

# **Lerntransfer in der Medizindidaktik**

## **Eine qualitative Panelerhebung**

Inaugural-Dissertation

Zur Erlangung der Doktorwürde der

Fakultät für Humanwissenschaften

der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Chantal Klemmt

aus Herford

Bünde, 2022

Erstgutachterin: Professorin Dr. Regina Egetenmeyer-Neher

Zweitgutachterin: Professorin Dr. Silke Grafe

Tag des Kolloquiums: 20. Dezember 2022

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
<b>ZUM UNTERSUCHUNGSKONTEXT DIESER ARBEIT.....</b>	<b>7</b>
2. Besonderheiten des Medizinstudiums, der ärztlichen Berufspraxis und der Medizindidaktik .	8
2.1 Spezifische Lehrformate und -methoden für die praktische Ausbildung der Studierenden	14
2.2 Zum Selbstverständnis in der Medizindidaktik.....	19
2.3 Zur medizindidaktischen Qualifizierung der Grundstufe (2018/1) am Institut für Medizinische Lehre und Ausbildungsforschung.....	21
2.4 Implikationen für diese Arbeit.....	28
<b>THEORETISCHE GRUNDLAGEN.....</b>	<b>31</b>
3. Lerntransfer.....	31
3.1 Begriffsverständnisse.....	32
3.2 Arten des Transfers.....	34
3.3 Implikationen für diese Arbeit.....	35
4. Transferforschung.....	37
4.1 Evaluationen in der Erwachsenen-/Weiterbildung.....	38
4.2 Evaluation von Trainings.....	40
4.3 Forschungsansätze zur Evaluation von Lerntransfer.....	42
4.4 Zwischenfazit.....	45
4.5 Ausgewählte Transfermodelle der Weiterbildung.....	46
4.5.1 Baldwin & Ford.....	47
4.5.2 Rank & Wakenhut.....	48
4.6 Einflussfaktoren auf Lerntransfer.....	50
4.6.1 Teilnehmende.....	51
4.6.1.1 Motivation.....	52
4.6.1.2 Engagement.....	57
4.6.1.3 Erfahrungen.....	58
4.6.1.4 Erwartungen.....	60
4.6.2 Ausgestaltung von Weiterbildungen.....	63
4.6.2.1 Didaktisches Handeln.....	63
4.6.2.2 Arbeitsplatzspezifische Themen.....	68
4.6.3 Organisationale Lernkultur.....	71
4.6.3.1 Rahmenbedingungen.....	72
4.6.3.2 Transferklima.....	74
4.6.3.3 Unterstützung der Umgebung.....	74
4.7 Implikationen für diese Arbeit & Erarbeitung eines theoretischen Rahmenmodells.....	77
4.7.1 Teilnehmende.....	81

4.7.2	Ausgestaltung von Weiterbildungen .....	85
4.7.3	Organisationale Lernkultur .....	89
5.	Lernen im Erwachsenenalter .....	92
5.1	Lerntheoretische Perspektiven auf Lerntransfer .....	95
5.2	Biografische Perspektiven .....	96
5.3	Konstruktivistische Perspektiven .....	99
5.4	Subjektorientierte Perspektiven .....	101
5.5	Auseinandersetzung mit den Ansätzen .....	104
5.6	Implikationen für diese Arbeit & Modifizierung des theoretischen Rahmenmodells ....	109
	<b>FORSCHUNGSDESIGN</b> .....	115
6.	Methodisches Vorgehen .....	115
6.1	Qualitative Panelerhebung .....	117
6.2	Fokussierte Interviews .....	119
6.3	Leitfadenkonstruktion .....	120
6.4	Datenerhebung & -aufbereitung .....	123
6.5	Ablauf des inhaltsanalytischen Vorgehens .....	124
6.6	Auswahl & Beschreibung des Samples .....	133
6.7	Methodische Reflexion .....	136
6.7.1	Sampling & Zugang zum Untersuchungsfeld .....	137
6.7.2	Datenerhebung .....	138
6.7.3	Rollenreflexion der Forscherin .....	139
6.8	Zur Gültigkeit der Daten .....	141
	<b>ERGEBNISSE</b> .....	143
7.	Lehre in der Medizin .....	143
7.1	Lehranlässe .....	144
7.2	Lehrgestaltung .....	146
7.2.1	Planbarkeit der Lehre im Berufsalltag .....	147
7.2.2	Berufliche Sozialisation zum Arzt / zur Ärztin .....	150
7.2.3	Wissensvermittlung .....	151
7.3	Bedeutung von Didaktik und Lehre .....	154
8.	Organisationale Lernkultur .....	156
8.1	Verhalten von Organisationsmitgliedern .....	157
8.1.1	Verhalten von Lernenden .....	159
8.1.2	Verhalten von Kolleg*innen .....	162
8.1.3	Verhalten von Vorgesetzten .....	162
8.2	Transferklima .....	165
8.3	Organisationale Rahmenbedingungen .....	171
8.3.1	Einfluss des Universitätsklinikums auf die Lehrtätigkeit .....	171

8.3.2	Einfluss struktureller Aspekte auf die Lehrtätigkeit.....	175
9.	Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung.....	178
9.1	Lernförderliche didaktische Ausgestaltung .....	178
9.2	Transferförderliche didaktische Ausgestaltung .....	186
10.	Teilnehmende .....	190
10.1.	Lern-, Teilnahme- und Transfermotivation .....	190
10.1.1	Expansive Lern- und Teilnahmemotive.....	192
10.1.1.1	Interesse an Lehrgestaltung .....	192
10.1.1.2	Beschäftigung mit Medizindidaktik aufgrund hoher Lehrmotivation .....	194
10.1.2	Defensive Lern- und Teilnahmemotive .....	196
10.1.2.1	Empfehlung zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung.....	196
10.1.2.2	Auftrag, einen Beitrag zur Organisationsentwicklung zu leisten .....	199
10.1.3	Transfermotivation .....	200
10.1.3.1	Absicht, etwas zu ändern.....	201
10.1.3.2	Offenheit für Neues .....	203
10.2	Engagement.....	205
10.2.1	Berufliches Engagement als Entwicklung von Karriereoptionen.....	205
10.2.2	Organisationales Engagement als Identifikation mit Zielen der Organisation ..	207
10.3	Erfahrungen .....	209
10.3.1	Erfahrungen als Lernende.....	210
10.3.1.1	Erleben von Weiterentwicklungsbedarfen in der Lehre .....	210
10.3.1.2	Erleben von lernförderlicher Didaktik & Methodik.....	213
10.3.2	Erfahrungen als Lehrende.....	214
10.3.3	Didaktische Vorerfahrungen.....	216
10.4	Erwartungen an die medizindidaktische Qualifizierung .....	219
10.4.1	Erwartungen zum individuellen Nutzen der medizindidaktischen Qualifizierung für die Lehre.....	220
10.4.2	Erwartungen in Bezug auf die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung .....	222
11.	Lerntransfer.....	226
11.1	Identifikation von Weiterentwicklungspotentialen in der Lehre .....	226
11.2	Veränderungen im Verhalten der Teilnehmenden.....	230
11.2.1	Veränderungen in Bezug zur Lehrtätigkeit.....	231
11.2.2	Veränderungen in Bezug zum ärztlichen Berufsalltag.....	237
11.3	Reflexion der eigenen Lehre nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung.....	239
12.	Das empirische Rahmenmodell dieser Arbeit .....	243
12.1	Lerntransfer als Komponente des empirischen Rahmenmodells.....	244

