisalltag zu verstehen.	2183	2,00	3,18	2,33	1	10
30	Das Praktikum war viel zu theoretisch.	2210	9,00	8,42	1,89	1	10
31	Die Anforderungen an mich waren zu hoch.	2209	9,00	8,83	1,70	1	10
32	Niemand war daran interessiert, ob ich etwas verstanden habe.	2212	10,00	8,77	2,10	1	10
33	Die von mir durchgeführten Tätigkeiten wurden stets konstruktiv mit mir besprochen.	2213	3,00	3,76	2,46	1	10

34	Ich habe im Praktikum gelernt meine Arbeit zu planen.	2209	5,00	4,89	2,48	1	10
35	Das Praktikum hat meine Fähigkeit zur Teamarbeit verbessert.	2210	5,00	4,96	2,57	1	10
36	Ich habe im Praktikum Strategien zur Problemlösung gelernt.	2203	4,00	4,40	2,43	1	10
37	Insgesamt bin ich mit der Qualität des Praktikums zufrieden.	2159	2,00	3,21	2,41	1	10

\* völlig; \*\* überhaupt nicht

Deskriptive Auswertung: SS 2004 bis SS 2005 mit 6 - stufiger Likert - Skala

Es ließen sich bei den Auswertungen der Evaluationen des SS 2004, des WS 2004 / 2005 und des SS 2005 keine grundlegende Unterschiede in den Ergebnissen feststellen.

Daher wird auf eine genauere Ausführung der Häufigkeitsverteilungen einzelner Items verzichtet und auf die zusammenfassende Darstellung in der folgenden Tabelle 5 verwiesen.

**Tabelle 5: Deskriptive Auswertung der Zustimmung der Studierenden hinsichtlich der Durchführung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin (Evaluationsbogen Teil III: Items 23 bis 37 - SS 2004 bis SS 2005)**

Nr.	Item	N	Median	Mittelwert	SD	Minimum*	Maximum**
23	Ich wurde durch den Praxisinhaber motiviert, später selbst Hausarzt zu werden.	363	3,00	3,31	1,51	1	6
24	Der Praxisinhaber konnte mir alles gut erklären.	366	2,00	1,96	1,13	1	6
25	Der Arzt / Ärztin war bemüht, das Praktikum interessant zu gestalten.	366	2,00	1,88	1,16	1	6

26	Ich hatte stets klare Vorstellungen von dem, was von mir erwartet wurde.	365	2,00	2,39	1,23	1	6
27	Arzt / Ärztin und Praxispersonal haben sich viel Zeit genommen, die von mir übernommenen Tätigkeiten zu besprechen.	366	2,00	2,33	1,39	1	6
28	Es wurde mir Zeit eingeräumt Neues zu erlernen.	365	2,00	2,21	1,24	1	6
29	Alle waren sehr bemüht meine Schwierigkeiten im Praxisalltag zu verstehen.	364	2,00	2,15	1,17	1	6
30	Das Praktikum war viel zu theoretisch.	366	5,50	5,13	1,15	1	6
31	Die Anforderungen an mich waren zu hoch.	366	6,00	5,25	1,00	1	6
32	Niemand war daran interessiert, ob ich etwas verstanden habe.	364	6,00	5,24	1,27	1	6
33	Die von mir durchgeführten Tätigkeiten wurden stets konstruktiv mit mir besprochen.	365	2,00	2,44	1,32	1	6
34	Ich habe im Praktikum gelernt meine Arbeit zu planen.	365	3,00	2,97	1,30	1	6
35	Das Praktikum hat meine Fähigkeit zur Teamarbeit verbessert.	365	3,00	2,92	1,34	1	6
36	Ich habe im Praktikum Strategien zur Problemlösung gelernt.	366	3,00	2,75	1,16	1	6
37	Insgesamt bin ich mit der Qualität des Praktikums zufrieden.	367	2,00	2,18	1,22	1	6

\* völlig; \*\* überhaupt nicht

### 3.3 Auswertung und Vergleich der einzelnen Jahrgänge (SS 2004 bis SS 2012)

Zur folgenden Analyse wurden die Mittelwerte der Items aus den jeweiligen Semestern zwischen SS 2004 und SS 2012 miteinander verglichen. Es zeigten sich bei einzelnen Items zwar Schwankungen zwischen den Semestern, die sich jedoch in den meisten Fällen innerhalb der berechneten Konfidenzintervalle bewegten oder

eine saisonale Konstante aufwiesen. Insgesamt konnten keine bedeutsamen Veränderungen im zeitlichen Verlauf festgestellt werden, welche sich als kontinuierliche Trends interpretieren ließen. Im Hinblick auf die im Kapitel 1.3 bereits erwähnte Evaluation des Zwei - Tages - Praktikums (Kursus Allgemeinmedizin) im SS 2002 zeigten die studentischen Beurteilungen nun deutlich bessere Ergebnisse bezüglich der Vermittlung von „Präventionsmaßnahmen“, „Screeningmaßnahmen“, „Bedeutung von Familienmedizin“ und „Hausbesuche“ (Anhang 2).

Im Folgenden werden die Bewertungen von einzelnen ausgewählten Items aus allen drei Teilen (I, II, III) des Evaluationsbogens vergleichend für die einzelnen Jahrgänge in Form von Balkendiagrammen dargestellt. Bei der Darstellung der Items aus Teil III wurden nur die Semester WS 2005 / 2006 bis SS 2012 berücksichtigt (Abbildung 2 - 9).

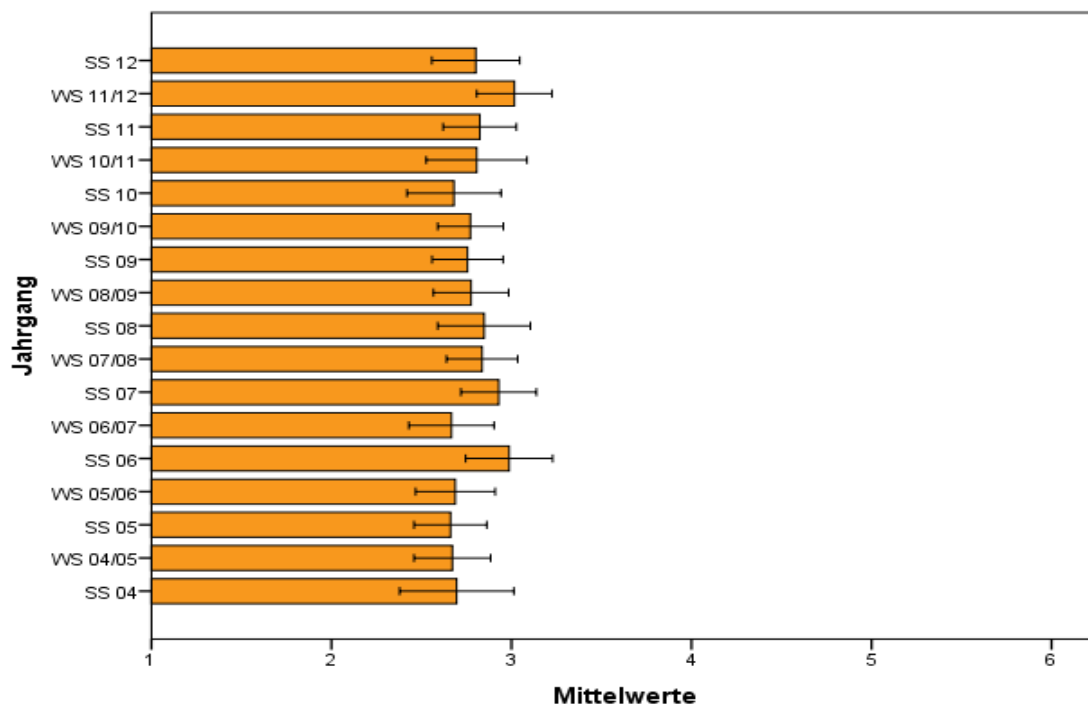


Abbildung 2: Mittelwerte zu den studentischen Evaluationen bezüglich des Items 3 („Das BP hat meiner Meinung nach Relevanz für meine angestrebte berufliche Tätigkeit.“) mit 6 – stufiger Likert - Skala (1 = „völlig“ bis 6 = „überhaupt nicht“) von SS 2004 bis SS 2012 (Anhang 2)

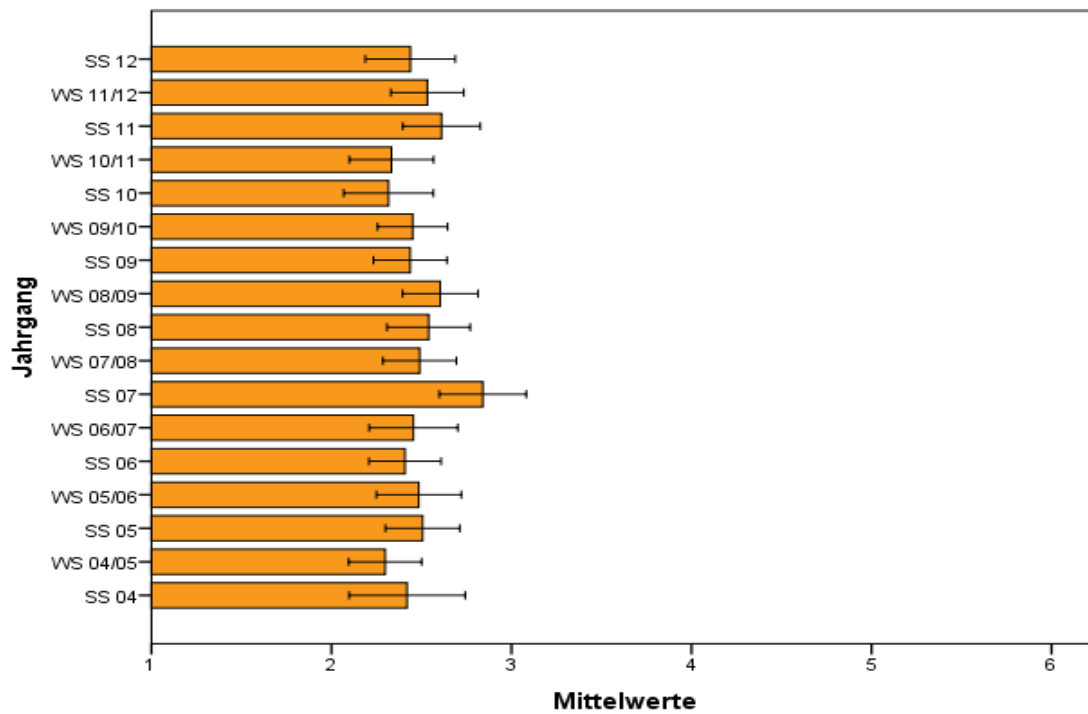


Abbildung 3: Mittelwerte zu den studentischen Evaluationen bezüglich des Items 7 („Gemessen am zeitlichen u. organisatorischen Aufwand hat sich die Teilnahme an dem Blockpraktikum gelohnt.“) mit 6 - stufiger Likert - Skala (1 = „völlig“ bis 6 = „überhaupt nicht“) von SS 2004 bis SS 2012 (Anhang 2)

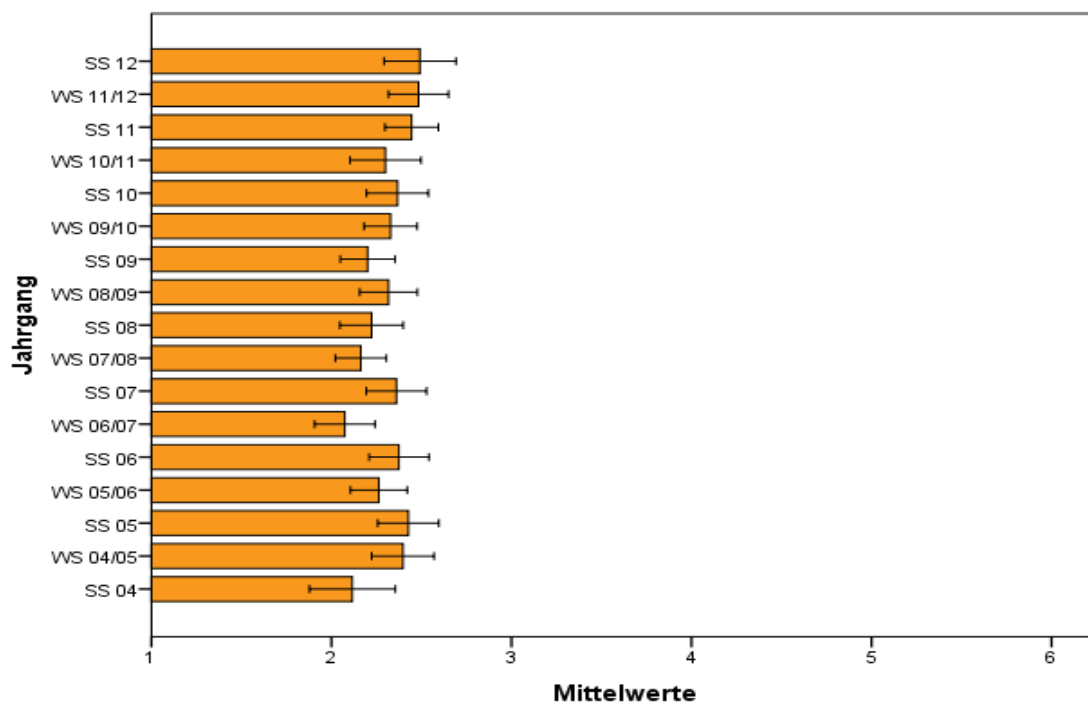


Abbildung 4: Mittelwerte zu den studentischen Evaluationen bezüglich der Vermittlung des Items 11 („Präventionsmaßnahmen“) mit 6 - stufiger Likert - Skala (1 = „sehr gut“ bis 6 = „sehr schlecht“) von SS 2004 bis SS 2012 (Anhang 2)

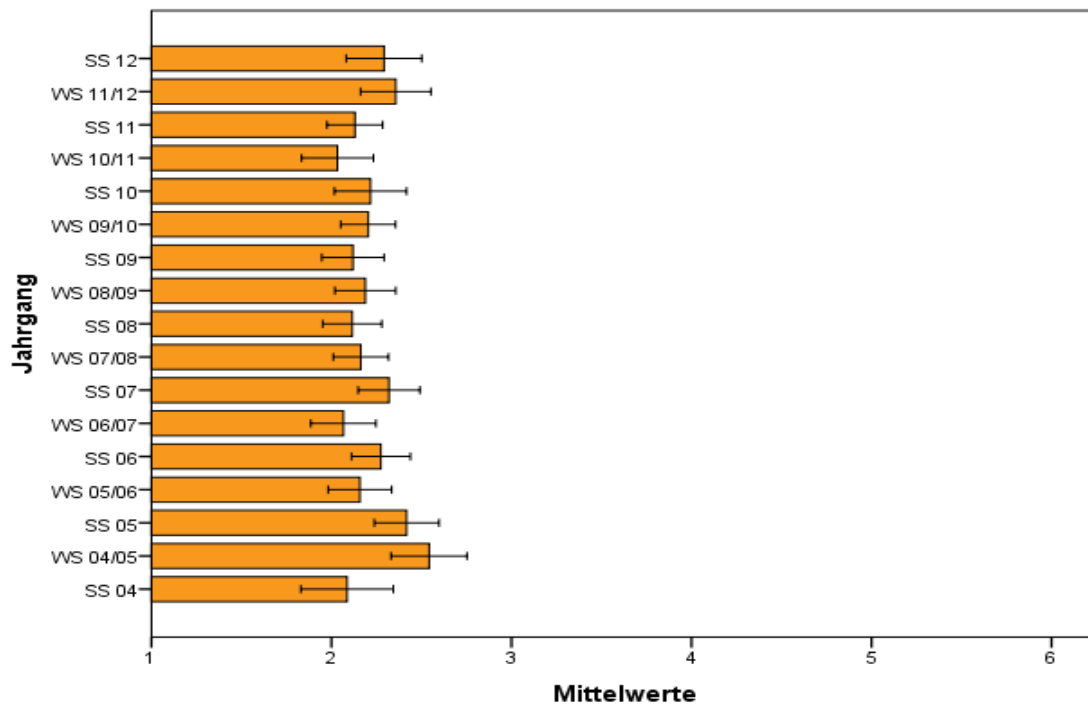


Abbildung 5: Mittelwerte zu den studentischen Evaluationen bezüglich der Vermittlung des Items 12 („Screeningmaßnahmen“) mit 6 - stufiger Likert - Skala (1 = „sehr gut“ bis 6 = „sehr schlecht“) von SS 2004 bis SS 2012 (Anhang 2)