12.2	Die Lehre in der Medizin als Komponente des empirischen Rahmenmodells.....	247
12.3	Die organisationale Lernkultur als Komponente des empirischen Rahmenmodells	250
12.4	Die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung als Komponente des empirischen Rahmenmodells .....	255
12.5	Die Teilnehmenden als Ausgangspunkt für Lerntransfer.....	258
<b>DISKUSSION DER ERGEBNISSE</b> .....		<b>267</b>
13.	Lerntransfer in der Medizindidaktik .....	267
13.1.	Subjektive Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden für Lehrgestaltung.....	268
13.1.1	Inhaltliche Ebene der Lehrgestaltung .....	268
13.1.2	Methodische Ebene der Lehrgestaltung .....	270
13.1.3	Reflexive Ebene der Lehrgestaltung.....	275
13.2	Empfundener Stellenwert der Lehre .....	277
13.2.1	Wunsch nach Sichtbarkeit und Unterstützung in der Lehre.....	278
13.2.2	Persönlicher Stellenwert der Medizindidaktik.....	281
14.	Lehre in der Medizin.....	284
14.1	Lehre in der Medizin als Spannungsfeld von Struktur und Standardisierung gegenüber Flexibilität und Spontanität.....	284
14.2	Stellenwert der Lehre neben der Patient*innenversorgung und Forschung.....	286
15.	Organisationale Lernkultur.....	287
15.1	Unterstützende Aspekte der organisationalen Lernkultur.....	288
15.2	Herausforderungen basierend auf der organisationalen Lernkultur.....	290
15.3	Spezifische Bedarfe zur Unterstützung der Lehre auf der organisationalen Ebene	292
16.	Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung.....	294
16.1	Selbsterfahrung von Methoden aus der Lernendenperspektive.....	294
16.2	Aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Lehre .....	295
16.3	Orientierung an ärztlicher Berufspraxis und möglichen Handlungsherausforderungen	297
17.	Teilnehmende .....	298
17.1	Lernbegründungen als Erweiterung der Handlungsfähigkeit .....	299
17.2	Lernbegründungen als Wahrung der Lebensinteressen.....	305
17.3	Reflexion der Lehrtätigkeit im Kontext des Bedeutungs- und Erfahrungszusammenhangs der Teilnehmenden.....	307
18.	Übergeordnete Zusammenhänge des empirischen Rahmenmodells .....	310
18.1	Lehre im Krankenhaus .....	310
18.2	Eigenverantwortlichkeit in der Lehrgestaltung.....	312
18.3	Handlungsmodus der Ärzt*innen .....	315
19.	Schlussfolgerung und Ausblick.....	318
Literaturverzeichnis.....		325
Danksagung .....		341



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht über die Medizindidaktik Grundstufe am Standort Würzburg (Stand 2018/1)	23
Abbildung 2: Transfermodell von Baldwin & Ford (1988) (Übersetzung d. V.)	47
Abbildung 3: Transfermodell von Rank & Wakenhut (1998)	49
Abbildung 4: Modellkomponenten des theoretischen Rahmenmodells (eigene Darstellung)	79
Abbildung 5: Erarbeitung des theoretischen Rahmenmodells des Lerntransfers (eigene Darstellung)	81
Abbildung 6: Erweiterung des theoretischen Rahmenmodells um die Perspektive der Teilnehmenden (eigene Darstellung)	84
Abbildung 7: Erweiterung des theoretischen Rahmenmodells um die Perspektive der Ausgestaltung von Weiterbildungen (eigene Darstellung)	88
Abbildung 8: Erweiterung des theoretischen Rahmenmodells um die Perspektive der organisationalen Lernkultur (eigene Darstellung)	91
Abbildung 9: Erweiterung des theoretischen Rahmenmodells um die Perspektive der Subjektorientierung (eigene Darstellung)	113
Abbildung 10: Überblick über die Datenerhebungen (eigene Darstellung)	116
Abbildung 11: Empirisches Rahmenmodell des Lerntransfers in der Medizindidaktik mit Fokus auf den Lerntransfer (eigene Darstellung)	245
Abbildung 12: Empirisches Rahmenmodell des Lerntransfers in der Medizindidaktik mit Fokus auf die Lehre in der Medizin (eigene Darstellung)	248
Abbildung 13: Empirisches Rahmenmodell des Lerntransfers in der Medizindidaktik mit Fokus auf die organisationale Lernkultur (eigene Darstellung)	251
Abbildung 14: Empirisches Rahmenmodell des Lerntransfers in der Medizindidaktik mit Fokus auf die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung (eigene Darstellung)	256
Abbildung 15: Empirisches Rahmenmodell des Lerntransfers in der Medizindidaktik (eigene Darstellung)	259



Tabelle 1: Übersicht über die Teilnehmenden des theoretischen Rahmenmodells	62
Tabelle 2: Übersicht über die Ausgestaltung von Weiterbildungen des theoretischen Rahmenmodells	70
Tabelle 3: Übersicht über die organisationale Lernkultur des theoretischen Rahmenmodells	77
Tabelle 4: Übersicht über theoretische Vorannahmen zur organisationalen Lernkultur	80
Tabelle 5: Übersicht über den Ablauf des inhaltsanalytischen Vorgehens	129
Tabelle 6: Übersicht über das Sample dieser Studie	135
Tabelle 7: Übersicht über die Ergebnisse der Lehranlässe	144
Tabelle 8: Übersicht über die Ergebnisse der Lehrgestaltung	147
Tabelle 9: Übersicht über die Ergebnisse der Bedeutung von Lehre und Didaktik	154
Tabelle 10: Übersicht über die Ergebnisse des Verhaltens von Organisationsmitgliedern	159
Tabelle 11: Übersicht über die Ergebnisse des Transferklimas	165
Tabelle 12: Übersicht über die Ergebnisse der organisationalen Rahmenbedingungen	171
Tabelle 13: Übersicht über die Ergebnisse der lernförderlichen didaktischen Ausgestaltung	179
Tabelle 14: Übersicht über die Ergebnisse der transferförderlichen didaktischen Ausgestaltung	187
Tabelle 15: Übersicht über die Ergebnisse der Lern-, Teilnahme- und Transfermotivation	191
Tabelle 16: Übersicht über die Ergebnisse des Engagements	205
Tabelle 17: Übersicht über die Ergebnisse der Erfahrungen der Teilnehmenden	210
Tabelle 18: Übersicht über die Ergebnisse der Erwartungen an die medizindidaktische Qualifizierung	219
Tabelle 19: Übersicht über die Ergebnisse der Identifikation von Weiterentwicklungspotentialen in der Lehre	227
Tabelle 20: Übersicht über die Ergebnisse der Veränderungen im Verhalten der Teilnehmenden	231
Tabelle 21: Übersicht über die Ergebnisse der Reflexion der eigenen Lehre nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung	240
Tabelle 22: Detaillierte Übersicht über die Ergebnisse des Lerntransfers	246
Tabelle 23: Detaillierte Übersicht über die Ergebnisse der Lehre in der Medizin	249
Tabelle 24: Detaillierte Übersicht über die Ergebnisse der organisationalen Lernkultur	253
Tabelle 25: Detaillierte Übersicht über die Ergebnisse der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung	257
Tabelle 26: Detaillierte Übersicht über die Ergebnisse der Teilnehmenden	262

# 1. Einleitung

Die Universitätsklinika in Deutschland vereinbaren die drei Aufgabenbereiche der Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung miteinander. Hierbei werden den Ärzt\*innen die Rollen von Lehrenden, Forschenden und klinisch Tätigen zugeschrieben (vgl. z.B. Kuhnigk et al., 2013, 11; Görlitz et al., 2015, 3). Die drei Aufgabenbereiche Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung erhalten jedoch keinen gleichrangigen Stellenwert. Während die Krankenversorgung die bedeutsamste Aufgabe darstellt, treten aus juristischen und ethischen Gründen die Lehre und Forschung in den Hintergrund (vgl. Steffen, 2001, 6 ff.). Es gibt weitere Hinweise, die den Aufgaben der Ärzt\*innen von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung einen unterschiedlichen Stellenwert zuschreiben. Demnach kann der anhaltende Ärzt\*innenmangel (vgl. Welzel et al., 2021) eine Priorisierung der Aufgabenbereiche hin zur Patient\*innenversorgung bestimmen. Ferner kann in dem vorangestellten Gelöbnis in der Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärzt\*innen die Bedeutsamkeit der Patient\*innenversorgung verdeutlicht werden: „Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patientinnen und Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein“ (Bundesärztekammer, 2011). Neben dieser Priorisierung der Patient\*innenversorgung kann herausgestellt werden, dass es wenig Strukturen in Bezug auf die Lehre in einem Universitätskrankenhaus gibt (ausführlich dazu vgl. Seabrook, 2003). In diesem Zusammenhang kann betont werden, dass es keine verbindliche reservierte Zeit für Lehraktivitäten in der Medizin gibt, obwohl beispielsweise das Konstrukt der „protected time“ in der Medizin etabliert ist. Die „protected time“ stellt eine Freistellung der Ärzt\*innen von klinischen Aufgaben dar, damit eine geschützte Zeit für Forschungsaktivitäten genutzt werden kann. Diese Freistellung im Rahmen von Clinician-Scientist-Programmen wird von den Kliniken gegenfinanziert, sodass andere Ärzt\*innen die klinischen Aufgaben der freigestellten Personen übernehmen können. Die Ziele dieses Konstrukts der „protected time“ sind die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und die Konzentration auf einen organisationalen Aufgabenbereich, wie in diesem Fall die Forschung (vgl. Conradi & Dobbstein, 2020; Deutsche Forschungsgemeinschaft, 2015). Diese Ausführungen zu dem Konstrukt der „protected time“ können zeigen, dass es in der Medizin Freistellungen für Tätigkeiten außerhalb der Patient\*innenversorgung gibt, diese jedoch nicht regelhaft für die Lehrtätigkeit genutzt werden.

Derweil sich für Ärzt\*innen Forschung karrierefördernd auswirkt und die Patient\*innenversorgung finanziell lukrativ ist, tritt die Lehre in den Hintergrund. Die Ausgestaltung der Lehre beruht vor allem auf der Eigeninitiative der Lehrenden, da keine objektiven Anreize und Honorierungen vorhanden sind (vgl. Fabry, 2008, 24; Öchsner & Reiber, 2010, 119). Somit kann herausgestellt werden, dass der Stellenwert der Lehre als geringer als die anderen Aufgabenbereiche der Ärzt\*innen angesehen werden kann (vgl.

Fabry, 2008, 24; Lammerding-Köppel, 2006a, 3). Diese Eigeninitiative der Lehrenden stellt allerdings kein Alleinstellungsmerkmal in der Medizin dar (vgl. Pflichter, 2014, 69 ff.; Egger, 2016, 41 f.). So kann auch in anderen Fachbereichen (z. B. Physik, Architektur und Lehramt) aufgezeigt werden, dass die Lehre und deren Qualitätssicherung Entwicklungsbedarfe aufweisen und häufig auf Eigeninitiative der Lehrenden beruhen (vgl. Pflichter, 2014, 69 ff.). Zu ihrer Optimierung wurden unter anderem über den „Qualitätspakt Lehre“ nationale Strategien entwickelt, damit die hochschuldidaktische Qualifizierung von Lehrenden unterstützt werden kann (vgl. Beuße & Hartz, 2021, 155). Um dieses Phänomen spezifisch in der Medizin zu bearbeiten, bemüht sich unter anderem der Wissenschaftsrat um eine Gleichstellung der Aufgabenbereiche der Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung an einer Universitätsklinik.

„Grundsätzlich muss an den universitätsmedizinischen Einrichtungen klar herausgestellt werden, dass **Lehre eine gleichberechtigte Bedeutung** neben Forschung und Krankenversorgung haben muss. Hier besteht struktureller Entwicklungsbedarf“ (Wissenschaftsrat, 2004; Hervorhebung im Original).

Diesem durch den Wissenschaftsrat postulierten Entwicklungsbedarf wird durch einzelne Fakultäten mit einer leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM) für Lehrqualität und Lehrengagement entgegengekommen (vgl. Hofer et al., 2008, 1615). Einen weiteren Ansatz, um dieses Ungleichgewicht auszubalancieren, stellen die Etablierung von Lehrstühlen für Medizindidaktik und die Implementierung von medizindidaktischen Qualifizierungen zur Verbesserung der medizinischen Lehre und der Lehrqualität dar (vgl. Fabry & Härtl, 2017, 5; Lammerding-Köppel, 2006a, 3; Niethammer, 2004, 90 ff.). Die medizindidaktischen Qualifizierungen richteten sich zum einen an Lehrende in der Medizin und zum anderen spezifisch an Habilitand\*innen, die eine nachgewiesene Basisqualifikation durch die Teilnahme an einem Qualifizierungsangebot erhalten können. Somit stelle eine medizindidaktische Qualifizierung eine Voraussetzung für die akademische Karriere dar (vgl. Fabry & Härtl, 2017, 5). Im Rahmen einer medizindidaktischen Qualifizierung sollen die Ärzt\*innen Kenntnisse zu Lernprozessen erhalten und die eigene Lehrkompetenz erweitern können (vgl. Lammerding-Köppel, 2006a, 2; Lammerding-Köppel, 2006b, 2). Ziel dieser Strategie ist die Gleichstellung der Lehre mit der Patient\*innenversorgung und Forschung. Damit einhergehend kann eine Karriereförderung durch die Lehre erfolgen (vgl. Niethammer, 2004, 86 ff.; Fabry, 2008, 24; Hahn, 2009, 2). In diesem Zusammenhang kann eine medizindidaktische Qualifizierung aus erwachsenenpädagogischer Sichtweise als fester Bestandteil der beruflichen Biografie verstanden werden (vgl. Arnold et al., 2018, 932) und insbesondere im Gesundheitsbereich kann eine steigende Nachfrage nach spezifischen nicht medizinischen Weiterbildungen verzeichnet werden (vgl. Hoh & Bartz, 2018, 1027 ff.). Jedoch werden medizindidaktische Qualifizierungen für Lehrende (noch) nicht flächendeckend implementiert. Für die Reputation der Ärzt\*innen werden bislang die Einwerbung von