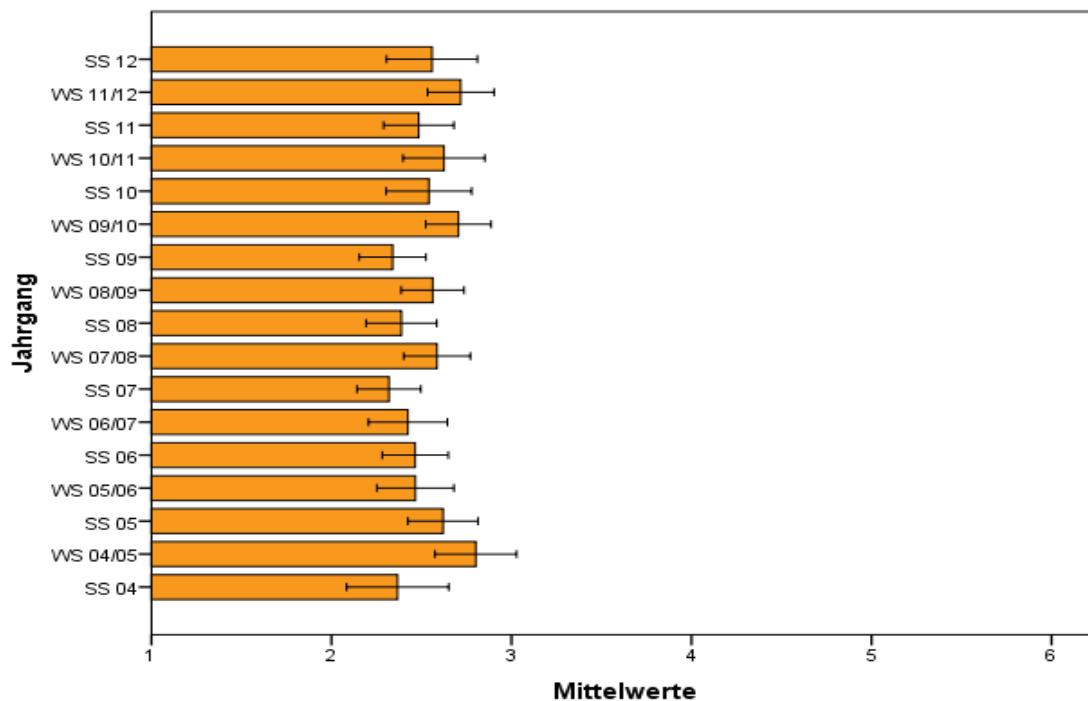


Abbildung 6: Mittelwerte zu den studentischen Evaluationen bezüglich der Vermittlung des Items 13 („Bedeutung von Familienmedizin“) mit 6 - stufiger Likert - Skala (1 = „sehr gut“ bis 6 = „sehr schlecht“) von SS 2004 bis SS 2012 (Anhang 2)

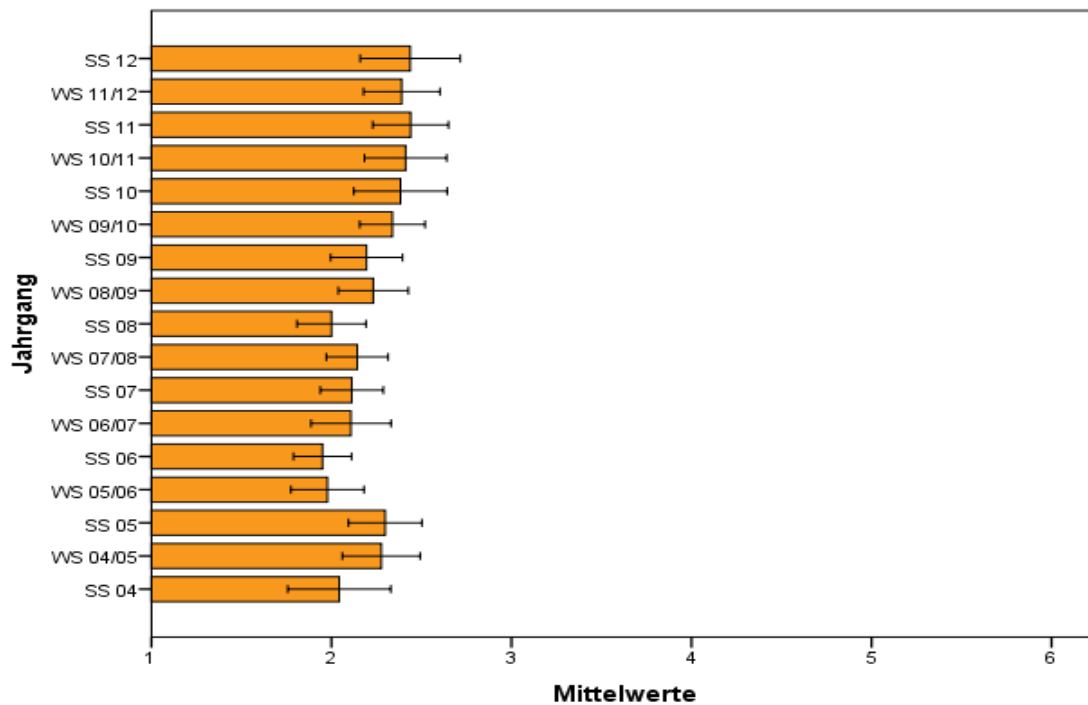


Abbildung 7: Mittelwerte zu den studentischen Evaluationen bezüglich der Vermittlung des Items 14 („Hausbesuche“) mit 6 - stufiger Likert - Skala (1 = „sehr gut“ bis 6 = „sehr schlecht“) von SS 2004 bis SS 2012 (Anhang 2)

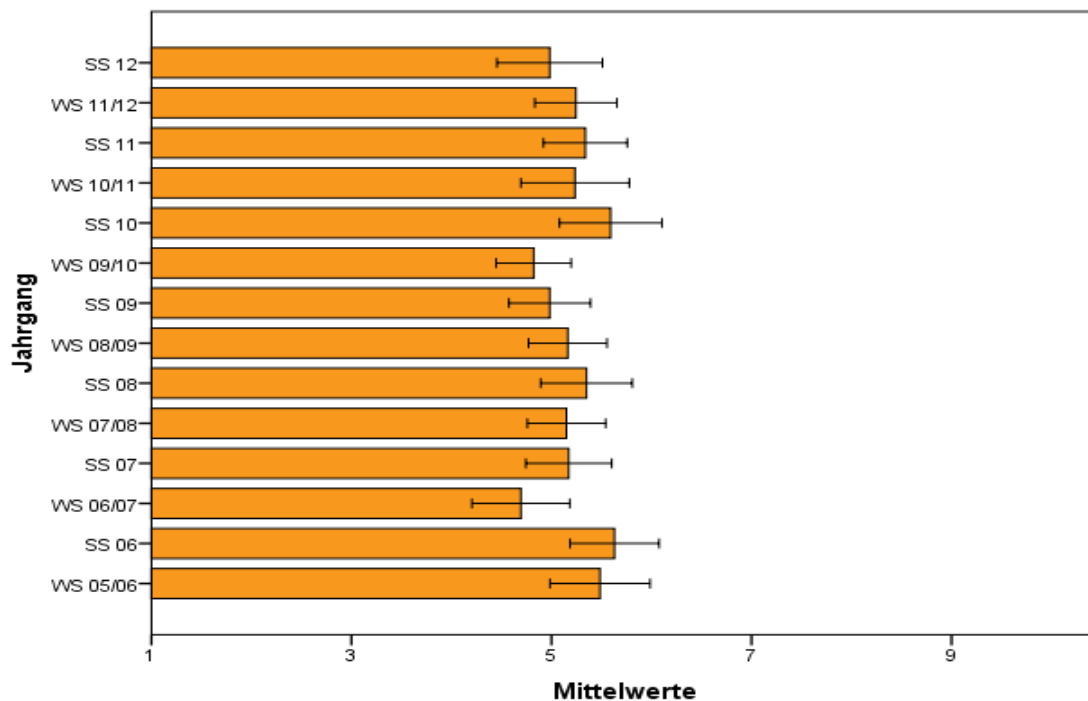
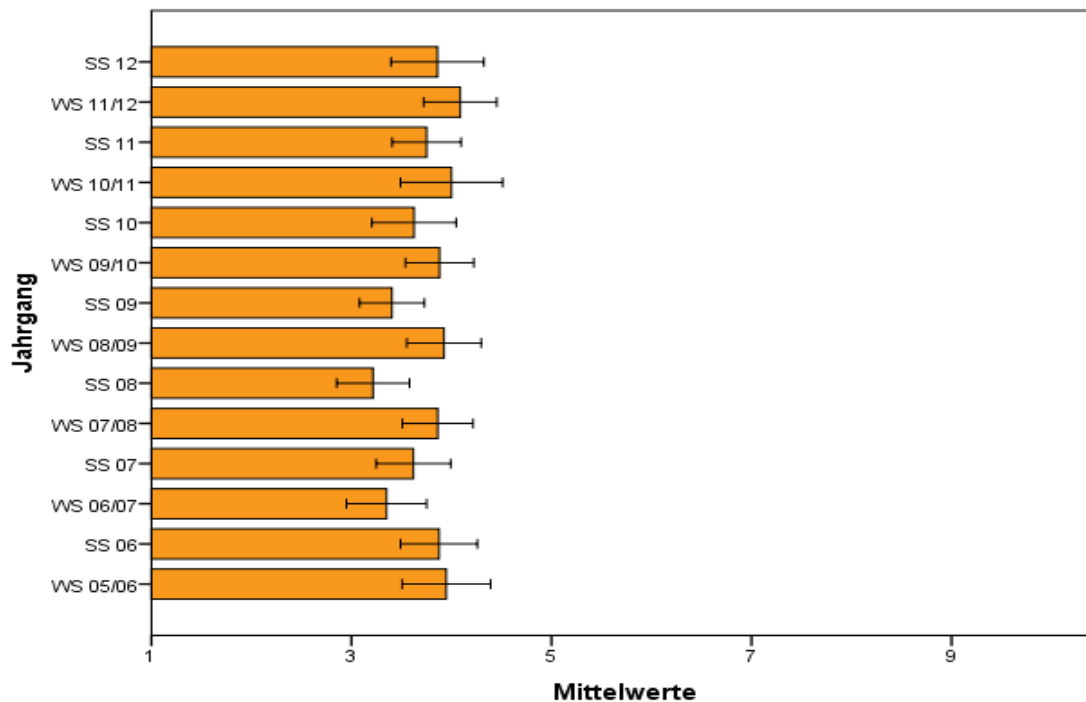


Abbildung 8: Mittelwerte zu den studentischen Evaluationen bezüglich des Items 23 („Ich wurde durch den / die Praxisinhaber(in) motiviert, später selbst Hausarzt zu werden.“) mit 10 - stufiger Likert - Skala (1 = „völlig“ bis 10 = „überhaupt nicht“) von WS 2005 / 2006 bis SS 2012 (Anhang 2)



**Abbildung 9: Mittelwerte zu den studentischen Evaluationen bezüglich des Items 33 („Die von mir durchgeführten Tätigkeiten wurden stets konstruktiv mit mir besprochen.“) mit 10 - stufiger Likert - Skala (1 = „völlig“ bis 10 = „überhaupt nicht“) von WS 2005 / 2006 bis SS 2012 (Anhang 2)**

### **3.4 Vergleich der Gruppen *ganztägiges Blockpraktikum* und *halbtägiges Blockpraktikum***

Den Studierenden der Universität Leipzig standen zwischen dem SS 2004 und dem SS 2012 zwei Möglichkeiten zur Verfügung, am Blockpraktikum Allgemeinmedizin teilzunehmen. Sie konnten es entweder während des laufenden Semesters halbtags, d.h. vormittags, oder während der Semesterferien, dann jedoch ganztags absolvieren. Bei der ersten Variante betrug die Gesamtdauer zwei Wochen, bei der zweiten Variante eine Woche.

Seit dem Sommersemester 2004 stieg die Anzahl an Studierenden, die die ganztägige Option gewählt hatten, kontinuierlich von < 10 % (SS 2004) auf ca. 70 % (SS 2012) an.

Insgesamt wählten 59,4 % ( $n / n_g = 1543 / 2599$ ) aller befragten Studierenden die halbtägige und 40,6 % ( $n / n_g = 1056 / 2599$ ) die ganztägige Variante.



Vor dem Vergleich zwischen den Gruppen *ganztägiges Blockpraktikum* und *halbtägiges Blockpraktikum* wurde zunächst untersucht, ob sich die beiden Gruppen hinsichtlich der Variablen Alter, Geschlecht und Berufsziel unterschieden. Beim Alter der Studierenden ließ sich ein signifikanter Unterschied (Mann - Whitney - U - Test,  $p < 0,001$ ) feststellen. Die Studierenden, die das Blockpraktikum ganztägig in den Semesterferien absolviert hatten, waren mit einem durchschnittlichen Alter von 24,54 Jahren (SD = 2,56) etwas älter als die Studierenden, die das Blockpraktikum halbtags durchlaufen hatten und im Durchschnitt 23,92 Jahre (SD = 2,43) alt waren. Bei den Variablen Geschlecht und Berufsziel zeigten sich keine signifikanten Differenzen zwischen den beiden untersuchten Gruppen.

Der Vergleich zwischen den beiden beschriebenen Gruppen zeigte im Hinblick auf die Evaluation des Blockpraktikums bei 27 der insgesamt 37 abgefragten Items signifikant bessere Bewertungen der Studierenden, die am ganztägigen Blockpraktikum teilgenommen hatten (Tabellen 6 - 8). Dabei gab diese Gruppe eine höhere Gesamtzufriedenheit mit der Veranstaltung an (Item 7 und 37). Außerdem wurde im Teil II des Evaluationsbogens insbesondere die Vermittlung von „Hausbesuchen“ von der Gruppe *ganztägiges Blockpraktikum* besser beurteilt (Anhang 2). Lediglich die Vermittlung des Themenbereichs „Impfungen“ wurde von den Studierenden, die sich für die halbtägige Variante entschieden hatten, signifikant besser bewertet (Tabelle 7; Anhang 2).

Im Teil III der Evaluation fiel auf, dass sich die Studierenden der Gruppe *ganztägiges Blockpraktikum* deutlich stärker motiviert fühlten, „später selbst Hausarzt zu werden“, obwohl die Dauer des Blockpraktikums bei der ganztägigen Option eine statt zwei Wochen betrug (Tabelle 8; Anhang 2).

Die gesamten Ergebnisse zum Vergleich der Gruppen *ganztägiges Blockpraktikum* und *halbtägiges Blockpraktikum* sind in den Tabellen 6 bis 8 dargestellt.