Drittmitteln wie auch Publikationen in hochrangigen Journals als wegweisend angesehen, da es noch keine ausreichenden Anreize für die Förderung von guten Lehrleistungen gibt (vgl. Becker, 2012, 41; Dieter, 2009, 656). Demnach kann geschlussfolgert werden, dass medizindidaktische Qualifizierungen innerhalb der Medizin aus verschiedenen Gesichtspunkten für die Ärzt\*innen relevant erscheinen können. Neben der Erweiterung des medizindidaktischen Wissens und damit einhergehend der Förderung der Lehrtätigkeit kann eine Teilnahme an einem Qualifizierungsangebot als ein Aspekt der beruflichen Biografie verstanden werden.

Zusätzlich betonen einige Studien die Wichtigkeit von guter Lehre in der Medizin. Die Forschungsgruppe um Griewatz verweist darauf, dass die heutigen Lernenden eine spezifische Sozialisation erfahren haben und daher eher dazu neigen, ähnlich zu lehren, wie sie Lehre erfahren haben (vgl. Griewatz et al., 2017, 12). Damit einhergehend können andere Studien aufzeigen, dass die Qualität der Lehre einen deutlichen Einfluss auf den Lernerfolg der Lernenden aufweisen kann (vgl. Andretta et al., 2009, 261; Sonntag et al., 2017, 10). Folglich ist die Wichtigkeit der Lehre immanent und muss auf die spezifischen Bedingungen der medizinischen Ausbildung abgestimmt werden. Durch die Implementierung von medizindidaktischen Qualifizierungen kann dieser Forderung nachgekommen werden. Die Ziele dieser Qualifizierungen sind, wie oben beschrieben, die Erweiterung der eigenen Lehrfähigkeit und die Förderung der Lehrqualität (vgl. Lammerding-Köppel, 2006a, 2; Lammerding-Köppel, 2006b, 2). Inwiefern die Teilnehmenden Inhalte aus der medizindidaktischen Qualifizierung für die eigene Lehrtätigkeit nutzen und Veränderungen in der Lehre durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung angeregt werden können, kann durch eine Untersuchung des Lerntransfers eruiert werden.

In der Weiterbildungsforschung wird der Lerntransferforschung seit einigen Jahren mehr Aufmerksamkeit gewidmet. „Unter der Perspektive des Transfers ist daher eine nahe liegende Frage, wie und in welchem Maße das Gelernte anschließend tatsächlich am Arbeitsplatz zur Anwendung kommt. Sie [die Transferfrage; Anm. d. V.] ist ein Schlüsselproblem bei der Rechtfertigung der direkten und indirekten Kosten der Weiterbildung“ (Hense & Mandl, 2011, 249). So werden in diversen Forschungsansätzen die Wirkungen von Weiterbildungen, spezifischer des Lerntransfers, untersucht. Aus diesem interdisziplinären Lerntransferdiskurs können zahlreiche theoretische und empirische Befunde zu Einflussfaktoren des Lerntransfers herausgearbeitet werden. Diese Ergebnisse dienen als theoretische Basis zur Konzeption und Durchführung dieser Studie, und werden in einem theoretischen Rahmenmodell dargestellt. Da diese Arbeit in der Medizindidaktik durchgeführt wird, bedarf es einer grundlegenden Überprüfung der bisherigen Befunde zur Bearbeitung der Forschungsfrage, um daran anschließend zu eruieren, wie sich Lerntransfer in der Medizindidaktik gestaltet und was in diesem Zusammenhang beeinflussende Aspekte sein können. Dies wird anhand einer

qualitativen Panelerhebung mit zwei Interviews, vor und nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung, durchgeführt. Ziel ist es, basierend auf der Bedeutungszuweisung der Teilnehmenden für die Lehrtätigkeit ein empirisches Rahmenmodell in der Medizindidaktik zu entwerfen und den Lerntransfer für das spezifische Feld der Medizin zu eruieren. Demnach ergibt sich die zentrale Forschungsfrage dieser Arbeit:

**Wie gestaltet sich Lerntransfer in der Medizindidaktik und welche Aspekte können den Lerntransfer beeinflussen?**

In dieser Studie bezieht sich der Lerntransfer in der Medizindidaktik auf die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden und die Ausgestaltung der Lehre. Als Beeinflussungen können Aspekte angesehen werden, die den Lerntransfer begünstigen und erschweren können. Diese werden aus den Befunden des Lerntransferdiskurses sowie der Erwachsenen-/Weiterbildung als Faktoren identifiziert und im Weiteren für die Arbeit als beeinflussende Aspekte des Lerntransfers untersucht. Um in diesem Kontext zu untersuchen, wie sich der Lerntransfer in der Medizindidaktik gestaltet und welche Aspekte den Lerntransfer beeinflussen können, kann diese Arbeit in drei übergeordnete Teilschritte differenziert werden.

In dem ersten Schritt dieser Arbeit wird anhand der theoretischen Vorüberlegungen ein theoretisches Rahmenmodell erstellt, das bereits Implikationen der medizinischen Lehre, des Universitätsklinikums und der Aufgabenverteilung von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung sowie die spezifischen Lehr-/Lernsettings der Medizin beinhaltet. Zunächst erfolgt dafür ein Überblick über den Untersuchungskontext dieser Studie. Da die Medizin und das damit verbundene Studium eine Besonderheit unter den akademischen Berufen darstellen, werden im Folgenden der Aufbau des Medizinstudiums und die spezifischen Lehrformate und -methoden für die praktische Ausbildung der Lernenden (2.1) erläutert und die politischen Entwicklungslinien verdeutlicht. Durch Forderungen aus der Politik und Änderungen der Gesetzgebung gab es Neuregelungen und Weiterentwicklungen in den Rahmenbedingungen und der Ausgestaltung der medizinischen Lehre. Daran anschließend werden das Verständnis und die Notwendigkeit von Medizindidaktik (2.2) ausgeführt. Da diese Studie basierend auf der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung durchgeführt wird, schließt ein Überblick über den Ablauf und die Inhalte der medizindidaktischen Qualifizierung der Grundstufe Medizindidaktik (2018/1) aus dem Jahr 2018 (2.3) an und wird von einem Fazit zu den Implikationen für diese Arbeit (2.4) gefolgt. Um diese Studie im Kontext der theoretischen Grundlagen einzuordnen und eine Anschlussfähigkeit an den Lerntransferdiskurs zu gewährleisten, folgt eine Begriffsbestimmung des Lerntransfers. Hierbei werden neben einer theoretischen Definition (3.1) die Arten des Transfers (3.2) differenziert und Implikationen für diese Arbeit reflektiert (3.3). Durch zahlreiche Studien wird der Lerntransfer bereits empirisch betrachtet. Die zentralen Befunde aus der