**Tabelle 6: Vergleich der Gruppen *ganztägiges Blockpraktikum* und *halbtägiges Blockpraktikum* bezüglich der allgemeinen Studentenzufriedenheit mit dem Blockpraktikum Allgemeinmedizin (Evaluationsbogen Teil I: Items 1 bis 7)**

			Dauer des Praktikums			
			ganztägiges BP (n = 1056)		halbtägiges BP (n = 1543)	
Nr.	Item (siehe*)	p**	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
1	Meine Erwartungen hinsichtlich des BP haben sich erfüllt.	< 0,001	2,02	1,02	2,23	1,07
2	Während des BP habe ich fachlich viel gelernt.	0,011	2,26	1,15	2,35	1,14
3	Das BP hat Relevanz für meine angestrebte berufliche Tätigkeit.	< 0,001	2,68	1,40	2,88	1,39
4a	Ich hätte einen vergleichbaren Gewinn durch Lektüre erreicht.	< 0,001	4,54	1,33	4,33	1,39
4b	Ich hätte einen vergleichbaren Gewinn durch Praktika an der Uni erreicht.	< 0,001	3,98	1,51	3,77	1,45
5	Während des BP gab es die Möglichkeit zum fachlichen Austausch mit Lehrarzt.	< 0,001	1,60	0,98	1,80	1,10
6	Das BP hat zum Selbststudium behandelte Themen angeregt.	0,027	2,79	1,25	2,91	1,29
7	Die Teilnahme am BP hat sich gelohnt (gemessen an zeitl. / organ. Aufwand).	< 0,001	2,22	1,30	2,68	1,44

\* Likert - Skala von 1 = völlig bis 6 = überhaupt nicht; \*\* Mann - Whitney - U - Test

**Tabelle 7: Vergleich der Gruppen *ganztägiges Blockpraktikum* und *halbtägiges Blockpraktikum* bezüglich der Zustimmung der Studierenden zur Vermittlung von Fähigkeiten oder Einstellungen innerhalb des Blockpraktikums Allgemeinmedizin (Evaluationsbogen Teil II: Items 9 bis 22)**

			Dauer des Praktikums			
			ganztägiges BP (n = 1056)		halbtägiges BP (n = 1543)	
Nr.	Item (siehe *)	p**	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
9	Erkennung häufiger Erkrankungen in der Allgemeinpraxis und ihre Therapie	0,021	1,99	0,89	2,06	0,90
10	Verordnungen (Rezepte, Arzneimittel, Krankengymnastik, AU etc.)	0,037	2,36	1,06	2,45	1,01
11	Präventionsmaßnahmen (Verhinderung einer späteren schwerwiegenden Erkrankung, z.B. Adipositas)	0,407	2,31	1,06	2,34	1,05
12	Screeningmaßnahmen (Vorsorgeuntersuchungen z. B. Check up, Krebsvorsorge)	0,052	2,18	1,12	2,26	1,13
13	Bedeutung von Familienmedizin	0,014	2,47	1,28	2,58	1,25
14	Hausbesuche (Indikation, Ablauf, Häufigkeit)	< 0,001	2,02	1,21	2,37	1,34
15	Kommunikation / Gesprächsführung (auch bei schwierigen Patienten)	0,003	1,94	1,11	2,06	1,15
16	Patientenerwartungen gerecht werden	0,260	2,16	0,96	2,19	0,94
17	Betreuung chronisch Kranker	0,010	1,92	0,98	1,99	0,95
18	Betreuung Sterbender	< 0,001	3,92	1,72	4,17	1,63
19	Impfungen	< 0,001	2,12	1,37	1,86	1,23
20	Körperliche Untersuchungstechniken	0,772	2,25	1,23	2,25	1,19
21	Gerätediagnostik in der Allgemeinpraxis	0,272	2,70	1,36	2,76	1,36

22	Zusammenarbeit mit Spezialisten in Praxen und Krankenhäusern	0,239	3,06	1,36	3,13	1,36
----	--	-------	------	------	------	------

\* Likert - Skala von 1 = sehr gut bis 6 = sehr schlecht; \*\* Mann - Whitney - U - Test

**Tabelle 8: Vergleich der Gruppen *ganztätiges Blockpraktikum* und *halbtätiges Blockpraktikum* bezüglich der Zustimmung der Studierenden zur Durchführung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin (Evaluationsbogen Teil III: Items 23 bis 37 - WS 2005 / 06 bis SS 2012)**

			Dauer des Praktikums			
			ganztätiges BP (n = 1056)		halbtätiges BP (n = 1543)	
Nr.	Item (siehe *)	p**	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
23	Ich wurde durch den Praxisinhaber motiviert, später selbst Hausarzt zu werden.	< 0,001	4,93	2,81	5,43	2,79
24	Der Praxisinhaber konnte mir alles gut erklären.	0,003	2,57	2,03	2,73	1,98
25	Der Arzt / Ärztin war bemüht, das Praktikum interessant zu gestalten.	< 0,001	2,47	2,20	2,73	2,26
26	Ich hatte stets klare Vorstellungen von dem, was von mir erwartet wurde.	< 0,001	3,16	2,24	3,65	2,39
27	Arzt / Ärztin und Praxispersonal haben sich viel Zeit genommen, die von mir übernommenen Tätigkeiten zu besprechen.	0,003	3,02	2,24	3,36	2,47
28	Es wurde mir Zeit eingeräumt Neues zu erlernen.	< 0,001	2,86	2,20	3,18	2,31
29	Alle waren sehr bemüht meine Schwierigkeiten im Praxisalltag zu verstehen.	< 0,001	3,00	2,23	3,34	2,39
30	Das Praktikum war viel zu theoretisch.	0,018	8,51	1,86	8,35	1,92
31	Die Anforderungen an mich waren zu hoch.	0,340	8,86	1,68	8,80	1,70
32	Niemand war daran interessiert, ob ich etwas verstanden habe	0,002	8,83	2,11	8,71	2,09

33	Die von mir durchgeführten Tätigkeiten wurden stets konstruktiv mit mir besprochen.	0,007	3,61	2,43	3,88	2,48
34	Ich habe im Praktikum gelernt meine Arbeit zu planen.	0,290	4,83	2,49	4,94	2,47
35	Das Praktikum hat meine Fähigkeit zur Teamarbeit verbessert.	0,031	4,83	2,55	5,07	2,58
36	Ich habe im Praktikum Strategien zur Problemlösung gelernt.	0,424	4,34	2,39	4,46	2,46
37	Insgesamt bin ich mit der Qualität des Praktikums zufrieden.	< 0,001	2,96	2,31	3,42	2,48

\* Likert - Skala von 1 = völlig bis 10 = überhaupt nicht; \*\* Mann - Whitney - U - Test

### 3.5 Vergleich der Gruppen *Groß- / Mittelstadt* und *Ländlich geprägter Raum*

Die folgende Analyse befasste sich mit dem möglichen Einfluss des Standortes der Lehrarztpraxis auf die Studentenzufriedenheit. Dabei wurden die Evaluationen von Studierenden, die das Blockpraktikum in einer Großstadt oder einer großen Mittelstadt mit  $\geq 50.000$  Einwohnern absolviert hatten, mit den Evaluationen von Studierenden, die es in einer kleinen Mittelstadt, Kleinstadt oder in dörflichen Gemeinden mit weniger als 50.000 Einwohnern durchgeführt hatten, verglichen. Zur besseren Lesbarkeit wurden die beiden Gruppen im Folgenden *Groß- / Mittelstadt* ( $\geq 50.000$  EW) und *Ländlich geprägter Raum* ( $< 50.000$  EW) genannt (Kapitel 4.2.4).

Zunächst wurde untersucht, ob sich die beiden zu vergleichenden Gruppen hinsichtlich der Variablen Geschlecht (m / w), Alter, Arztkind (ja / nein), Berufsziel und Dauer des Blockpraktikums (*halbtägiges Blockpraktikum* vs. *ganztägiges Blockpraktikum*) unterschieden. Ein signifikanter Unterschied zeigte sich dabei in Bezug auf die Variablen Berufsziel der Studierenden und Dauer des Blockpraktikums.

Die Studierenden, welche das Blockpraktikum im ländlich geprägten Raum durchgeführt hatten, wollten signifikant häufiger Facharzt für Allgemeinmedizin werden (Tabelle 9).

Hinsichtlich der Dauer des Blockpraktikums haben sich die Studierenden aus der Gruppe *Ländlich geprägter Raum* signifikant häufiger für die ganztägige Variante entschieden (Tabelle 10).

**Tabelle 9: Lage der Lehrarztpraxis / Berufsziel**

Lage der Lehrarztpraxis		Berufsziel			
		FA f. Allgemeinmedizin	Andere Fachrichtung	Keine definitive Präferenz	Gesamt
<b>Groß- / Mittelstadt</b> ( $\geq 50.000$ EW)	<b>Anzahl</b>	125	1391	825	2341
	<b>% innerhalb von Lage der Praxis</b>	5,3 %	59,4 %	35,2 %	100,0 %
<b>Ländlich geprägter Raum</b> ( $<50.000$ EW)	<b>Anzahl</b>	23	112	95	230
	<b>% innerhalb von Lage der Praxis</b>	10,0 %	48,7 %	41,3 %	100,0 %
<b>Gesamt</b>	<b>Anzahl</b>	148	1503	920	2571
	<b>% innerhalb von Lage der Praxis</b>	5,8 %	58,5 %	35,8 %	100,0 %

Chi - Quadrat - Test;  $p = 0,001$

**Tabelle 10: Lage der Lehrarztpraxis / Dauer des Blockpraktikums**

Lage der Lehrarztpraxis		Dauer des Blockpraktikums		
		ganztägiges BP	halbtägiges BP	Gesamt
<b>Groß- / Mittelstadt</b> ( $\geq 50.000$ EW)	<b>Anzahl</b>	923	1443	2366
	<b>% innerhalb von Lage der Praxis</b>	39,0 %	61,0 %	100,0 %
<b>Ländlich geprägter Raum</b> ( $<50.000$ EW)	<b>Anzahl</b>	133	100	233
	<b>% innerhalb von Lage der Praxis</b>	57,1 %	42,9 %	100,0 %
<b>Gesamt</b>	<b>Anzahl</b>	1056	1543	2599
	<b>% innerhalb von Lage der Praxis</b>	40,6 %	59,4 %	100,0 %

Chi - Quadrat - Test;  $p < 0,001$

Unter Berücksichtigung dieser Abhängigkeiten wurden die Studierenden, die das Blockpraktikum im ländlich geprägten Raum absolviert hatten, in der folgenden Analyse mit einer hinsichtlich des Berufsziels und der Dauer des Blockpraktikums quotierten Zufallsstichprobe aus der Gruppe *Groß- / Mittelstadt* verglichen.

Es zeigten sich im darauf folgenden Gruppenvergleich in 32 von insgesamt 37 Items signifikante Unterschiede mit besseren Bewertungen der Gruppe *Ländlich geprägter Raum*. Dies konnte insbesondere bei der Beurteilung der Lehrärzte festgestellt werden. So fühlten sich diese Studierenden für eine spätere allgemeinmedizinische Berufswahl deutlich stärker „durch den / die Praxisinhaber(in) motiviert“ (Anhang 2). Außerdem nahm sich dieser, ihrer Meinung nach, mehr Zeit, die von ihnen „übernommenen Tätigkeiten mit ihnen konstruktiv zu besprechen“ (Tabelle 13; Anhang 2).

In den Tabellen 11 bis 13 sind die Mittelwerte des Gruppenvergleichs *Groß- / Mittelstadt vs. Ländlich geprägter Raum* für alle drei Teile des Evaluationsbogens aufgelistet.

**Tabelle 11: Vergleich der Gruppen *Groß- / Mittelstadt* und *Ländlich geprägter Raum* bezüglich der allgemeinen Studentenzufriedenheit mit dem Blockpraktikum Allgemeinmedizin (Evaluationsbogen Teil I: Items 1 bis 7)**

			Lage der Lehrarztpraxis			
			Groß- / Mittelstadt ≥ 50.000 EW (n = 233)		Ländlich geprägter Raum < 50.000 EW (n = 233)	
Nr.	Item (siehe *)	p**	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
1	Meine Erwartungen hinsichtlich des BP haben sich erfüllt.	0,003	2,12	1,03	1,87	0,92
2	Während des BP habe ich fachlich viel gelernt.	0,009	2,27	1,07	2,06	1,11
3	Das BP hat Relevanz für meine angestrebte berufliche Tätigkeit.	0,032	2,61	1,27	2,36	1,21

4a	Ich hätte einen vergleichbaren Gewinn durch Lektüre erreicht.	0,829	4,61	1,34	4,66	1,25
4b	Ich hätte einen vergleichbaren Gewinn durch Praktika an der Uni erreicht.	<b>0,006</b>	3,99	1,45	4,35	1,37
5	Während des BP gab es die Möglichkeit zum fachlichen Austausch mit Lehrarzt.	0,175	1,58	0,87	1,47	0,79
6	Das BP hat zum Selbststudium behandelter Themen angeregt.	<b>0,001</b>	2,85	1,22	2,51	1,18
7	Die Teilnahme am BP hat sich gelohnt (gemessen an zeitl. / organ. Aufwand).	<b>0,044</b>	2,36	1,30	2,17	1,32

\* Likert - Skala von 1 = völlig bis 6 = überhaupt nicht; \*\* Mann - Whitney - U - Test

**Tabelle 12: Vergleich der Gruppen *Groß- / Mittelstadt* und *Ländlich geprägter Raum* bezüglich der Zustimmung der Studierenden zur Vermittlung von Fähigkeiten oder Einstellungen innerhalb des Blockpraktikums Allgemeinmedizin (Evaluationsbogen Teil II: Items 9 bis 22)**

			Lage der Lehrarztpraxis			
			Groß- / Mittelstadt ≥ 50.000 EW (n = 233)		Ländlich geprägter Raum < 50.000 EW (n = 233)	
Nr.	Item (siehe *)	p**	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
9	Erkennung häufiger Erkrankungen in der Allgemeinpraxis und ihre Therapie	<b>0,002</b>	2,05	0,89	1,81	0,81
10	Verordnungen (Rezepte, Arzneimittel, Krankengymnastik, AU etc.)	<b>0,021</b>	2,30	1,00	2,07	0,86
11	Präventionsmaßnahmen (Verhinderung einer späteren schwerwiegenden Erkrankung, z.B. Adipositas)	<b>0,009</b>	2,38	1,00	2,10	0,91
12	Screeningmaßnahmen (Vorsorgeuntersuchungen z. B. Check up, Krebsvorsorge)	<b>0,001</b>	2,26	1,15	1,90	0,95
13	Bedeutung von Familienmedizin	<b>0,010</b>	2,50	1,23	2,20	1,11



14	Hausbesuche (Indikation, Ablauf, Häufigkeit)	< 0,001	2,17	1,19	1,68	0,86
15	Kommunikation / Gesprächsführung (auch bei schwierigen Patienten)	0,143	1,94	1,10	1,82	1,07
16	Patientenerwartungen gerecht werden	0,028	2,16	0,91	1,97	0,85
17	Betreuung chronisch Kranker	< 0,001	1,99	1,00	1,69	0,90
18	Betreuung Sterbender	0,001	4,01	1,65	3,46	1,76
19	Impfungen	0,079	2,05	1,35	1,80	1,13
20	Körperliche Untersuchungstechniken	0,049	2,28	1,26	2,04	1,09
21	Gerätediagnostik in der Allgemeinpraxis	0,008	2,81	1,36	2,50	1,32
22	Zusammenarbeit mit Spezialisten in Praxen und Krankenhäusern	0,016	3,14	1,39	2,82	1,25

\* Likert - Skala von 1 = sehr gut bis 6 = sehr schlecht; \*\* Mann - Whitney - U - Test

Tabelle 13: Vergleich der Gruppen *Groß- / Mittelstadt* und *Ländlich geprägter Raum* bezüglich der Zustimmung der Studierenden zur Durchführung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin (Evaluationsbogen Teil III: Items 23 bis 37 - WS 2005 / 06 bis SS 2012)

			Lage der Lehrarztpraxis			
			Groß- / Mittelstadt ≥ 50.000 EW (n = 208)		Ländlich geprägter Raum < 50.000 EW (n = 189)	
Nr.	Item (siehe *)	p**	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
23	Ich wurde durch den Praxisinhaber motiviert, später selbst Hausarzt zu werden.	0,001	4,77	2,45	4,01	2,76

24	Der Praxisinhaber konnte mir alles gut erklären.	0,001	2,67	1,99	2,12	1,64
25	Der Arzt / Ärztin war bemüht, das Praktikum interessant zu gestalten.	< 0,001	2,67	2,27	1,99	1,77
26	Ich hatte stets klare Vorstellungen von dem, was von mir erwartet wurde.	0,024	3,38	2,27	2,88	1,99
27	Arzt / Ärztin und Praxispersonal haben sich viel Zeit genommen, die von mir übernommenen Tätigkeiten zu besprechen.	0,003	3,05	2,25	2,48	1,97
28	Es wurde mir Zeit eingeräumt Neues zu erlernen.	0,003	2,95	2,13	2,41	1,89
29	Alle waren sehr bemüht meine Schwierigkeiten im Praxisalltag zu verstehen.	0,002	3,16	2,36	2,49	1,93
30	Das Praktikum war viel zu theoretisch.	0,043	8,55	1,75	8,87	1,55
31	Die Anforderungen an mich waren zu hoch.	0,717	8,89	1,71	9,11	1,12
32	Niemand war daran interessiert, ob ich etwas verstanden habe.	< 0,001	8,71	2,18	9,40	1,34
33	Die von mir durchgeführten Tätigkeiten wurden stets konstruktiv mit mir besprochen.	< 0,001	3,70	2,35	2,93	2,11
34	Ich habe im Praktikum gelernt meine Arbeit zu planen.	0,006	4,90	2,44	4,22	2,29
35	Das Praktikum hat meine Fähigkeit zur Teamarbeit verbessert.	0,004	5,06	2,54	4,33	2,52
36	Ich habe im Praktikum Strategien zur Problemlösung gelernt.	0,004	4,48	2,38	3,84	2,26
37	Insgesamt bin ich mit der Qualität des Praktikums zufrieden.	< 0,001	3,20	2,23	2,47	1,96

\* Likert - Skala von 1 = völlig bis 10 = überhaupt nicht; \*\* Mann - Whitney - U - Test

### 3.6 Vergleich der Gruppen *Facharzt für Allgemeinmedizin, Andere Fachrichtung und Keine definitive Präferenz*

Die Ergebnisse der Analyse hinsichtlich des Vergleichs dieser Gruppen legten nahe, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Berufsziel der Studierenden und der Evaluation des Blockpraktikums gab. Die Teilnehmer, die eine allgemeinmedizinische Karriere anstrebten, gaben bei 25 von insgesamt 37 Items signifikant bessere Bewertungen ab als die beiden anderen untersuchten Gruppen *Andere Fachrichtung* oder *Keine definitive Präferenz* und waren insgesamt mit dem Blockpraktikum am zufriedensten.

Die Ergebnisse hierzu werden in den Tabellen 14 bis 16 dargestellt.