Transferforschung sind in Kapitel 4 expliziert. Nach einem Überblick über ausgewählte Studien zur Evaluation innerhalb der Erwachsenen-/Weiterbildung (4.1) werden spezifischer die Evaluation von Trainings (4.2) und Forschungsansätze zur Evaluation von Lerntransfer in der Weiterbildung (4.3) vor dem Hintergrund dieser Studie betrachtet. Daran anschließend kann ein Zwischenfazit aus den Ausführungen für diese Arbeit gezogen werden (4.4). Um bei der Bearbeitung der Forschungsfrage eine Strukturierung und Orientierung an den Ergebnissen des Lerntransferdiskurses und der Erwachsenen-/Weiterbildung zu ermöglichen, wird ein theoretisches Rahmenmodell basierend auf den theoretischen Grundlagen dieser Arbeit erstellt. Dieses wird in Anlehnung an ausgewählte Transfermodelle der Weiterbildung (4.5) erarbeitet. Dafür werden die Transfermodelle von Baldwin & Ford (4.5.1) sowie von Rank & Wakenhut (4.5.2) als strukturelle Orientierung genutzt. Die inhaltliche Orientierung für das theoretische Rahmenmodell bilden die Einflussfaktoren auf Lerntransfer (4.6), spezifischer die Teilnehmenden, die Ausgestaltung von Weiterbildungen und die organisationale Lernkultur. Durch eine Bewertung in Bezug zur Nützlichkeit der einzelnen Ausprägungen der Einflussfaktoren zur Bearbeitung der Forschungsfrage werden die Implikationen für diese Arbeit formuliert und in einem nächsten Arbeitsschritt mit der Erarbeitung des theoretischen Rahmenmodells begonnen (4.7). Hierbei werden unter anderem die spezifischen Bedingungen der Lehre in der Medizin und der Universitätsklinik berücksichtigt. Weiterführend wird basierend auf den theoretischen Ausführungen die im Lerntransferdiskurs etablierte Systematik der Teilnehmenden (4.7.1), der Ausgestaltung von Weiterbildungen (4.7.2) sowie der organisationalen Lernkultur (4.7.3) genutzt, um das theoretische Rahmenmodell zu entwickeln. Am Ende dieses Kapitels steht somit ein theoretisches Rahmenmodell, das bei der Bearbeitung der Forschungsfrage unterstützen kann. Lerntransfer wird in diesem theoretischen Rahmenmodell als individueller Lernprozess verstanden, der jedoch in den erläuterten Transfermodellen nicht spezifischer thematisiert wird. Dies erscheint im Hinblick auf die Bearbeitung der Forschungsfrage nicht ausreichend, daher folgt die Betrachtung von Lernen aus erwachsenenpädagogischer Perspektive (5). Um ein tieferes Verständnis von Lernen und Lernprozessen zu erlangen, werden verschiedene lerntheoretische Perspektiven auf Lerntransfer (5.1) eröffnet. Hierbei werden biografische (5.2), konstruktivistische (5.3) und subjektorientierte (5.4) Sichtweisen expliziert und ihre Passung zur vorliegenden Forschungsfrage und ihre Dienlichkeit bei deren Bearbeitung eingeordnet (5.5). Basierend auf der Auseinandersetzung mit den Ansätzen werden Implikationen für diese Arbeit formuliert und eine Modifizierung des theoretischen Rahmenmodells um die Perspektive der Subjektorientierung auf Lernen ergänzt (5.6). Somit kann das theoretische Rahmenmodell zur Bearbeitung der Forschungsfrage genutzt werden. Wie die vorliegende Forschungsfrage bearbeitet wird, kann dem folgenden Kapitel zum methodischen Vorgehen (6) dieser Arbeit entnommen werden. Um Hinweise auf Veränderungen in den Sicht- und Handlungsweisen der

Teilnehmenden zu identifizieren, bietet sich eine qualitative Panelerhebung (6.1) an, bei der zu zwei Zeitpunkten die gleichen Teilnehmenden interviewt werden. Dabei dient die medizindidaktische Qualifizierung als gemeinsame Basis, die bei den durchgeführten fokussierten Interviews den Anreiz zur Gesprächsteilnahme darstellt (6.2). Um eine Vergleichbarkeit der Interviews auf der einen Seite und eine Strukturierung auf der anderen Seite zu gewährleisten, werden Leitfäden bei den Interviews genutzt. Um die Nachvollziehbarkeit der Leitfadenkonstruktion zu ermöglichen, wird diese in Kapitel 6.3 erläutert. Daran anschließend werden die Prozesse der Datenerhebung & -aufbereitung (6.4) sowie der Ablauf des inhaltsanalytischen Vorgehens (6.5) vor dem Hintergrund der Bearbeitung der Forschungsfrage expliziert. Des Weiteren können die Auswahl & Beschreibung des Samples (6.6) spezifiziert werden. All diese Ausführungen dienen zur Nachvollziehbarkeit und Begründbarkeit des methodischen Vorgehens. Damit einhergehend werden durch die methodische Reflexion (6.7) in Bezug auf das Sampling & den Zugang zum Untersuchungsfeld (6.7.1), die Datenerhebung (6.7.2) und eine Rollenreflexion der Forscherin (6.7.3) sowie eine Reflexion über die Gültigkeit der Daten (6.8) weitere Bemühungen unternommen, um die Nachvollziehbarkeit und Transparenz im Forschungsprozess zu gewährleisten.

In einem zweiten Schritt wird basierend auf der Codierung der Interviewdaten ein empirisches Rahmenmodell erstellt, das als zentrales Ergebnis dieser Arbeit zu betrachten ist. Demnach kann das empirische Rahmenmodell erklären, wie sich Lerntransfer in der Medizindidaktik gestalten kann, und bereits erste Hinweise darauf geben, welche Aspekte einen Einfluss darauf ausüben können. Um die Ergebnisse dieser Arbeit systematisch darzustellen, werden die einzelnen Dimensionen erläutert (Kapitel 7–11) und anschließend zur Erarbeitung des empirischen Rahmenmodells (Kapitel 12) verwendet. Hierbei werden vor allem die Weiterentwicklung und Modifizierung des spezifischen empirischen Rahmenmodells in der Medizindidaktik, in Abgrenzung zu dem theoretischen Rahmenmodell, fokussiert.