**Tabelle 14: Vergleich der Gruppen *FA f. Allgemeinmedizin, Andere Fachrichtung* und *Keine definitive Präferenz* bezüglich der allgemeinen Studentenzufriedenheit mit dem Blockpraktikum Allgemeinmedizin (Evaluationsbogen Teil I: Items 1 bis 7)**

			Berufsziel der Studierenden					
			FA f. Allgemeinmedizin		Andere Fachrichtung		Keine definitive Präferenz	
Nr.	Item (siehe *)	p**	MW	SD	MW	SD	MW	SD
1	Meine Erwartungen hinsichtlich des BP haben sich erfüllt.	< 0,001	1,82	0,97	2,15	1,07	2,20	1,03
2	Während des BP habe ich fachlich viel gelernt.	0,004	2,03	1,01	2,34	1,15	2,31	1,15
3	Das BP hat Relevanz für meine angestrebte berufliche Tätigkeit.	< 0,001	1,59	1,09	3,00	1,40	2,65	1,31
4a	Ich hätte einen vergleichbaren Gewinn durch Lektüre erreicht.	< 0,001	4,63	1,29	4,31	1,39	4,56	1,32
4b	Ich hätte einen vergleichbaren Gewinn durch Praktika an der Uni erreicht.	< 0,001	4,32	1,30	3,72	1,48	3,99	1,47
5	Während des BP gab es die Möglichkeit zum fachlichen Austausch mit Lehrarzt.	0,058	1,55	0,97	1,72	1,07	1,75	1,06

6	Das BP hat zum Selbststudium behandelter Themen angeregt.	< 0,001	2,47	1,10	2,92	1,29	2,84	1,26
7	Die Teilnahme am BP hat sich gelohnt (gemessen an zeitl. / organ. Aufwand).	< 0,001	1,93	1,19	2,60	1,42	2,41	1,37

\* Likert Skala von 1 = völlig bis 6 = überhaupt nicht; \*\* Kruskal - Wallis - Test

Tabelle 15: Vergleich der Gruppen *FA f. Allgemeinmedizin, Andere Fachrichtung* und *Keine definitive Präferenz* bezüglich der Zustimmung der Studierenden zur Vermittlung von Fähigkeiten oder Einstellungen innerhalb des Blockpraktikums Allgemeinmedizin (Evaluationsbogen Teil II: Items 9 bis 22)

			Berufsziel der Studierenden					
			FA f. Allgemeinmedizin		Andere Fachrichtung		Keine definitive Präferenz	
Nr.	Item (siehe *)	p**	MW	SD	MW	SD	MW	SD
9	Erkennung häufiger Erkrankungen in der Allgemeinpraxis und ihre Therapie	0,007	1,84	0,88	2,06	0,91	2,02	0,88
10	Verordnungen (Rezepte, Arzneimittel, Krankengymnastik, AU etc.)	0,009	2,18	1,09	2,42	1,09	2,43	1,07
11	Präventionsmaßnahmen (Verhinderung einer späteren schwerwiegenden Erkrankung, z.B. Adipositas)	0,107	2,17	1,03	2,34	1,07	2,33	1,03
12	Screeningmaßnahmen (Vorsorgeuntersuchungen z. B. Check up, Krebsvorsorge)	0,014	1,99	1,09	2,24	1,12	2,24	1,13
13	Bedeutung von Familienmedizin	0,001	2,21	1,25	2,57	1,25	2,53	1,27
14	Hausbesuche (Indikation, Ablauf, Häufigkeit)	< 0,001	1,84	1,15	2,27	1,30	2,23	1,31
15	Kommunikation / Gesprächsführung (auch bei schwierigen Patienten)	0,004	1,78	1,07	2,05	1,15	1,98	1,11
16	Patientenerwartungen gerecht werden	0,004	2,01	1,00	2,21	0,93	2,15	0,96

17	Betreuung chronisch Kranker	< 0,001	1,70	0,94	2,00	0,96	1,95	0,97
18	Betreuung Sterbender	0,003	3,59	1,74	4,12	1,65	4,07	1,68
19	Impfungen	0,549	1,88	1,29	1,97	1,31	1,98	1,29
20	Körperliche Untersuchungstechniken	0,199	2,13	1,25	2,27	1,21	2,25	1,19
21	Gerätediagnostik in der Allgemeinpraxis	0,021	2,45	1,29	2,75	1,35	2,77	1,38
22	Zusammenarbeit mit Spezialisten in Praxen und Krankenhäusern	0,001	2,85	1,34	3,18	1,35	3,04	1,37

\* Likert Skala von 1 = sehr gut bis 6 = sehr schlecht; \*\* Kruskal - Wallis - Test

Tabelle 16: Vergleich der Gruppen *FA f. Allgemeinmedizin*, *Andere Fachrichtung* und *Keine definitive Präferenz* bezüglich der Zustimmung der Studierenden zur Durchführung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin (Evaluationsbogen Teil III: Items 23 bis 37 - WS 2005 / 06 bis SS 2012)

			Berufsziel der Studierenden					
			FA f. Allgemeinmedizin		Andere Fachrichtung		Keine definitive Präferenz	
Nr.	Item (siehe *)	p**	MW	SD	MW	SD	MW	SD
23	Ich wurde durch den Praxisinhaber motiviert, später selbst Hausarzt zu werden.	< 0,001	2,94	2,23	5,67	2,79	4,76	2,67
24	Der Praxisinhaber konnte mir alles gut erklären.	0,004	2,23	1,88	2,66	1,99	2,73	2,04
25	Der Arzt / Ärztin war bemüht, das Praktikum interessant zu gestalten.	0,134	2,38	2,27	2,62	2,25	2,64	2,21
26	Ich hatte stets klare Vorstellungen von dem, was von mir erwartet wurde.	0,070	3,06	2,36	3,43	2,30	3,49	2,38
27	Arzt / Ärztin und Praxispersonal haben sich viel Zeit genommen, die	0,356	2,92	2,28	3,21	2,38	3,24	2,36

	von mir übernommenen Tätigkeiten zu besprechen.							
28	Es wurde mir Zeit eingeräumt Neues zu erlernen.	<b>0,043</b>	2,73	2,36	3,09	2,28	2,99	2,23
29	Alle waren sehr bemüht meine Schwierigkeiten im Praxisalltag zu verstehen.	0,118	2,91	2,40	3,22	2,34	3,16	2,30
30	Das Praktikum war viel zu theoretisch.	<b>0,032</b>	8,71	1,91	8,40	1,86	8,41	1,92
31	Die Anforderungen an mich waren zu hoch.	0,556	8,88	1,89	8,83	1,68	8,81	1,68
32	Niemand war daran interessiert, ob ich etwas verstanden habe.	0,646	8,45	2,69	8,75	2,10	8,82	2,00
33	Die von mir durchgeführten Tätigkeiten wurden stets konstruktiv mit mir besprochen.	0,151	3,46	2,56	3,75	2,41	3,83	2,51
34	Ich habe im Praktikum gelernt meine Arbeit zu planen.	<b>0,031</b>	4,36	2,46	4,93	2,46	4,90	2,50
35	Das Praktikum hat meine Fähigkeit zur Teamarbeit verbessert.	0,053	4,50	2,46	5,04	2,56	4,90	2,58
36	Ich habe im Praktikum Strategien zur Problemlösung gelernt.	<b>0,003</b>	3,89	2,41	4,52	2,45	4,28	2,36
37	Insgesamt bin ich mit der Qualität des Praktikums zufrieden.	<b>&lt; 0,001</b>	2,56	2,29	3,30	2,43	3,16	2,39

\* Likert Skala von 1 = völlig bis 10 = überhaupt nicht; \*\* Kruskal - Wallis - Test

## 4. Diskussion

### 4.1 Diskussion der Ergebnisse

In der vorliegenden Studie wurden Studentenevaluationen zum Blockpraktikum Allgemeinmedizin aus einem Zeitraum zwischen dem SS 2004 und dem SS 2012 mit einer repräsentativen Rücklaufquote von 94,9 % ausgewertet und im Einzelnen dargestellt. Die Mehrheit der Teilnehmer am Blockpraktikum war mit der Veranstaltung insgesamt sehr zufrieden. Die Bewertungen blieben trotz leichter Schwankungen, aber ohne schwerwiegende Einschnitte, innerhalb der untersuchten Zeitspanne, konstant. Im Vergleich zum bis 2003 durchgeführten Zwei - Tages - Praktikum (Kursus Allgemeinmedizin) ergaben sich verbesserte Ergebnisse bei der Vermittlung der Themenbereiche „*Präventionsmaßnahmen*“, „*Screeningmaßnahmen*“, „*Bedeutung von Familienmedizin*“ und „*Hausbesuche*“ (Anhang 2). Die Auswertung der beschriebenen Gruppenvergleiche deutet darauf hin, dass örtliche und zeitliche Rahmenbedingungen einen Einfluss auf die Studentenzufriedenheit und den subjektiv empfundenen Lernerfolg der Studierenden haben. Die Studierenden, die das Blockpraktikum ganztägig durchführten und diejenigen, die es im ländlich geprägten Raum absolvierten, evaluierten die Lehrveranstaltung signifikant besser, als die jeweiligen Vergleichsgruppen. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass Studierende mit dem Berufsziel Allgemeinmedizin besonders zufrieden mit der Qualität des Blockpraktikums waren.

#### 4.1.1 Deskriptive Auswertung

Die Gesamtzufriedenheit der Studierenden mit dem Blockpraktikum Allgemeinmedizin wurde mit verschiedenen Items erfasst. So wurde im Teil I des Evaluationsbogens unter anderem gefragt, ob sich die Erwartungen der Studierenden „*hinsichtlich der Ziele und Themen des Blockpraktikums*“ erfüllt (Item 1) und die Teilnahme „*gemessen am zeitlichen und organisatorischen Aufwand*“ gelohnt (Item 7) haben (Anhang 2). Zusätzlich wurde im Teil III des Evaluationsbogens explizit die Zufriedenheit mit der „*Qualität des Praktikums*“ abgefragt (Anhang 2). In der deskriptiven Auswertung konnte festgestellt werden, dass die Teilnehmer diese

Fragen mehrheitlich positiv bewerteten. Dies kann im Sinne einer gelungenen Lehrveranstaltung interpretiert werden, zumal auch der subjektiv empfundene Lerngewinn von den Medizinstudierenden sehr zufriedenstellend beurteilt wurde.

Trotz der allgemein positiven Bilanz im Hinblick auf die Ergebnisse der deskriptiven Auswertung, fielen dennoch die Ergebnisse zweier Items auf, die im Folgenden einer näheren Betrachtung bedürfen.

So hob sich die Bewertung des Items bezüglich der Vermittlung des Themas „*Betreuung Sterbender*“ (Item 18) hervor, da diese im Vergleich zu den anderen allgemeinmedizinischen Kompetenzen deutlich schlechter bewertet wurde (Anhang 2). Dies deckt sich in etwa mit der Auswertung der Evaluation des Blockpraktikums Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt a. M. von Schäfer et al. (2009), in welcher man hinsichtlich des Erlangens praktischer Erfahrung in der Palliativmedizin zu einem ähnlichen Ergebnis kam. Nimmt man die Begrifflichkeit „*Betreuung Sterbender*“ des betreffenden Items in dieser Untersuchung wörtlich, so ist es für den einzelnen Lehrarzt sicherlich schwierig, jedem Studierenden im Rahmen dieser Veranstaltung einen Patienten vorzustellen, der sich nach palliativmedizinischer Auffassung im Finalstadium des Sterbeprozesses befindet (Anhang 2). Hinzu kommt, dass es keine einheitliche Definition des Begriffs „*Sterbender*“ gibt. Neben verschiedenen naturwissenschaftlichen Erklärungsmodellen wird die persönliche Auffassung des einzelnen Arztes auch von ethischen, kulturellen und gesellschaftlichen Einflüssen geprägt (Rosentreter et al. 2011). Dies bedeutet, dass die Lehrärzte das Lehrziel unter Umständen unterschiedlich interpretieren und vermitteln. Darüber hinaus ist es möglicherweise auch für die Studierenden schwierig, bei einzelnen Arzt - Patienten - Kontakten, zwischen der „*Betreuung chronisch Kranker*“ und der palliativmedizinischen „*Betreuung Sterbender*“ zu differenzieren, da die Grenze an dieser Stelle nicht immer klar zu erkennen ist (Anhang 2). In Anbetracht dessen ist zu überlegen, den Wortlaut des Items entweder neu zu formulieren oder die Studierenden diesbezüglich im Vorfeld genauer aufzuklären.

Betrachtet man die Ergebnisse für dieses Items aus den Gruppenvergleichen *ganztägiges Blockpraktikum vs. halbtägiges Blockpraktikum* und *Groß- / Mittelstadt vs. Ländlich geprägter Raum*, so fällt auf, dass zum einen die Studierenden, die die gesamte Sprechstunde eines Tages begleitet hatten und zum anderen diejenigen, die das Blockpraktikum in Lehrarztpraxen in der ländlich geprägten Region absolviert hatten, die Vermittlung dieser Kompetenz besser bewerteten, als die jeweiligen Ver-



gleichsgruppen. Dies könnte sich damit erklären lassen, dass in ländlichen Regionen der Hausarzt häufig stärker mit der palliativmedizinischen Betreuung betraut ist als in der Großstadt, wo ein breiteres fachärztliches Spektrum für diese Aufgabe zur Verfügung steht (Freier & Maier 2007; Papke & Freier 2007). Zum zweiten Aspekt ist anzumerken, dass palliativmedizinische Maßnahmen in einigen Fällen innerhalb der Hausbesuche (z.B. Pflegeheime, Hospiz) durchgeführt werden, die wiederum häufig erst am Nachmittag stattfinden.

Auf der Grundlage des Ergebnisses des Items 23 lässt sich feststellen, dass sich die Mehrheit der Studierenden nur mittelmäßig „durch den / die Praxisinhaber(in)“ motiviert sah, „später selbst Hausarzt zu werden“ (Tabelle 4; Anhang 2). Eine mögliche Ursache dafür könnte in der oft als schwierig empfundenen Arbeitssituation der deutschen Hausärzte liegen. Im Jahr 2009 wurden durch den Commonwealth Fund erneut (erstmalig 2006) Daten aus Australien, Deutschland, Frankreich, Italien, Kanada, den Niederlanden, Neuseeland, Norwegen, Schweden, dem Vereinigten Königreich und den USA zu den Ansichten von Primärärzten bezüglich Themen wie z.B. ihre tägliche Arbeit und ihre Einschätzung des jeweiligen nationalen Gesundheitssystems ermittelt, ausgewertet und miteinander verglichen. Dabei kamen Koch et al. (2011) u.a. zu dem Ergebnis, dass ein Großteil der deutschen Hausärzte, das Gesundheitssystem für grundlegend reformbedürftig hielt. Außerdem urteilten die Allgemeinärzte in Deutschland, dass es seit 2006 zu einer Verschlechterung in der medizinischen Versorgung durch veränderte Rahmenbedingungen gekommen ist. Im Länder - Vergleich zeigte sich darüber hinaus, dass die deutschen Primärärzte sehr unzufrieden mit ihrer eigenen beruflichen Situation seien. Dies wurde unter anderem damit begründet, dass die durchschnittliche Wochenarbeitszeit hierzulande mit 50,8 Stunden am höchsten sei und auch die durchschnittliche Anzahl behandelter Patienten pro Woche bei weitem die der anderen untersuchten Länder überzeuge. Im Vergleich zu dieser Studie kamen Behmann et al. (2012) zu einem weniger drastischen Bild der Arbeitslage von deutschen Allgemeinmedizinern. Sie wiesen auf der Grundlage einer Befragung der Hausärzte in Niedersachsen darauf hin, dass die Hausärzte nicht mit ihrer gesamten beruflichen Tätigkeit, sondern mit Teilbereichen wie z.B. den administrativen Aufgaben unzufrieden seien. In Zusammenschau lässt sich schlussfolgern, dass die aktuell tätigen Hausärzte nicht alles an ihrem Beruf als schlecht empfinden, jedoch viel Spielraum

für Reformen sehen. Somit erscheint es in Anbetracht dieser Ergebnisse nachvollziehbar, dass es manchen Lehrärzten möglicherweise nicht immer gelingt, den Studierenden im Rahmen des Blockpraktikums die Allgemeinmedizin als Traumberuf zu präsentieren.

Dies bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass die Teilnehmer als Nachwuchs verloren gehen. Die bereits erwähnte Studie von Schäfer et al. (2009) kommt zu dem Schluss, dass das Blockpraktikum Allgemeinmedizin insgesamt durchaus die Studierenden dazu motivieren kann, den Beruf des Allgemeinmediziners ergreifen zu wollen (Kapitel 4.1.5).

Dennoch gibt dieses Ergebnis Anlass zu weiterführenden Überlegungen, wie sich diese Motivation noch steigern lässt.