Um in einem dritten Schritt herauszuarbeiten, welche Aspekte den Lerntransfer beeinflussen können, folgt einer zusammenfassenden Betrachtung eine ebenenspezifische Einbettung der verschiedenen Dimensionen des empirischen Rahmenmodells (Kapitel 13–17). Diese erfolgt anhand einer Gesamtbetrachtung der einzelnen Modellkomponenten und kann somit deren spezifischen Einfluss herausstellen. Anknüpfend an die ebenenspezifische Einbettung können ebenenübergreifende Zusammenhänge dieser Arbeit verdeutlicht werden, um beeinflussende Aspekte auf den Lerntransfer in einem übergeordneten Gesamtzusammenhang zu betrachten (Kapitel 18). Schlussendlich erfolgt ein Fazit, bei dem auf Limitationen eingegangen und ein Ausblick auf weitere wissenschaftliche Anknüpfungspunkte gegeben wird (Kapitel 19).

## ZUM UNTERSUCHUNGSKONTEXT DIESER ARBEIT

Die vorliegende Arbeit untersucht am Beispiel einer spezifischen medizindidaktischen Qualifizierung den erfahrenen Lerntransfer der Teilnehmenden. Im Kontext der Erwachsenenpädagogik kann dies als eine berufliche Weiterbildung verstanden werden und bedarf der Abgrenzung zu der fachärztlichen Weiterbildung in der Medizin. Die berufliche Weiterbildung stellt einen Teilbereich der Erwachsenen-/Weiterbildung dar, die von der allgemeinen und politischen Weiterbildung abzugrenzen ist (vgl. Wittpoth, 2013, 109). Nach den vom Adult Education Survey (AES) definierten Weiterbildungssegmenten kann die medizindidaktische Qualifizierung der individuell-berufsbezogenen Weiterbildung zugeordnet werden (vgl. Bilger et al., 2017, 37). Hierbei kann jedoch keine trennscharfe Abgrenzung zwischen der betrieblichen und der individuell-berufsbezogenen Weiterbildungsaktivität (ebd.) vorgenommen werden, da keine detaillierten Informationen zu der (internen) Finanzierung und den privaten oder beruflichen Teilnahmezeitpunkten (während der Arbeitszeit und in der Freizeit) vorliegen. Eine Teilnahme ist für alle Lehrenden in der Medizin möglich und nicht auf das Universitätsklinikum Würzburg beschränkt. Demnach kann die medizindidaktische Qualifizierung im weiteren Sinne als eine berufliche Weiterbildung des öffentlichen Trägers der Hochschule, spezifischer als eine fachspezifische hochschuldidaktische Weiterbildung, definiert werden. Die in dieser Studie untersuchte medizindidaktische Qualifizierung enthält überwiegend Trainingselemente, bei denen Übungsphasen im Mittelpunkt stehen (vgl. z. B. Siebert, 2012, 89) und die sich an den spezifischen Bedarfen der Teilnehmenden und der Organisation orientieren (vgl. Weinbauer-Heidel, 2016, 38).

Da der Begriff der Weiterbildung innerhalb der Medizin durch die fachärztliche Weiterbildung inhaltlich von der Verwendung in der Erwachsenenpädagogik verschieden ist, wird zur präzisen Abgrenzung und Anschlussfähigkeit sowohl in der Medizindidaktik als auch in der Erwachsenenpädagogik im Folgenden von medizindidaktischer Qualifizierung gesprochen. Diese stellt, wie oben ausgeführt, eine Form der beruflichen Weiterbildung dar. Deswegen werden für jegliche Ausführungen, die auf Ergebnisse und Studien außerhalb der Medizin Bezug nehmen und nicht diese spezifische medizindidaktische Qualifizierung meinen, die Begrifflichkeit der Weiterbildung verwendet, um in dem jeweiligen Fachdiskurs anschlussfähig zu bleiben.

An der medizindidaktischen Qualifizierung können alle Lehrpersonen in der Medizin teilnehmen. Das Sample der vorliegenden Studie umfasst jedoch ausschließlich Ärzt\*innen, die überwiegend klinisch tätig sind. Diese sind am Universitätsklinikum Würzburg und assoziierten Lehrkrankenhäusern tätig (siehe Kapitel 6.6). Der Fokus der Lehrtätigkeit der Interviewpersonen erstreckt sich insbesondere auf die arbeitsplatzbasierte Ausbildung, die



Vermittlung von praktischen Fertigkeiten und die Lehre mit Patient\*innen während des ärztlichen Berufsalltags (siehe Kapitel 6.6). Daher werden die Besonderheiten des Medizinstudiums, der ärztlichen Berufspraxis und der Medizindidaktik (Kapitel 2) unter diesem Aspekt betrachtet und relevante Aspekte für das Verständnis der spezifischen Lehrformate und -methoden (Kapitel 2.1) sowie die Inhalte der medizindidaktischen Qualifizierung 2018/1 (Kapitel 2.3) dargestellt.

## 2. Besonderheiten des Medizinstudiums, der ärztlichen Berufspraxis und der Medizindidaktik

Um den Untersuchungskontext dieser Arbeit verständlicher zu machen, wird im Folgenden ein Überblick über die Besonderheiten des Medizinstudiums, der ärztlichen Berufspraxis und der Medizindidaktik gegeben. Dazu erfolgt jeweils ein kurzer Exkurs, um daran anschließend auf die spezifischen Lehrformate und -methoden (Kapitel 2.1), das Selbstverständnis der Medizindidaktik (Kapitel 2.2) und die medizindidaktische Qualifizierung 2018/1 (Kapitel 2.3) einzugehen. Beginnend können der Aufbau und die Systematik des Medizinstudiums mit dem Anspruch einer Ausbildung von praktischen Fertigkeiten als eine Besonderheit hervorgehoben werden. Daran anschließend wird versucht, einen Einblick in das berufspraktische Handeln der Mediziner\*innen aufzuzeigen, um die Denk- und Handlungslogiken der Ärzt\*innen in Ansätzen zu erschließen. Gefolgt werden diese Ausführungen von einer Auseinandersetzung mit den Studierenden als Teil und Mitglieder der Organisationen Hochschule und Krankenhaus. Ziel dieser Ausführungen ist es, zu verdeutlichen, wie die Studierenden an der Erreichung von Organisationszielen mitwirken können. Ferner wird an dieser Stelle ein kurzer Exkurs in den medizinischen Professionsdiskurs notwendig, um das Spannungsfeld der Anforderungen an den Arztberuf und die Ausbildung zu verdeutlichen.

Das Regelstudium der Medizin gliedert sich in drei Studienabschnitte im Umfang von mindestens sechs Jahren. Der erste Abschnitt besteht aus zwei Jahren Vorklinik und einem darauf aufbauenden zweiten Abschnitt im Umfang von vier Jahren, der auf die Klinik fokussiert. Das Praktische Jahr (PJ) stellt den dritten Abschnitt dar, der aus einer langen Praxisphase am Ende des Studiums besteht (vgl. Fabry, 2016, 138; § 1 ärztliche Approbationsordnung<sup>1</sup>, 2002; kurz: ÄApprO.). Es gibt jedoch auch Modellstudiengänge, die eine andere Systematik des

---

<sup>1</sup> Die Approbationsordnung stellt eine Rechtsordnung für die Zulassung zum Arztberuf dar, daher sind die Bestimmungen bindend und müssen von den Fakultäten umgesetzt werden.