#### 4.1.2 Vergleich der einzelnen Jahrgänge

Zum Zweck der Qualitätssicherung wurden die Evaluationen auch nach Semestern ausgewertet, um die Bewertungen der einzelnen Items im zeitlichen Verlauf explorativ zu betrachten. Dies ist von Interesse, da bisherige Studien zum Blockpraktikum Allgemeinmedizin keinen so umfangreichen Zeitraum (8 Jahren) auf der Grundlage eines inhaltlich gleichbleibenden Evaluationsbogens untersucht haben. Die Studie mit dem bisher längsten Untersuchungszeitraum wurde von der Universität Duisburg - Essen (2009) erhoben und umfasste weniger als 4 Jahre (Dunker - Schmidt et al. 2009).

In der vorliegenden Arbeit wurde festgestellt, dass die Beurteilungen der Studierenden über die Jahrgänge hinweg konstant positiv blieben. Zudem konnten innerhalb des Untersuchungszeitraums keine Veränderungen in den Bewertungen einzelner Items, die sich als beständige Trends interpretieren ließen, eruiert werden. Die gefundenen Schwankungen waren nicht gravierend oder konnten bei einzelnen Items auf saisonal bedingte Besonderheiten zurückgeführt werden. In Bezug auf das Item, inwiefern die „durchgeführten Tätigkeiten“ mit den Studierenden „konstruktiv besprochen wurden“ (Item 33), wäre eine solche saisonale Schwankung möglicherweise dadurch zu erklären, dass in den Wintermonaten die Anzahl an Arzt - Patienten - Kontakten in den Hausarztpraxen durchschnittlich zunimmt und dem

Lehrarzt somit weniger Zeit bleibt, sich mit dem Studierenden didaktisch auseinanderzusetzen (Abbildung 9; Anhang 2).

Im Hinblick auf Veränderungen in den Evaluationen nach Ablösung des Zwei - Tages - Praktikums durch das Blockpraktikum Allgemeinmedizin sind insbesondere die Bewertungen hinsichtlich der Vermittlung von „*Präventionsmaßnahmen*“, „*Screeningmaßnahmen*“, der „*Bedeutung von Familienmedizin*“ und von „*Hausbesuche*“ (Abbildungen 4 - 7) hervorzuheben (Anhang 2). Die Vermittlung dieser Kompetenzen wurde im Rahmen des Kursus Allgemeinmedizin noch mittelmäßig evaluiert, im Rahmen des Blockpraktikums jedoch über den gesamten Zeitraum gut bis sehr gut bewertet. Vergleicht man die Dauer des Blockpraktikums mit der eines Zwei - Tages - Praktikums, so ist es nachvollziehbar, dass es dem Hausarzt innerhalb von zwei Tagen sicherlich nicht möglich ist, alle geforderten Kompetenzen zufriedenstellend zu lehren. Außerdem wurde, wie bereits im Kapitel 2.1.1 beschrieben, bei der Erstellung des Leipziger Lehrkonzepts zum Blockpraktikum Allgemeinmedizin darauf geachtet, dass diese genannten Themen besondere Beachtung fanden. Es war jedoch im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, die jeweiligen Interventionen, die diese besseren Bewertungen bewirkt haben könnten, im Einzelnen zu identifizieren.

#### 4.1.3 Gruppenanalyse: *ganztägiges Blockpraktikum vs. halbtägiges Blockpraktikum*

Im Jahr 2011 betrug die Dauer des Blockpraktikums Allgemeinmedizin an 19 Universitäten eine Woche (an drei Standorten davon nur halbtags), an 14 Fakultäten zwei Wochen und an drei weiteren Standorten mehr als zwei Wochen (DEGAM 2011). Gleichzeitig variierte auch die Gesamtdauer der Blockpraktika in Stunden (10 bis 80 Stunden) an den verschiedenen Fakultäten (Schübel et al. 2013). Eine aussagekräftige vergleichende Untersuchung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin im Hinblick auf unterschiedliche zeitliche Rahmenbedingungen wurde bisher so nicht durchgeführt. Hier liefert die vorliegende Arbeit erste Ergebnisse. Dabei zeigte sich, dass die Studierenden, welche das Blockpraktikum ganztags absolvierten, die Veranstaltung besser evaluierten, als die Studierenden, welche halbtags in der Praxis waren. Dies schlug sich sowohl in der Zufriedenheit der Studierenden mit dem Blockpraktikum im Allgemeinen, als auch in der Vermittlung allgemeinmedizinischer Kompetenzen nieder. Der Umstand, dass im Verlauf des Untersuchungszeitraumes

die Zahl derjenigen Studierenden kontinuierlich zunahm, welche sich für die ganztägige Option entschieden, lässt zudem vermuten, dass sich auch unter den Studierenden die Wahrnehmung eines Mehrwerts des Ganztagspraktikums zunehmend etabliert hat.

Betrachtet man die signifikanten Unterschiede zwischen den beiden definierten Gruppen bezüglich einiger Items aus dem Teil II des Evaluationsbogens, so lassen sich manche Differenzen möglicherweise durch das allgemeine Zeitmanagement eines Hausarztes bzw. durch den routinierten Ablauf eines Praxisalltags erklären. Während die Akut- oder Notfallsprechstunde in einer Hausarztpraxis gewöhnlich am Vormittag stattfindet, werden andere Tätigkeiten, die etwas mehr Zeit in Anspruch nehmen (z.B. Hausbesuche, Betreuung chronisch Kranker oder Vorsorgeuntersuchungen), in der Regel am Nachmittag durchgeführt. Dies bedeutet für die Lehrveranstaltung, dass die Vermittlung einzelner Kompetenzen meistens nur zu bestimmten Zeitpunkten innerhalb eines Tages stattfinden kann, je nachdem wie die Sprechstunde vom jeweiligen Lehrarzt strukturiert wird. Es ist daher für den Lehrarzt schwierig, dem Studierenden das Erreichen aller Lernziele zu gewährleisten, wenn das Blockpraktikum auf den Vormittag beschränkt ist. Auf diese Problematik wurde bereits von Schelling et al. (2010) in der Auswertung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin der LMU München hingewiesen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bestätigen diesen Eindruck.

Hinzu kommt, dass das Blockpraktikum nicht an der Universität stattfindet und die Teilnahme daher einen gewissen organisatorischen und zeitlichen Aufwand für die Studierenden bedeuten kann, je nachdem wo sich die Lehrarztpraxis befindet. Ein ganztägiges Blockpraktikum, bei dem die Studierenden pro Tag mehr Zeit zur Verfügung haben, verschiedene Fertigkeiten oder Fähigkeiten zu üben, rechtfertigt vielleicht eher diesen Aufwand als ein halbtägiges Blockpraktikum, bei dem unter Umständen der gefühlte Aufwand den Nutzen übersteigt. Diese Annahme wird durch die Tatsache gestützt, dass bestimmte ärztliche Tätigkeiten, wie z.B. Kommunikation und Gesprächsführung, gerade anfangs ausreichend Zeit benötigen, um sie befriedigend erlernen zu können.

Es ist außerdem zu bedenken, dass im Rahmen eines halbtägigen Blockpraktikums, andere Unterrichtsveranstaltungen, welche zeitgleich zur Praktikumsphase stattfinden, die Studierenden möglicherweise daran hindern könnten, sich gänzlich auf die Lernziele des Blockpraktikums einzulassen.

Die Vermittlung von „*Impfungen*“ wurde, anders als die meisten anderen Kompetenzen, von der Gruppe *halbtägiges Blockpraktikum* signifikant besser bewertet (Anhang 2). Hierbei könnten wiederum saisonale Gründe eine Rolle gespielt haben. Die Grippeimpfung wird zum Beispiel gewöhnlich zwischen Oktober und November (Schweiger 2001) gegeben. Da die Vorlesungszeit für das Wintersemester im Oktober begann, absolvierten die meisten Studierenden das Blockpraktikum in diesem Zeitraum halbtägig.

Besonders deutlich waren die Unterschiede der beiden untersuchten Gruppen auch in der Evaluation einiger Items im Teil III des Fragebogens, welcher sich mit dem methodischen Vorgehen des Lehrarztes sowie der Interaktion zwischen Lehrarzt und Studierendem befasste, zu erkennen. Dies erscheint unter dem Aspekt nachvollziehbar, dass die Lehrärzte den didaktischen Praktikumsablauf flexibler gestalten können, wenn sie die gesamte Sprechstunde eines Tages dafür zur Verfügung haben. Bei einem hohen Patientenaufkommen am Vormittag ist es wahrscheinlich für den Lehrarzt eher schwierig, zusätzlich noch auf den Studierenden persönlich einzugehen.

#### 4.1.4 Gruppenanalyse: *Groß- / Mittelstadt vs. Ländlich geprägter Raum*

Der bestehende Mangel an Hausärzten, insbesondere in ländlichen Regionen, wird in der Literatur seit vielen Jahren rege diskutiert und es zeigt sich, dass es sich hierbei nicht nur um ein Problem handelt, welches ausschließlich Deutschland betrifft (Worley et al. 2000; Curran & Rourke 2004; Rosemann & Schneemann 2013). Dem fehlenden Nachwuchs liegen verschiedene Ursachen zu Grunde. Rosemann und Schneemann (2013) beschrieben das Nachwuchsproblem in der Schweiz als „doppeltes Verteilungsproblem“. Damit war zum einen der Umstand gemeint, dass sich zu wenige approbierte Mediziner nach dem Studium für die Fachrichtung Allgemeinmedizin entscheiden würden und zum anderen, dass zu wenige angehende Allgemeinmediziner dazu bereit seien, in der Zukunft auf dem Land zu praktizieren. Diese Feststellung deckt sich mit Untersuchungen bezogen auf die deutsche Ärztelandschaft. Auch Heinz und Jacob (2012) kamen zu dem Schluss, dass die Allgemeinmedizin in der Zukunft mit Nachwuchsproblemen zu kämpfen

haben wird, was sich insbesondere in den ländlichen Regionen der ost-, aber auch in den westdeutschen Bundesländern auswirken würde. Selbst wenn verschiedene Förderprogramme vermehrt Studiumsabsolventen zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin bewegen sollten, so bedeutet dies nicht gleichzeitig, dass sich diese auch später in den ländlichen Regionen niederlassen werden, wo der größere Bedarf herrscht. Dieses räumliche Verteilungsproblem stellt somit sowohl für die Politik als auch für universitäre und außeruniversitäre Institutionen eine zusätzliche Herausforderung dar.

Unter diesen Gesichtspunkten wurden bereits verschiedene Lösungsansätze formuliert. Eine Möglichkeit, die Anzahl von Landärzten zu erhöhen, ist die strategische Ausrichtung der allgemeinmedizinischen Ausbildung während des Studiums in Bezug auf das örtliche Umfeld. Rourke (2008) stellte fest, dass Medizinstudierende bereits im Studium mit dem Landarztwesen in Kontakt kommen müssten, um diese Option für die Zukunft überhaupt in Betracht zu ziehen. Dies wird von Rabinowitz et al. (2008) bestätigt. Dieser verglich verschiedene Studien miteinander, die den Einfluss von Programmen, bei denen Medizinstudierende in ländlichen Regionen praktisch tätig waren, auf deren spätere berufsorientierte Standortwahl untersuchten. Die Ergebnisse dieser Studien zeigten mehrheitlich einen Einfluss zugunsten der ländlichen Regionen. Dabei scheint das positive Erleben der Lehrveranstaltung eine bedeutende Rolle zu spielen (Curran & Rourke 2004).

Das Ziel des *Gruppenvergleichs Groß- / Mittelstadt vs. Ländlich geprägter Raum* war es, herauszufinden, inwiefern ein Zusammenhang zwischen dem Standort der Lehrpraxis und der Zufriedenheit der Studierenden mit dem Blockpraktikum sowie dem Erwerb von praktischen Fertigkeiten und Fähigkeiten bestand. Die Ergebnisse bestätigen die Hypothese eines solchen Zusammenhangs und zeigen, dass Studierende, die das Blockpraktikum im ländlich geprägten Raum absolviert haben, insgesamt zufriedener mit dem Blockpraktikum waren und in Bezug auf die erfragten Fertigkeiten angaben, auch mehr gelernt zu haben.

Im Teil I des Evaluationsbogens stellte sich der Unterschied in der Gesamtzufriedenheit der Studierenden besonders deutlich dar. In Bezug auf die Frage, inwiefern sich die Teilnahme, „gemessen am organisatorischen und zeitlichen Aufwand“ für die Studierenden gelohnt hat (Item 8), gaben die Studierenden der Gruppe *Ländlich geprägter Raum* bessere Bewertungen ab (Anhang 2). Wenn man berücksichtigt, dass der Aufwand für die Studierenden dieser Gruppe, allein schon aufgrund von

Fahrtzeiten und -kosten, definitiv größer war als für die Vergleichsgruppe, deutet dies darauf hin, dass die Studierenden der Gruppe *Ländlich geprägter Raum* offenbar entsprechend mehr aus dem Blockpraktikum mitnehmen konnten. Dieser Mehrwert könnte seine Ursache möglicherweise in den charakteristischen Besonderheiten des Landarztwesens haben. Obwohl Landärzte einem höheren Arbeitspensum ausgesetzt sind als ihre Kollegen in der Großstadt (Gabhainn et al. 2001), kommt Natanzon et al. (2010b) in einer qualitativen Studie, im Rahmen derer sowohl Landärzte als auch in der Großstadt tätige Hausärzte zu ortsspezifischen Charakteristika ihres Berufes befragt wurden, ebenso zu dem Ergebnis, dass dem Landarzt von Patientenseite mehr Kompetenz zugesprochen wird und die Arzt - Patienten - Beziehung als besonders vertrauensvoll beschrieben wird. Dies kommt innerhalb einer Lehrveranstaltung möglicherweise auch den Studierenden zu Gute.

Die von Landärzten beschriebene enge Arzt - Patienten - Beziehung (Natanzon et al. 2010b), aber auch das große Krankheitsspektrum sowie das umfangreiche Tätigkeitsfeld (Humphreys et al. 2003; Natanzon et al. 2010b; Schumacher et al. 2010) bieten den Studierenden gute Voraussetzungen für ein abwechslungsreiches Praktikumserlebnis. Dies könnte erklären, warum die Studierenden auch die Vermittlung der meisten abgefragten Kompetenzen (Teil II des Evaluationsbogens) signifikant besser bewerteten.

Auch die Ergebnisse der Fragen zu den didaktischen Bemühungen des Lehrarztes und zu dem Verhältnis zwischen Arzt und Studierendem sprechen klar für ein Blockpraktikum auf dem Land. Da der Mangel an Kollegen für in ländlichen Regionen tätige Hausärzte eher greifbar ist, sind sie wahrscheinlich besonders daran interessiert, junge Mediziner von ihrer Fachrichtung zu überzeugen. Hinzu kommt, dass immer noch wenige Studierende für das Blockpraktikum den Weg in das ländliche Umland der Großstadt Leipzig finden, wodurch sich womöglich diese Situation für den Lehrarzt und sein Praxisteam noch mehr als Besonderheit darstellt und der Studierende sich in einer geradezu privilegierten Arbeitsatmosphäre wiederfindet.

#### 4.1.5 Gruppenvergleich: *Facharzt für Allgemeinmedizin vs. Andere Fachrichtung vs. Keine definitive Präferenz*

Neben einer qualitativen und praxisorientierten Ausbildung in der Allgemeinmedizin ist es ein wesentliches Ziel des Blockpraktikums, die Studierenden im Hinblick auf ihre spätere Berufswahl für das Fach zu begeistern. Dabei sind zwei Punkte zu beachten. Zum einen kann sich das Berufsziel während des Studiums und auch danach noch ändern und zum anderen hält sich die Mehrheit der Studierenden bis zum Ende des Studiums mehrere Präferenzen offen. In einer Untersuchung zu den Zukunftsplänen von deutschen Medizinstudierenden von Osenberg et al. (2010) gaben die Studierenden auf die Frage nach dem angestrebten Berufsziel im Durchschnitt 2,9 optionale Fachrichtungen an. Die Vorstellungen der Studierenden werden zwar im Studiumsverlauf konkreter, aber viele haben bis zum Ende des Studiums noch keine endgültige Entscheidung getroffen. Dies wird auch aus einer bundesweiten Studie von Heinz und Jacob (2012) ersichtlich. Darin teilen die Studierenden in der Vorklinik durchschnittlich 3,1 und im Praktischen Jahr immerhin noch 2,3 Facharzttrichtungen mit, die für sie infrage kommen. Vor diesem Hintergrund erscheint es wichtig, darauf zu achten, dass diejenigen, die den Beruf des Hausarztes in Erwägung ziehen, sich auch nach der Teilnahme am Blockpraktikum in diesem Berufsziel bestärkt fühlen und weiterhin motiviert bleiben. In dieser Arbeit war es daher von Interesse, zu überprüfen, wie speziell die potentiellen Allgemeinmediziner das Blockpraktikum Allgemeinmedizin erlebt haben. Die Ergebnisse zeigen einen Zusammenhang zwischen dem Berufsziel und der Zufriedenheit mit der Veranstaltung sowie dem Erwerb neuer Fertigkeiten oder Fähigkeiten. So evaluierten Medizinstudierende, für die die Allgemeinmedizin die aktuell präferierte Karriereoption war, die „*Qualität des Praktikums*“ insgesamt (Item 37) sowie die Vermittlung der meisten vorgegebenen Kompetenzen (Items des Teils II) signifikant besser, als Studierende, die eine andere Fachrichtung bevorzugten oder noch keine klare Präferenz hatten (Anhang 2). Über die Ursachen für diese gefundenen Differenzen kann an dieser Stelle nur gemutmaßt werden. Geht man von der Möglichkeit aus, dass am Berufsziel Allgemeinmedizin interessierte Studierende das Blockpraktikum aufgrund höherer Erwartungen besonders kritisch bewerten, so könnte der gefundene signifikante Unterschied als hervorzuhebendes Qualitätsmerkmal für die Veranstaltung gewertet werden. Es wäre jedoch ebenso denkbar, dass diese Gruppe vergleichsweise wohlwollender evaluiert hat als die



anderen Studierenden oder dass Lehrärzte den potentiellen Nachwuchs intensiver gefördert haben.

Weiterhin konnte festgestellt werden, dass sich die Gruppe der Teilnehmer mit potentielltem Berufsziel Allgemeinmedizin signifikant stärker vom Praxisinhaber motiviert wurde, „*später selbst Hausarzt zu werden*“ (Item 23, Anhang 2). Daraus lässt sich folgern, dass das Blockpraktikum diese angehenden Mediziner in ihrer Karriereplanung vermutlich bekräftigte.

Grundsätzlich muss jedoch betont werden, dass auch die Studierenden aus den Vergleichsgruppen *Andere Facharzttrichtung* oder *Keine definitive Präferenz* bei der Evaluation des Blockpraktikums in allen Bereichen gute bis sehr gute Bewertungen vergaben. Zusammenfassend kann somit gesagt werden, dass die Studierenden das Blockpraktikum insgesamt gut bis sehr gut beurteilten, die Subgruppe der potenziellen Allgemeinmediziner es jedoch noch einmal etwas besser bewertete.

Wie bereits in der Einleitung beschrieben, hat das Blockpraktikum Allgemeinmedizin das Ziel, allen Medizinstudierenden eine berufsnahe Ausbildung in der Allgemeinmedizin zu ermöglichen und ihnen daneben den Rahmen zu bieten, praktische Fertigkeiten und Fähigkeiten zu erlernen und zu üben. Auf der Basis der gefundenen Evaluationsergebnisse lässt sich festhalten, dass die Studierenden diese Form der Umsetzung als geeignet empfanden.

## **4.2 Methodenkritische Diskussion**

### 4.2.1 Studentische Lehrevaluationen zur Qualitätssicherung von Lehrveranstaltungen

Im Zuge des Bologna - Prozesses wurden studentische Lehrevaluationen zur Qualitätssicherung an den einzelnen deutschen Hochschulen verstärkt eingesetzt (Bundesregierung 2012). Seit einigen Jahren werden sie sogar durch das Hochschulrahmengesetz vorgeschrieben (§ 6, HRG 1999). Dies ist jedoch nur eine Möglichkeit der Qualitätskontrolle. Der Wissenschaftsrat (2008) gab in seinen Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung von Lehre und Studium zu bedenken, dass die studentischen Lehrevaluationen zwar durchaus bedeutsam seien, jedoch durch weitere Verfahren, wie z.B. die systematische Befragung von Lehrenden, ergänzt werden sollten. Daneben könnten auch externe, bisher kaum genutzte, Evaluationsverfahren oder auch Methoden wie z.B. die „Peer Observation“ sowie Hospitationen durch pädagogisch

ausgebildete Mentoren, hilfreiche Optionen darstellen. Außerdem müssen auch strukturelle Kriterien, wie z.B. adäquate Ausstattung, personeller Aufwand und Kosteneffizienz zur Gesamtbeurteilung einer Lehrveranstaltung herangezogen werden.

Dennoch können die Evaluationen von Studierenden einen wichtigen Beitrag leisten. Rindermann (2003) belegte, dass die *„Beurteilungen durch Studierende [...] kein unrealistisches Bild der Lehre“* zeichnen würden und *„sensibel für Lerngewinn“* seien. *„Zudem reflektieren Dozenten - Skalen mehr das Lehrverhalten des Lehrenden als Rahmenbedingungen. Deshalb kann von studentischen Lehrevaluationen als einem Maß universitärer Lehrqualität gesprochen werden“*.

Darüber hinaus stellt die Lehrevaluation durch Studierende eine Möglichkeit des Feedbacks dar, wodurch die Kommunikation zwischen Studierenden und Lehrenden optimiert werden kann (Universität Duisburg - Essen, Bildungswissenschaften 2011).

#### 4.2.2 Methodenkritische Diskussion zum Evaluationsbogen

Wie bereits im Kapitel 2.4 beschrieben, wurde im Teil III des Evaluationsbogens zwischen dem SS 2004 und dem SS 2005 zur Bewertung eine 6 - stufige Likert - Skala und ab dem WS 2005 / 2006 dann eine 10 - stufige Likert - Skala verwendet. Inhaltlich wurden keine Veränderungen vorgenommen. Für die Auswertung der beschriebenen Gruppenvergleiche wurden für den Teil III jedoch nur die Daten ab WS 2005 / 2006 herangezogen, da sie den Hauptteil des Datensatzes darstellen und eine Reduktion der Items mit 10 - stufiger Werteskala zu einer 6 - stufigen Werteskala zu einer negativen Verzerrung der Ergebnisse geführt hätte. Um dennoch ein Bild von den Ergebnissen der ersten Jahrgänge (SS 2004 - SS 2005) zu bekommen, wurden sie daher in der deskriptiven Auswertung berücksichtigt und gesondert dargestellt.

#### 4.2.3 Methodenkritische Diskussion zum Gruppenvergleich von *ganztägiges Blockpraktikum* und *halbtägiges Blockpraktikum*

Die beiden untersuchten Gruppen *ganztägiges Blockpraktikum* und *halbtägiges Blockpraktikum* unterschieden sich in der vorliegenden Analyse nicht nur in Bezug

auf die Stundenanzahl pro Praktikumstag, sondern auch hinsichtlich der Praktikumsdauer (eine Woche vs. zwei Wochen) sowie des Zeitraums im Stundenplan der Studierenden (Vorlesungszeit vs. vorlesungsfreie Zeit).

Es erscheint unwahrscheinlich, dass die Praktikumsdauer die signifikanten Gruppenunterschiede erklärt, da die Studierenden, die das Blockpraktikum in einer Woche (ganztags) absolviert haben, die Vermittlung der abgefragten Kompetenzen besser bewerteten als die Studierenden, die es in zwei Wochen (halbtags) durchgeführt haben. Bedenkt man, dass das Erlernen von praktischen Fertigkeiten und Fähigkeiten einer konstanten Wiederholung im Sinne der Übung bedarf, so benötigt der Studierende ausreichend Zeit um dies tun zu können. Daher würde eine längere Praktikumsdauer eher eine positivere Beurteilung der Items im Teil II des Fragebogens bewirken, was sich jedoch durch die Ergebnisse nicht zeigen lässt.

Der Zeitraum wiederum, in welchem das Blockpraktikum veranstaltet wird (Vorlesungszeit vs. vorlesungsfreie Zeit), könnte einen gewissen Einflussfaktor darstellen, da in der vorlesungsfreien Zeit kaum andere Veranstaltungen stattfinden und die meisten Leistungsbewertungen in Form schriftlicher oder mündlicher Prüfungen bereits absolviert wurden. Diese Faktoren könnten sich zusätzlich auf die Evaluationen der Studierenden ausgewirkt haben und müssen bei der Interpretation der Ergebnisse mit in Betracht gezogen werden.

Dennoch erscheinen die in der vorliegenden Arbeit gefundenen Unterschiede auf der Grundlage der bereits inhaltlich diskutierten Argumente durch die ganz- oder halbtägige Anwesenheit der Studierenden in den Hausarztpraxen logisch und nachvollziehbar.

#### 4.2.4 Methodenkritische Diskussion zum Gruppenvergleich von *Groß- / Mittelstadt* und *Ländlich geprägter Raum*

Zur Differenzierung der beiden untersuchten Gruppen wurde die Einwohnerzahl des Standortes der jeweiligen Lehrarztpraxis als maßgebliches Kriterium herangezogen. So wurden alle Hausarztpraxen, welche sich innerhalb des Untersuchungszeitraums in Dörfern, Kleinstädten oder kleinen Mittelstädten (< 50.000 Einwohner) befanden, in die Gruppe des *Ländlich geprägten Raums* subsumiert. Dies bedeutet nicht zwingend, dass jeder Arzt, der anhand dieser Unterscheidung im ländlichen Raum

niedergelassen war bzw. ist, als Landarzt bezeichnet werden kann, da hierfür die Einwohnerzahl als einzige Bedingung nicht ausreicht. Es ist jedoch als wahrscheinlich anzusehen, dass es sich in dieser Gruppe mehrheitlich um Landarztpraxen handelte.

Die Grenze zwischen den beiden untersuchten Gruppen wurde bei 50.000 Einwohnern gezogen. Laut Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung handelt es sich bei einer Stadt mit weniger als 50.000 Einwohnern um eine kleine Mittelstadt und bei einer Stadt mit mehr als 50.000 Einwohnern um eine große Mittelstadt (BBSR 2011). Nach neuerer statistischer Auffassung beginnt eine Mittelstadt erst bei einer Einwohnerzahl von 50.000 (Baumgart et al. 2004; Schmidt - Lauber 2010). In Anbetracht dessen, dass sich die meisten Lehrarztpraxen aus der Gruppe des *Ländlich geprägten Raums* tatsächlich an Standorten mit Einwohnerzahlen weit unter 50.000 befanden, erscheint die Trennungslinie auf dieser Höhe als ausreichend, um von einer Differenzierung zwischen *Groß- / Mittelstadt* und *Ländlich geprägten Raum* ausgehen zu können.

Obwohl der Untersuchungszeitraum dieser Studie rund acht Jahre umfasst, haben sich bedeutend weniger Studierende für die Option entschieden, das Blockpraktikum im ländlich geprägten Raum zu absolvieren. Ein maßgeblicher Grund dafür liegt höchstwahrscheinlich darin, dass der organisatorische und zeitliche Aufwand für viele Studierende einfach größer war. Nicht nur die Fahrtzeit, sondern auch die damit verbundenen Kosten stellten möglicherweise eine nicht zu unterschätzende Hürde dar. Um dennoch eine möglichst große Aussagekraft zu gewährleisten, wurden die Studierenden, die das Blockpraktikum in einer kleinen Mittelstadt, Kleinstadt oder im ländlichen Raum absolvierten, mit einer hinsichtlich des Berufsziels und der Dauer des Blockpraktikums, quotierten Zufallsstichprobe aus der Gruppe der Studierenden, die es in der großen Mittelstadt oder Großstadt durchführten, verglichen. Auf diese Weise konnte gewährleistet werden, dass die Teilnehmerzahlen beider Gruppen gleich groß waren und dass die Ergebnisse nicht durch die Variablen Berufsziel und Dauer des Blockpraktikums (Kapitel 3.5) beeinflusst wurden.

#### 4.2.5 Methodenkritische Diskussion zum Gruppenvergleich zwischen *Facharzt für Allgemeinmedizin* und *Andere Fachrichtung* und *Keine definitive Präferenz*

Im Hinblick auf das Berufsziel konnten die Studierenden bei der Evaluation zwischen drei Antwortoptionen wählen: „*Allgemeinarzt*“, „*Arzt für ...*“ oder „*weiß ich noch nicht*“ (Anhang 2). Da sich ein beachtlicher Anteil der Studierenden nicht exakt für eine der vorgegebenen Antwortoptionen entscheiden konnte, wurden zur Auswertung zwei neue Kategorien entworfen. Die Studierenden, die das Feld „*Allgemeinarzt*“ ankreuzten, wurden auch bei der Auswertung in die Kategorie *FA f. Allgemeinmedizin* eingruppiert und diejenigen die sich für die Antwort „*Arzt für ...*“ entschieden und eine andere Fachrichtung in der freien Fläche des Antwortfeldes angegeben hatten, wurden der Kategorie *Andere Fachrichtung* zugeordnet (Anhang 2). Die dritte Kategorie *Keine definitive Präferenz* wurde aus den Teilnehmern gebildet, die im Fragebogen entweder die Option „*weiß ich noch nicht*“ gewählt hatten, die mehr als eine der drei vorgegebenen Felder angekreuzt hatten, unabhängig von der jeweiligen Kombination oder die zwar das Feld „*Arzt für ...*“ ausgewählt, jedoch dann in der freien Fläche des Antwortfeldes mehr als eine Fachrichtung angeführt hatten (Anhang 2).

Durch diese neue Kategorie *Keine definitive Präferenz* kam es zu einer Verschiebung in der Verteilung der Studierenden hinsichtlich des Berufsziels, die jedoch in Kauf genommen wurde um eine genaue Bestimmung derjenigen Studierenden treffen zu können, die *FA f. Allgemeinmedizin* werden wollten.

#### **Stärken der Arbeit**

- Langer Untersuchungszeitraum (8 Jahre), beginnend beim Zeitpunkt der Einführung der Veranstaltung an der Universität Leipzig
- Große Stichprobe (n = 2599) bei höchst repräsentativer Rücklaufquote (94,9 %)
- Innovative Erkenntnisse aus den Gruppenvergleichen *ganztägiges Blockpraktikum vs. halbtägiges Blockpraktikum* und *Groß- / Mittelstadt vs. Ländlich geprägten Raum*
- Praxisrelevanz in Bezug auf die Gestaltung der (allgemeinmedizinischen) universitären Lehre

- Fundierter Evaluationsbogen mit differenzierter Erfassung der Gesamtzufriedenheit hinsichtlich der Lehrveranstaltung (Blockpraktikum Allgemeinmedizin) sowie der Vermittlung von allgemeinmedizinischen Kompetenzen

### **Limitierungen der Arbeit**

- Keine objektive Verifizierung des angegebenen Lernerfolges der Studierenden
- Relativ kleine Stichprobe in der Gruppe *Ländlich geprägter Raum*
- Die vorliegende Arbeit gibt keine Auskünfte über den Einfluss des Blockpraktikums Allgemeinmedizin auf das Berufsziel, da diese Daten ausschließlich nach der Teilnahme am Blockpraktikum erhoben wurden.

## 5. Schlussfolgerung

Auf der Grundlage der dargestellten Ergebnisse lässt sich zusammenfassend feststellen, dass das Blockpraktikum Allgemeinmedizin von den Studierenden innerhalb des gesamten Untersuchungszeitraums und unabhängig von ihrem Berufsziel, positiv bewertet wurde. Im Vergleich zum Zwei - Tages - Praktikum zeigten sich außerdem bei der Vermittlung einiger definierter Kompetenzen Verbesserungen in den studentischen Evaluationen. Das Blockpraktikum stellt somit aus der Sicht der Studierenden eine adäquate Form der Vermittlung von allgemeinmedizinischen Inhalten dar. Darüber hinaus ergaben sich aus den Evaluationen keine Hinweise dafür, dass potentielle Allgemeinmediziner durch das Blockpraktikum hinsichtlich ihres Berufszieles desillusioniert, sondern vielmehr darin motiviert werden, diese Facharzttrichtung nach dem Studium anzustreben.

In der Verordnung zur Änderung der ÄAppO von 2012 wurden keine Regelungen hinsichtlich der Organisation oder des Ablaufs zum Blockpraktikum Allgemeinmedizin vorgegeben. Im Hinblick auf zeitliche und örtliche Rahmenbedingungen können die Ergebnisse daher im Rahmen der Qualitätssicherung als Empfehlungen zur künftigen Gestaltung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin oder anderer ambulanten Praktika angesehen werden. In Bezug auf die Lage der Lehrarztpraxis ist dies auch aus einem zweiten Grund von Bedeutung. Die Anhebung der Mindestdauer beim Blockpraktikum Allgemeinmedizin (§ 2 Abs. 3, Verordnung zur ÄAppO) und die Sicherstellung ausreichender Kapazitäten (Lehrarztpraxen) für alle Studierende zur Absolvierung eines PJ - Wahlterials in der Allgemeinmedizin bis 2019 (§ 3 Abs.1, Erste Verordnung zur Änderung der ÄAppO 2012), machen die Gewinnung neuer Lehrärzte an vielen universitären Standorten in der Zukunft dringend erforderlich. Ein drohendes Verteilungsproblem der Studierenden auf die verschiedenen Lehrpraxen wird zusätzlich durch den Aspekt verstärkt, dass eine Lehrarztpraxis aufgrund von Urlaub oder Krankheit nicht durchgängig Studierende betreuen kann. Um dieser Herausforderung bei gleichbleibender hoher Qualität gerecht zu werden, können die in dieser Arbeit eruierten Ergebnisse hinsichtlich des Standortes der Praxis bei der Weiterentwicklung der Lehrveranstaltung miteinbezogen werden.