Studiums verfolgen. Die Unterschiede zwischen den Studiengängen sind die Strukturierung und Ausgestaltung der Lehre. Während im Regelstudiengang nach Fächern unterrichtet wird, steht in Modellstudiengängen die Lehre nach Organsystemen und Themenkomplexen im Vordergrund (vgl. Hibbeler, 2014, 7). Der Datensatz der vorliegenden Studie liegt aus Würzburg vor. Hier wird das Medizinstudium im Regelstudiengang angeboten. Deshalb wird der Fokus im Folgenden auf die Regelstudiengänge der Medizin gelegt.

Ziel der ärztlichen Ausbildung ist unter anderem eine „eigenverantwortliche und selbständige Berufsausübung, [die; *Anm. d. V.*] zur Weiterbildung und zur ständiger Fortbildung befähigt“ (§ 1.1 ÄApprO). Im Jahr 2008 stellte Fabry in diesem Zusammenhang heraus, dass das Medizinstudium nicht ausreichend auf diese praktischen Anforderungen der Ärzt\*innen vorbereitet. Als mögliche Ursachen führte der Autor neben wissenschaftstheoretischen Grundproblemen auch das professionelle Selbstverständnis der Ärzt\*innen an (vgl. Fabry, 2008, 17 ff.). Aus wissenschaftlicher Perspektive erhalten naturwissenschaftliche Erkenntnisse für die Medizin eine große Relevanz. Die Medizin selbst wird jedoch als praktische Wissenschaft definiert, die sich von den theoretischen Wissenschaften (wie beispielsweise der Biologie oder Physik) abgrenzt. Die Herangehensweise im Medizinstudium folgt daher der Zielsetzung der praktisch tätigen Ärzt\*innen und deren Gegenstandsbereichs (vgl. Fabry, 2008, 24 f.). Ein Merkmal des Medizinstudiums stellt die Vorbereitung der Studierenden auf eine konkrete berufliche Praxis dar. Im Vergleich zu anderen Studiengängen an Universitäten stellt dies eine Besonderheit dar, da Studiengänge an Universitäten selten für eine konkrete berufliche Praxis ausbilden (vgl. Fabry, 2008, 25).

In diesem Zusammenhang kann hervorgehoben werden, dass das Medizinstudium nicht nur auf der theoretischen Vermittlung von Inhalten (z.B. Anatomie, Krankheitslehre) basiert, sondern von der praktischen Ausbildung (z.B. Nähen, Blutabnahme) der Studierenden bestimmt wird (vgl. Fabry, 2016, 138). Daher begegnet das Studium der Medizin der Herausforderung einer „universitären Berufsausbildung“ (Fabry, 2016, 136). Die praktischen Übungen an Patient\*innen sind somit erforderlich, um die „handwerklichen“ Fähigkeiten auszubilden, die nicht immer simuliert werden können (vgl. Steffen, 2001, 38). Aus diesem Grund wurde unter anderem ein Praktisches Jahr implementiert, in dem die Studierenden vor allem praktisch mit Patient\*innen arbeiten. Dies stellt einen integralen Bestandteil der medizinischen Ausbildung dar und muss von allen Studierenden zum Ende des Studiums absolviert werden (vgl. Fabry, 2016, 138; § 3 ÄApprO). Um während des gesamten Medizinstudiums praktische Fertigkeiten zu erlernen, werden in der medizinischen Lehre spezifische Lehrformate und -methoden genutzt, die auf die arbeitsplatzbasierte Ausbildung ausgelegt sind (siehe Kapitel 2.1).

Das berufliche Handeln der Ärzt\*innen orientiert sich überwiegend an den medizinischen „Leitlinien“ und den darin enthaltenen Untersuchungs- und Behandlungsschritten, die als eine Art Handlungsempfehlung anzusehen sind. Die Leitlinien stellen systematische Aussagen über die Diagnostik und Therapie dar, die die Entscheidungsfindung von Ärzt\*innen unterstützen können. Zu differenzieren sind die Leitlinien S1–S3 in ihrer Systematik, die von Handlungsempfehlungen einer Expert\*innengruppe bis zu einer evidenz- und konsensbasierten Fundierung reichen. Die Ärzt\*innen sollen dadurch zu einer transparenten und standardisierten medizinischen Entscheidung angeregt werden, eine rechtliche Verpflichtung zur Nutzung gibt es jedoch nicht (vgl. <https://www.cochrane.de/leitlinien>). So wird beispielsweise bei rechtsseitigen Unterbauchschmerzen eine Abklärung (körperliche Untersuchung und Blutbild) auf eine Blinddarmentzündung eingeleitet. Die körperliche Untersuchung bei einem Verdacht auf eine Blinddarmentzündung folgt ebenfalls einem sehr routinierten Handlungsmodus, der beispielsweise vorschreibt, welche Punkte am Bauch gedrückt werden sollten. Durch die Nutzung der Leitlinien kann die Entscheidungsfindung über die Diagnostik und Therapie erleichtert werden, dabei kann auf systematische Handlungsempfehlungen zurückgegriffen und das berufliche Handeln legitimiert werden.

Als Besonderheit des Medizinstudiums bedarf es einer gesonderten Betrachtung der Studierenden und deren Rolle im Organisationsdiskurs. Im Diskurs der (soziologischen) Organisationsforschung werden verschiedene Mitgliedschaftstypen für die Hochschule definiert, an die in dieser Arbeit angeschlossen wird. In der Organisation angestellte Personen sind über den Arbeitsvertrag und das Bemühen der Erreichung der Organisationsziele Mitglieder. In Abgrenzung dazu sind die Studierenden durch ihre Immatrikulation temporäre Mitglieder der Organisation (vgl. Wilkesmann, 2017b, 568). Somit existieren in der Hochschule für Lehrende und Studierende verschiedene Mitgliedschaftstypen, die jedoch nicht automatisch auf das Universitätsklinikum übertragen werden können. Durch die praxisnahe Ausbildung der angehenden Mediziner\*innen werden von der medizinischen Fakultät akademische Lehrkrankenhäuser identifiziert, die Teile dieser Aufgabe während des Praktischen Jahres übernehmen. Das Universitätsklinikum leistet dabei den primären Beitrag zur Ausbildung der Studierenden. Praktische Ausbildungszeiten können auch bei anderen Akademischen Lehrkrankenhäusern absolviert werden. Formal ist das Universitätsklinikum kein Bestandteil der Universität, sondern ein Krankenhaus, das die Ausbildungsleistungen durch die professionelle Expertise der Mediziner\*innen ermöglicht. Das Krankenhaus verpflichtet sich, neben der Versorgung der Patient\*innen und der Forschung die Ausbildung von angehenden Mediziner\*innen zu übernehmen, und trägt daher den Namen „Universitätsklinikum“ oder „Universitätsklinik“. Eine weitere Organisationsform stellt die „Universitätsmedizin“ dar, die sich unter anderem durch einen Verbund von medizinischer