## 6. Ausblick

Für die Lehrforschung ergeben sich in Hinblick auf das Blockpraktikum Allgemeinmedizin weiterhin interessante Perspektiven.

Zunächst wäre es von Interesse, zu überprüfen, ob es hinsichtlich der Organisation oder des Ablaufs noch weitere Faktoren gibt, die sich auf die studentischen Evaluationen auswirken.

Obwohl die Qualitätssicherung der Lehre sicherlich ein sehr arbeitsintensiver und zudem langwieriger Prozess ist, rät der Wissenschaftsrat (2008) dennoch dazu, sich nicht ausschließlich auf die studentischen Lehrevaluationen zu beschränken. Dies könnte für einen wissenschaftlichen Ausblick folglich bedeuten, die Beurteilungen der Studierenden mit den Bewertungen der Lehrärzte und möglicherweise unabhängiger Dritter (z.B. pädagogische Hospitanten) vergleichend zu analysieren, um somit ein umfassenderes Abbild von der Lehrsituation zu bekommen.

Darüber hinaus besteht ein wissenschaftlicher Erkenntnisbedarf in der Überprüfung des kurz- und langfristigen Lerngewinns durch das Blockpraktikum Allgemeinmedizin. Eine geeignete Form der hierfür notwendigen objektiven Leistungsbewertung wäre sicherlich das OSCE (Objective Structured Clinical Examination). Da es sich hierbei um eine sehr zeit- und personalintensive Methode handelt, wäre dieses als dauerhafte Prüfungsvariante eher ungeeignet. Im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie wäre es dennoch von großem Wert, dies zeitlich begrenzt umzusetzen.



## 7. Zusammenfassung

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Dr. med.

**Titel:** Blockpraktikum Allgemeinmedizin - Analyse der studentischen Evaluationen im Zeitraum von 2004 bis 2012

**eingereicht von:** Maximilian Heitzer

**angefertigt in der:** Selbstständigen Abteilung für Allgemeinmedizin,  
Medizinische Fakultät der Universität Leipzig  
Leiter: Prof. Dr. med. habil. Hagen Sandholzer

**betreut von:** Prof. Dr. med. habil. Hagen Sandholzer

Februar 2014

Einleitung: In Anbetracht der Qualitätssicherung und -verbesserung der Lehre finden Studentenevaluationen eine größer werdende Beachtung. Dies gilt auch für das Blockpraktikum Allgemeinmedizin.

Bisherige Studien konnten belegen, dass die Studierenden diese Veranstaltung sehr positiv erleben. Jedoch gibt es keine ausreichenden Erkenntnisse darüber, ob und wenn ja, in welchem Umfang, sich das Berufsziel der Studierenden, sowie örtliche und zeitliche Rahmenbedingungen auf die studentischen Evaluationen auswirken.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Entwicklung der Studentenzufriedenheit bezüglich des Blockpraktikums in einem Zeitraum von 2004 bis 2012 zu untersuchen. Darüber hinaus wurde überprüft, inwiefern die Dauer des Blockpraktikums (ganz- vs. halbtags), die Lage der Lehrarztpraxis (Groß- / Mittelstadt vs. Ländlich geprägter Raum), sowie das Berufsziel der Befragten die Zufriedenheit und den subjektiv bewerteten Lernerfolg von Studierenden beeinflussen.

Methode: Das Blockpraktikum Allgemeinmedizin wurde an der Universität Leipzig gemäß der ärztlichen Approbationsordnung (2002) reformiert und seit 2004 in dieser

Form von den Studierenden schriftlich evaluiert. Für die Teilnahme am Blockpraktikum standen hausärztliche Lehrarztpraxen in der Stadt Leipzig, im Leipziger Umland, sowie vereinzelt in benachbarten Bundesländern zur Verfügung. Die Studierenden des 7. / 8. Fachsemesters konnten dabei wählen, das Blockpraktikum entweder innerhalb des laufenden Semesters zwei Wochen lang halbtags, oder innerhalb der Semesterferien eine Woche lang ganztags zu absolvieren. Die Evaluation fand am Ende der Praktikumsphase statt.

Im Rahmen der Evaluation wurden die allgemeine Zufriedenheit der Studierenden mit dem Blockpraktikum, das Erlernen von hausärztlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten (z.B. Hausbesuche, Impfungen), sowie die didaktische Durchführung des Praktikums abgefragt. Als Antwortmöglichkeiten wurden 6 - und 10 - stufige Likert - Skalen vorgegeben.

Die gesammelten Daten wurden in das Statistikprogramm SPSS 20.0 übertragen. Neben einer deskriptiven Auswertung erfolgten Gruppenvergleiche bezüglich der Dauer des Blockpraktikums, der Lage der Lehrarztpraxis und des Berufsziels, wobei verschiedene prüfstatistische Testverfahren wie der Chi - Quadrat - Test, der Mann - Whitney - U - Test und der Kruskal - Wallis - Test angewendet wurden.

Ergebnisse: Im Rahmen dieser Studie konnten die Evaluationen von 2599 Studierenden (94,9 %) aus den Jahren 2004 bis 2012 ausgewertet werden. Die Teilnehmer waren mit der Qualität des Blockpraktikums insgesamt sehr zufrieden. Die Beurteilungen blieben innerhalb des untersuchten Zeitraumes konstant positiv. Es ließen sich beim Vergleich der einzelnen Jahrgänge keine tiefgreifenden Veränderungen im Sinne kontinuierlicher Tendenzen in den Evaluationen erkennen. Im Vergleich zum vormals bestehenden 2 - Tages - Praktikum zeigte sich eine verbesserte Bewertung einzelner Kompetenzbereiche. Die Auswertungen der Gruppenvergleiche ergaben hinsichtlich der Studentenzufriedenheit und des Lernerfolges der Studierenden signifikante Unterschiede. So gingen die Teilnahme am Blockpraktikum innerhalb einer Woche ganztags und das Absolvieren des Blockpraktikums im ländlich geprägten Raum mit einer besseren Evaluation seitens der Studierenden einher. Zudem bewerteten Studierende mit dem definitiven Berufsziel Allgemeinmedizin die Veranstaltung noch einmal besser als ihre Kommilitonen.

Schlussfolgerungen: Die Auswertung der Studentenevaluationen belegt, dass das Blockpraktikum Allgemeinmedizin von den Leipziger Studierenden überwiegend positiv wahrgenommen wurde. Die vorgestellten Ergebnisse können im Hinblick auf die zeitliche Gestaltung des Blockpraktikums und bei der Verteilung der Studierenden auf die Lehrpraxen einen wichtigen Beitrag leisten. Darüber hinaus scheinen junge Mediziner, die die Allgemeinmedizin als Karriereoption in Betracht ziehen, durch das Blockpraktikum in ihrem Berufsziel bestätigt zu werden. Weitere Studien sollten klären, inwiefern es noch weitere Faktoren gibt, die sich auf das studentische Erleben des Blockpraktikums Allgemeinmedizin auswirken.

## 8. Literaturverzeichnis

Behmann M, Schmiemann G, Lingner H, Kühne F, Hummers - Pradier E, Schneider N.

Job satisfaction among primary care physicians: results of a survey.

Dtsch Ärztebl Int. 2012; 109(11): 193-200.

Böhme K, Hänselmann S, Hüther W, Graf von Luckner A, Napp C, Roggenstein C, Schröder P, Niebling W.

Blockpraktikum Allgemeinmedizin - Integration von universitärer und außeruniversitärer Lehre.

Z Allg Med. 2007; 83(6): 247-251.

Bundesärztekammer und Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) e.V.  
Kursbuch Allgemeinmedizin. Lehr - und Lerninhalte, Methodische Empfehlungen und Literaturhinweise für die theoretischen Weiterbildungskurse im Fach Allgemeinmedizin. 2. Band. 3. Auflage.  
Köln: Bundesärztekammer; 1998. 237-238.

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung.

Datenbasis: Laufende Raumbewertung des BBSR.

Geometrische Grundlage: BKG, Gemeinden und Gemeindeverbände, 31.12.2011.

Bonn: BBSR; 2013.

Zugänglich unter: [www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbewertung/](http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbewertung/)

[Raumbewertungen/StadtGemeindetyp/download\\_KarteSGtyp2011.pdf](#)

Zuletzt aufgerufen am 06. Februar 2014

Chenot J - F, Fischer T, Kochen M, Himmel W.

Zentrale Evaluation des Blockpraktikums Allgemeinmedizin.

Kurzfassung Vortrag. Humanmedizin.

GMS Z Med Ausbild. 2005; 22(3): Doc 53.

Curran V, Rourke J.

The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians.

Med Teach. 2004; 26(3): 265-272.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und

Familienmedizin (DEGAM) zum Referentenentwurf zu einer Ersten Verordnung zur  
Änderung der Approbationsordnung für Ärzte.

Frankfurt am Main; 2011. 1-4

Zugänglich unter: [www.degam.de/positionspapiere.html](http://www.degam.de/positionspapiere.html)

Zuletzt aufgerufen am 05. Februar 2014

Deutscher Bundestag. 17. Wahlperiode. Unterrichtung durch die Bundesregierung.

Vierter Bericht über die Umsetzung des Bologna - Prozesses in Deutschland.

Drucksache 17/8640. 2012. S. 10.

Zugänglich unter: [www.bmbf.de/pubRD/umsetzung\\_bologna\\_prozess\\_2012.pdf](http://www.bmbf.de/pubRD/umsetzung_bologna_prozess_2012.pdf)

Zuletzt aufgerufen am 04. Februar 2014

Dunker - Schmidt C, Breetholt A, Gesenhues S.

Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin: 15 Jahre Erfahrung an der Universität

Duisburg - Essen.

Z Allg Med. 2009; 85(4): 171-175.

Flacke J.

Definitionen, Merkmale und Typologien von Klein- und Mittelstädten.

In: Baumgart S, Flacke J, Grüger C, Lütke P, Rüdiger A (Hrsg.).

Klein - und Mittelstädte – Verkleinerte Blaupausen der Großstadt? Dokumentation  
des Expertenkolloquiums am 29. April 2004 an der Universität Dortmund.

SRPapers, Nr. 1.

Dortmund; 2004. 27-33.

Freier W, Maier B.

Ambulante palliativmedizinische Betreuung von Tumorpatienten.

Best pract onko. 2007; 2(4): 46-54.

Gabhainn SN, Murphy AW, Kelleher C.

A national practice census: characteristics of rural general practices.

Fam Pract. 2001; 18(6): 622-626.

Groß D, Kreucher S, Grande J.

Zwischen biologischer Erkenntnis und kultureller Setzung: Der Prozess des Sterbens und das Bild des Sterbenden.

In: Rosentreter M, Groß D, Kaiser S (Hrsg.).

Sterbeprozesse – Annäherungen an den Tod. Studien des Aachener Kompetenzzentrums für Wissenschaftsgeschichte. Band 9.

Kassel: Kassel Univ. Press; 2011. 17-31.

Heinz A, Jacob R.

Medizinstudenten und ihre Berufsperspektiven. In welcher Facharzttrichtung, wo und wie wollen sie arbeiten.

Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz. 2012; 55(2): 245-253.

Henderson E, Berlin A, Fuller J.

Attitude of medical students towards general practice and general practitioners.

Br J Gen Pract. 2002; 52(478): 359-363.

Hummers - Pradier E.

40Jahre DEGAM: Allgemeinmedizinische Forschung in Deutschland - Entwicklung und aktueller Stand.

Z Allg Med. 2006; 82(9): 409-414.

Humphreys JS, Jones JA, Jones MP, Mildenhall D, Mara PR, Chater B, Rosenthal DR, Maxfield NM, Adena MA.

The influence of geographical location on the complexity of rural general practice activities.

Med J Aust. 2003; 179(8): 416-420.

Koch K, Miksch A, Schürmann C, Joos S, Sawicki PT.

The German Health Care System in international comparison: the primary physicians` perspective.

Dtsch Ärztebl Int. 2011; 108(15): 255-261.

Kopetsch T.

Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Alterstruktur - und Arztzahlenentwicklung.

5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage.

Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2010. 52-72.

Zugänglich unter: [www.bundesaerztekammer.de/downloads/](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/)

Arztzahlstudie\_03092010.pdf

Zuletzt aufgerufen am 05. Februar 2014

Kruschinski C, Wiese B, Eberhard J, Hummers - Pradier E.

Einstellungen von Studierenden zur Allgemeinmedizin: Einflüsse von Geschlecht, Blockpraktikum und Gesamtcurriculum.

GMS Z Med Ausbild. 2011; 28(1): Doc 16.

Lipkow T, Lichte T, Herrmann M.

Evaluation Blockpraktika Allgemeinmedizin: Ein Vergleich zweier unterschiedlicher Settings der beiden Universitäten Halle - Wittenberg und Magdeburg.

Vortrag GMA - Jahrestagung 2006. Humanmedizin.

GMS Z Med Ausbild. 2007; 24(1): Doc 37.

Maiorova T, Stevens F, Zee J, Boode B, Scherpbier A.

Shortage in general practice despite the feminisation of the medical workforce: a seeming paradox? A cohort study.

BMC Health Serv Res. 2008; 8: 262.

Natanzon I, Ose D, Szecsenyi J, Joos S.

Berufsperspektive Allgemeinmedizin: Welche Faktoren beeinflussen die Nachwuchsgewinnung? Eine qualitative Befragung von Hausärzten.

Dtsch med Wochenschr. 2010; 135(20): 1011-1015.

Natanzon I, Szecsenyi J, Ose D, Joos S.

Future potential country doctor: the perspectives of German GPs.

RRH. 2010; 10(2): 1347-1357.

Osenberg D, Huenges B, Klock M, Huenges J, Weismann N, Rusche H.

Wer wird denn noch Chirurg? Zukunftspläne der Nachwuchsmediziner an deutschen Universitäten.

Chirurg BDC. 2010; 6: 308-315.

Papke J, Freier W.

Palliativmedizinische Erfahrungen deutscher Hausärzte

Dtsch Med Wochenschr 2007; 132: 2620-2623.

Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Wortman JR.

Medical school programs to increase the rural physician supply: a systematic review and projected impact of widespread replication.

Acad Med. 2008; 83(3): 235-243.

Rindermann H.

Lehrevaluation an Hochschulen: Schlussfolgerungen aus Forschung und Anwendung für Hochschulunterricht und seine Evaluation.

Z Evaluation. 2003; 2: 233-256.

Rooks L, Watson RT, Harris JO.

A primary care preceptorship for first - year medical students coordinated by an Area Health Education Center program: A six - year review.

Acad Med. 2001; 76(5): 489-492.

Rosemann T, Schneemann M.

Der Hausärztemangel geht uns alle an.

Praxis. 2013; 102(6): 313-314.



Rourke J.

Increasing the number of rural physicians.

CMAJ. 2008; 178(3): 322-325.

Sandholzer H.

Lehrbericht der Selbstständigen Abteilung für Allgemeinmedizin an das Referat

Lehre.

Unveröffentlicht. Universität Leipzig.

Leipzig; 2001.

Sandholzer H.

Jahresbericht Wintersemester 2000 / 2001 und Sommersemester 2001.

In: Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin e.V.

(Hrsg.).

Unterrichtsveranstaltungen Allgemeinmedizin in der Bundesrepublik Deutschland. 53.

Semesterbericht über die Unterrichtsveranstaltungen Allgemeinmedizin im

Wintersemester 2000 / 2001 und Sommersemester 2001.

Aachen; 2001. 170-176.

Sandholzer H.

Lehrbericht der Selbstständigen Abteilung für Allgemeinmedizin an das Referat

Lehre.

Unveröffentlicht. Universität Leipzig.

Leipzig; 2002.

Sandholzer H.

Semesterbericht Wintersemester 2001 / 2002 und Sommersemester 2002.

In: Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin e.V.

(Hrsg.).

Unterrichtsveranstaltungen Allgemeinmedizin in der Bundesrepublik Deutschland und

benachbartes Ausland. 53. Semesterbericht über die Unterrichtsveranstaltungen

Allgemeinmedizin im Wintersemester 2001 / 2002 und Sommersemester 2002.

Aachen; 2002. 178-187.

Sandholzer H.

Semesterbericht Wintersemester 2003 / 2004 und Sommersemester 2004.

In: Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin e.V.  
(Hrsg.).

Jahresbericht über die Unterrichtsveranstaltungen Allgemeinmedizin im  
Wintersemester 2003 / 2004 und Sommersemester 2004.

Aachen; 2004. 178-187.

Sandholzer H, Frenzen A, Rendenbach U, Klement A.

Leipziger Heft zum Blockpraktikum Allgemeinmedizin.

Aachen: Shaker Verlag; 2004.

Sandholzer H

Testatmappe zum Blockpraktikum Allgemeinmedizin. QSB 8 und QSB 10.

Unveröffentlicht. Selbstständige Abteilung für Allgemeinmedizin. Universität Leipzig.

Leipzig; Jahrgang 2005 / 2006.

Sandholzer H, Frese T (Hrsg.).

Allgemeinmedizin. Familienmedizin.

Aachen: Shaker Verlag; 2009.

Schäfer H - M, Sennekamp M, GÜthlin C, Krentz H, Gerlach FM.

Kann das Blockpraktikum Allgemeinmedizin zum Beruf des Hausarztes motivieren?

Z Allg Med. 2009; 85(5): 206-209.

Schäfer H - M, Sennekamp M, Gilbert K, Gerlach FM.

Kann das Blockpraktikum Allgemeinmedizin Studierende in ihrer Wahrnehmung der  
Berufszufriedenheit von Hausärzten beeinflussen?

Z Allg Med. 2010; 86(3): 109-112.

Schelling J, Boeder N, Schelling U, Oberprieler G.

Evaluation des „Blockpraktikums Allgemeinmedizin“. Überblick, Auswertung und  
Rückschlüsse an der LMU München.

Z Allg Med. 2010; 86: 461-465.

Schmidt - Lauber B.

Urbanes Leben in der Mittelstadt: Kulturwissenschaftliche Annäherungen an ein interdisziplinäres Forschungsfeld.

In: Schmidt - Lauber B (Hrsg.). Mittelstadt: Urbanes Leben jenseits der Metropole.

Frankfurt am Main: Campus - Verlag; 2010. 11-36.

Schübel J, Jendyk R, Kohlen K, Heberger S, Rempis E, Heberger B, Schlagberger G, Thumm - Söhle C, Schmidt K, Berghold J, Voigt K.

6. Professionalisierungskurs der DEGAM.

Wie wird das Blockpraktikum Allgemeinmedizin evaluiert? Evaluationsmethoden und -inhalte.

Z Allg Med. 2013; 89(3): 111-116.

Schumacher B, Peschel P, Kugler J.

Die Arztwahl Jugendlicher in Sachsen. Ein Stadt - Land - Vergleich. Kongressbeitrag.

Gesundheitswesen. 2010; 72(08/09): 209.

Schweiger B.

Gripeschutzimpfung – was bringt sie eigentlich?

Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz. 2001; 44(12):

1151-1152.

Soler JK, Carelli F, Lionis C, Yaman H.

The wind of change: After the European definition - orienting undergraduate medical education towards general practice / family medicine.

Eur J Gen Pract. 2007; 13(4): 248-251.

Statistisches Bundesamt.

Studierende an Hochschulen. Wintersemester 2011 / 2012.

Fachserie 11. Reihe 4.1.

Wiesbaden; 2012.

Svab I, Petek - Ster M.

Long - term evaluation of undergraduate family medicine curriculum in Slovenia.

Srp Arh Celok Lek. 2008; 136(5 - 6): 274-279.

Szecsényi J, Campbell S, Broge B, Laux G, Willms S, Wensing M, Goetz K.

Effectiveness of a quality - improvement program in improving management of primary care practices.

CMAJ. 2011; 183(18): E1326-E1333.

Universität Duisburg - Essen. Bildungswissenschaften.

Merkblatt zur Studentischen Veranstaltungsevaluation.

Stand März 2011.

Duisburg - Essen; 2011. 1-2.

Zugänglich unter: [https://www.uni-due.de/imperia/md/content/biwi/dekanat/merkblatt\\_lehrevaluation.pdf](https://www.uni-due.de/imperia/md/content/biwi/dekanat/merkblatt_lehrevaluation.pdf)

Zuletzt aufgerufen am 06. Februar 2014

Watmough S.

An evaluation of the impact of an increase in community – based medical undergraduate education in a UK medical school.

Educ Prim Care. 2012; 23(6): 385-390.

Wilm S, Klinsing U, Donner - Banzhoff N.

Die Empfehlung der Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin e.V.

Z Allg Med. 2004; 80: 38-39.

Wissenschaftsrat.

Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung von Lehre und Studium.

Berlin: Wissenschaftsrat; 2008. 46-47.

Zugänglich unter: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/8639-08.pdf>

Zuletzt aufgerufen am 04. Februar 2014

Worley P, Silagy C, Prideaux D, Newble D, Jones A.

The Parallel Rural Community Curriculum: an integrated clinical curriculum based in rural general practice.

Med Educ. 2000; 34(7): 558-565.

### Gesetze

Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970 (SGBl. 1 5. 1458), zuletzt geändert durch Anlage I Kapitel X Sachgebiet D Abschnitt 11 Nr. 3 des Einigungsvertrages vom 31. August 1990 in Verbindung mit Artikel I des Gesetzes vom 23. September 1990 (BFBl. II S. 885, 1077) – ÄAppO –

Approbationsordnung für Ärzte vom 27.06.2002, Bundesgesetzblatt I S. 2405 geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 21.07.2004, Bundesgesetzblatt I S. 1776.

Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vom 17. Juli 2012. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2012 Teil I Nr. 34, ausgegeben zu Bonn am 23. Juli 2012.

Hochschulrahmengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Januar 1999 (BGBl. I S. 18), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 12. April 2007 (BGBl. I S. 506) geändert worden ist.

# 9. Anhang

## **Anhang 1: Lernzielkatalog Blockpraktikum**

(Auszug aus der Testatmappe zum Blockpraktikum Allgemeinmedizin, Stand 2011 / 2012)

**Das konnte ich lernen bzw. meine bisherigen Fähigkeiten und Fertigkeiten verbessern!**

### **Praktische Tätigkeiten**

- Blutentnahme
  - Injektion s.c. oder i.m. (z.B. Impfung)
  - Anlegen von Verbänden
  - Anfertigen und Befunden eines EKG (möglichst im Zusammenhang mit klinischer Untersuchung – auch bei Normalbefund
- Eine selbst durchgeführte symptombezogene Untersuchung, Beschreibung, Diagnose oder Verdachtsdiagnose, Dokumentation (in Anwesenheit des Lehrarztes) bei
- Erkrankung der Atemwege (z.B. grippaler Infekt)
  - Erkrankungen des Bewegungsapparates
  - Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, rektale Untersuchung
  - Erkrankungen des Urogenitaltraktes z. B. Harnwegsinfekt, Prostata-Ca
  - Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Schilddrüse, Gicht, ...)
  - Erkrankung eines Kindes
  - Erstkontakt mit einem Patienten allein mit symptombezogener Untersuchung, Dokumentation, Diagnosevorschlag, und Vorschlag zu weiterer Diagnostik und Therapie – Besprechung mit Lehrarzt.
  - Ganzkörperuntersuchung, eines Patienten anlässlich von Präventionsmaßnahmen oder präoperativen Untersuchungen
  - Selbständige Untersuchung eines vom Lehrarzt ausgesuchten akutkranken Patienten und Erarbeiten des Arbeitsbogens Falldarstellung (siehe Testat 1)
  - „Strukturierte Vorsorge in der Allgemeinarztpraxis“ Durchführung einer Check-up-Untersuchung mit Vor- und Nachbereitung und Besprechung mit dem Lehrarzt (siehe Testat 2)
  - weitere Fähigkeiten: ...

## Anhang 2: Evaluationsbogen zum Blockpraktikum Allgemeinmedizin

### Blockpraktikum Allgemeinmedizin

Evaluationsbogen für den/die **Studierende(n)** nach Abschluss des Praktikums

Ich bin  weiblich  männlich

Mein Alter: ..... im ..... Semester (insgesamt)

Angestrebtes Berufsziel:  Allgemeinarzt

Arzt für .....


weiß ich noch nicht

**Name des Lehrarztes:** .....  
.....

Liebe(r) Studierende,  
mit diesem Bogen bitten wir um Ihre Einschätzungen, Meinungen und Beurteilungen zu dem Blockpraktikum Allgemeinmedizin. Wir sind ständig darum bemüht, die Qualität des Blockpraktikums zu sichern und zu verbessern. Ihre Mitarbeit ist uns dabei eine wichtige Hilfe. Die Auswertung des Fragebogens ist selbstverständlich anonym.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

#### Teil I (Fragen 1 bis 8)

- |   | völlig |  | überhaupt nicht |   |   |   |
|---|--------|---|-----------------|---|---|---|
| 1. Meine Erwartungen hinsichtlich der Ziele und Themen des Blockpraktikums haben sich erfüllt               | ①      | ②   | ③               | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 2. Während des Blockpraktikums habe ich fachlich gelernt  | ①      | ②   | ③               | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 3. Das Blockpraktikum hat meiner Meinung nach Relevanz für meine angestrebte berufliche Tätigkeit           | ①      | ②   | ③               | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 4. Meiner Meinung nach hätte ich einen vergleichbaren Gewinn erreicht durch                                 |        |   |                 |   |   |   |
| - Lektüre .....   | ①      | ②   | ③               | ④ | ⑤ | ⑥ |
| - Praktika an der Uni .....   | ①      | ②   | ③               | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 5. Während des Blockpraktikums bestand die Möglichkeit zum fachlichen Austausch mit dem Lehrarzt            | ①      | ②   | ③               | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 6. Das Blockpraktikum hat mich zu weiterem vertiefenden Selbststudium der behandelten Themen angeregt       | ①      | ②   | ③               | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 7. Gemessen am zeitlichen u. organisatorischen Aufwand hat sich die Teilnahme an dem Blockpraktikum gelohnt | ①      | ②   | ③               | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 8. Ich halte eine Befragung der Studierenden zur Qualität des Blockpraktikums für wichtig                   | ①      | ②   | ③               | ④ | ⑤ | ⑥ |

**Teil II (Fragen 9 - 22) Wie gut oder schlecht wurden Ihnen im Praktikum Allgemeinmedizin neue Fähigkeiten oder Einstellungen zu den folgenden Themen vermittelt (bitte das Zutreffende ankreuzen)?**

	sehr gut	←→	Sehr schlecht			
9. Erkennung häufiger Erkrankungen in der Allgemeinpraxis und deren Therapie?	①	②	③	④	⑤	⑥
10. Verordnungen (Rezepte, Arzneimittel, Krankengymnastik, Arbeitsunfähigkeit etc.)	①	②	③	④	⑤	⑥
11. Präventionsmaßnahmen (Verhinderung einer späteren schwerwiegenden Erkrankung, z. B. Hypercholesterinämie, Adipositas)	①	②	③	④	⑤	⑥
12. Screeningmaßnahmen (Vorsorgeuntersuchung, z. B. Check-up, Krebsvorsorge)	①	②	③	④	⑤	⑥
13. Bedeutung von Familienmedizin	①	②	③	④	⑤	⑥
14. Hausbesuche (Indikation, Ablauf, Häufigkeit)	①	②	③	④	⑤	⑥
15. Kommunikation/Gesprächsführung (auch bei schwierigen Patienten, Complianceproblemen)	①	②	③	④	⑤	⑥
16. Patientenerwartungen gerecht werden	①	②	③	④	⑤	⑥
17. Betreuung chronisch Kranker	①	②	③	④	⑤	⑥
18. Betreuung Sterbender	①	②	③	④	⑤	⑥
19. Impfungen	①	②	③	④	⑤	⑥
20. Körperliche Untersuchungstechniken	①	②	③	④	⑤	⑥
21. Gerätediagnostik in der Allgemeinpraxis	①	②	③	④	⑤	⑥
22. Zusammenarbeit mit Spezialisten in Praxen und Krankenhaus	①	②	③	④	⑤	⑥



### Teil III (Fragen 23 - 39) Fragen zur Durchführung des Praktikums

- |   | völlig  überhaupt nicht |
|---|-------------------------|
| 23. Ich wurde durch den/die Praxisinhaber(in) motiviert, später selbst Hausarzt zu werden                             | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩     |
| 24. Der/die Praxisinhaber(in) konnte mir alles gut erklären.  | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩     |
| 25. Der/die Arzt/Ärztin war bemüht, das Praktikum interessant zu gestalten.   | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩     |
| 26. Ich hatte stets klare Vorstellung von dem, was von mir erwartet wurde.  | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩     |
| 27. Arzt/Ärztin und Praxispersonal haben sich viel Zeit genommen, die von mir übernommenen Tätigkeiten zu besprechen. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩     |
| 28. Es wurde mir immer Zeit eingeräumt, Neues zu erlernen.  | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩     |
| 29. Alle waren sehr bemüht, meine Schwierigkeiten im Praxisalltag zu verstehen.                                       | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩     |
| 30. Das Praktikum war viel zu theoretisch.  | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩     |
| 31. Die Anforderungen an mich waren zu hoch.  | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩     |
| 32. Niemand war daran interessiert, ob ich etwas verstanden habe.   | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩     |
| 33. Die von mir durchgeführten Tätigkeiten wurden stets konstruktiv mit mir besprochen.                               | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩     |
| 34. Ich habe im Praktikum gelernt, meine Arbeit zu planen.  | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩     |
| 35. Das Praktikum hat meine Fähigkeit zur Teamarbeit verbessert.  | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩     |
| 36. Ich habe im Praktikum Strategien zur Problemlösung erlernt.   | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩     |
| 37. Insgesamt bin ich mit der Qualität des Praktikums zufrieden   | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩     |
| 38. Folgendes fand ich gut an diesem Blockpraktikum   |                         |
| 39. Folgendes fand ich schlecht an diesem Blockpraktikum:   |                         |

**Raum für Ergänzungen:**

---

---

---

---

## **10. Erklärung über die eigenständige Abfassung der Arbeit**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, und dass die vorgelegte Arbeit weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt wurde. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

## 11. Posterpräsentation

Die relevanten Ergebnisse aus dem Vergleich der Gruppen *Groß- / Mittelstadt* und *Ländlich geprägter Raum* wurden als Poster auf dem EGPRN - Kongress 2013 (European General Practice Research Network) in Attard (Malta) vorgestellt.

## 12. Lebenslauf

### Persönliche Daten

Name: Maximilian Heitzer  
Adresse: Aurelienstr. 21, 04177 Leipzig  
Familienstand: ledig  
Staatsangehörigkeit: deutsch  
Geburtsdaten: 23. Juni 1982 in Weilheim i. OB

### Schulbildung

September 1988 - Juli 1993  
Grundschule / Teilhauptschule I Grünwald,  
Grünwald  
September 1993 - Juni 2002  
Albert - Einstein - Gymnasium, München,  
Abschluss: Abitur  
August 1999 - Juli 2000  
Sprachaufenthalt in Wichita / USA  
Besuch der High School

### Bundeswehrdienst

Juli 2002 - März 2003  
Grundwehrdienst  
Ausbildung: Soldat im Sanitätsdienst

### Studium

Oktober 2004  
Beginn des Studiums der Humanmedizin  
an der Universität Leipzig  
August 2007  
Erster Abschnitt der ärztlichen Prüfung  
Oktober 2011  
Zweiter Abschnitt der ärztlichen Prüfung  
Januar 2012  
Approbation als Arzt

## Berufliche Tätigkeit

August 2003 - Oktober 2004

Pflegehelfer bei Reversy –  
Rehabilitationszentrum für Hirnverletzte  
Unfallopfer GmbH der Stiftung  
Pfennigparade

Seit Februar 2012

Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der  
Selbständigen Abteilung für  
Allgemeinmedizin der Universität Leipzig

Seit Februar 2014

Arzt in Weiterbildung für  
Allgemeinmedizin,  
Praxis Dr. med. Thomas Frese,  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Platz der  
Freundschaft 6, 04860 Torgau

## 13. Danksagung

Der Autor der vorliegenden Arbeit möchte sich zuerst bei Herrn Professor Dr. med. habil. Hagen Sandholzer für die Überlassung des Themas und für die persönliche Betreuung während der Bearbeitung der Dissertation bedanken.

Ein besonderer Dank gilt auch den Mitarbeitern der Selbständigen Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Leipzig, insbesondere Herrn Dipl. - Psych. Tobias Deutsch, Herrn Dr. med. Thomas Frese und Herrn Dr. rer. pol. Stefan Lippmann für ihre konstruktiven Anregungen sowie Frau Britt Häusler für ihre Hilfe in strukturellen und organisatorischen Dingen.

Darüber hinaus ist den Studierenden des Studienganges Humanmedizin an der Universität Leipzig für die Teilnahme an der Evaluation der Veranstaltung zu danken. Meiner Familie, besonders meiner Lebensgefährtin Franziska Wiener, danke ich für ihr großes Verständnis in dieser Zeit.