Fakultät und Universitätsklinikum im Kontext der Universität kennzeichnen lässt (vgl. Wissenschaftsrat, 2014). Die Studierenden in dieser Arbeit sind ordentliche Studierende der Universität Würzburg, daher sind sie folglich Mitglieder der Organisation Hochschule. Ein Teil der praktischen Ausbildung der angehenden Mediziner\*innen erfolgt in Krankenhäusern. Die Praxisphasen, die sowohl am Universitätsklinikum als auch an Akademischen Lehrkrankenhäusern absolviert werden können, ändern jedoch nichts am Status der Studierenden. Vielmehr kann in diesem Zusammenhang hervorgehoben werden, dass die Studierenden als Mitglieder der Organisation dabei mitwirken, ein zentrales Organisationsziel zu erreichen. Das Erreichen des Ausbildungsziels, welches durch das Krankenhaus und die Studierenden angestrebt wird, kann somit dazu beitragen, dass die Studierenden als Teil der Organisation angesehen werden.

Darüber hinaus kann der Status der Studierenden als Teil der Organisation an gesetzlichen Rahmenbedingungen der ärztlichen Approbationsordnung definiert werden, gemäß der die Studierenden im Praktischen Jahr „[...] entsprechend ihrem Ausbildungsstand unter Anleitung, Aufsicht und Verantwortung des ausbildenden Arztes ihnen zugewiesene ärztliche Verrichtungen durchführen“ (Auszug § 3.4 ärztliche Approbationsordnung). Mit der Übernahme von ärztlichen Aufgaben durch die Studierenden, insbesondere zum Ende des Studiums während des Praktischen Jahres, können organisationale Ziele des Universitätsklinikums unterstützt werden. Die Unterstützung in der Versorgung der Patient\*innen stellt jedoch nur einen geringen zeitlichen Anteil des Medizinstudiums dar, sodass Studierende im Sinne der Mitwirkung an den eigenen Ausbildungszielen als Mitglieder der Organisation verstanden werden. Somit kann den Studierenden eine Bedeutung innerhalb der Organisation Krankenhaus zugeschrieben und diese zeitweise als Teil von ihr betrachtet werden.

Im Diskurs um Professionen muss zunächst die Begrifflichkeit des Berufs definiert werden. So werden Berufe als Reaktionen auf gesellschaftliche Probleme und Bedürfnisse verstanden, die durch spezielle Fertigkeiten und Fähigkeiten und die damit eingehende fachliche Tätigkeit bedient werden (vgl. Vollmer, 2017, 22). Damit unterliegt der Arztberuf zunächst den gesellschaftlichen Forderungen nach professioneller und fachlicher Tätigkeit. In Bezug auf das professionelle Selbstverständnis der Ärzt\*innen verweist Fabry (2008, 30) auf ein traditionelles, soziologisches Professionsverständnis, das den Professionen eine Monopolstellung der Leistungen und Tätigkeiten zuschreibt. Diese traditionellen Professionen verfügen über Spezialwissen und Handlungsautonomie, die im Studium und in Praxisphasen erworben werden. Zudem zeigt sich die Zugehörigkeit einer Profession durch Sozialprestige und ein daran angemessenes Einkommen. Den Mediziner\*innen wird die zentrale Aufgabe der Gemeinwohlorientierung, in diesem Kontext der Gesundheit, innerhalb der Gesellschaft

zugesprochen (vgl. z. B. Vollmer, 2017, 22 f.; Klinke, 2018, 6). Neben der Soziologie kann innerhalb der Erwachsenen-/Weiterbildung ein langer berufspädagogischer Professionsdiskurs nachgezeichnet werden (vgl. Steiner, 2018, 10 ff.). Unter einer klassischen Profession im Kontext der Erwachsenen-/Weiterbildung können demnach akademische Berufe verstanden werden, die durch spezifisches Wissen ein zentrales Problem der gesellschaftlichen Reproduktion systematisch bearbeiten (vgl. Nittel, 2000, 17). Durch die Annahme eines professionellen Komplexes in der Gesellschaft können durch Arbeitsteilung Leistungen erbracht werden, die zur gesellschaftlichen Reproduktion notwendig erscheinen. Durch die Abgrenzung zu anderen Berufen und die Bearbeitung von gesellschaftlichen wie auch individuellen Problemlagen werden Professionen basierend auf einer gesamtgesellschaftlichen Betrachtung definiert (ausführlich dazu vgl. Nittel, 2000). Steiner (2018) fasst basierend auf dem Merkmalsansatz von Kurtz (2005) klassische Profession im Kontext der Erwachsenen-/Weiterbildung zusammen. Demnach sind Professionen unter anderem durch wissenschaftlich fundiertes Sonderwissen, Spezialisierung und Akademisierung, festgelegte Aus- und Fortbildungswege, berufsständische Normen, ein hohes Sozialprestige, ein Tätigkeitsfeld mit einer gemeinnützigen Funktion, Autonomie bei der Berufsausübung und die Selbstkontrolle durch Berufsverbände und Interessenvertretungen gekennzeichnet (vgl. Steiner, 2018, 36 f.). Die Ärzteschaft als klassische Profession zeichnet sich vor allem durch den Wert für die Gesellschaft zur Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit aus. Dabei verfolgen Angehörige dieser Profession mit dem hippokratischen Eid eine eigene Berufsethik und werden durch die Approbationsordnung staatlich normiert sowie über die Approbation zur Berufsausübung zugelassen. Die Ärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung stellen nur zwei Instanzen der institutionalisierten Selbstverwaltung der Ärzt\*innen dar (vgl. Herrmann & Lehmann, 2016, 477).<sup>2</sup>

An dieser Stelle muss die Diskussion um die Orientierung an den klassischen Professionsmerkmalen kritisch betrachtet werden. Aus erwachsenenpädagogischer Perspektive wird im Diskurs um Professionen die Loslösung von den klassischen Analyseperspektiven gefordert. Demnach wird die Erfüllung von strukturellen Merkmalen, wie beispielsweise der Gemeinwohlorientierung und der Zugehörigkeit zu einem Berufsverband, durch die Fokussierung auf den Prozess der Professionalisierung abgelöst (vgl. Breitschwerdt et al., 2016, 32). In Abgrenzung zur (Professions)soziologie legen neuere Arbeiten der Erziehungswissenschaft den Fokus auf die Prozesskategorie Professionalisierung und die

---

<sup>2</sup> Durch gesellschaftliche Veränderungen, die Modernisierung der Arbeitswelt wie auch den Einbezug der Organisation können neue Ansätze in dem Professionalisierungsdiskurs herausgearbeitet werden (ausführlich dazu z. B. Schnell & Pfadenhauer, 2020; Kloke, 2014).

Handlungskategorie Professionalität und wenden sich von der Strukturkategorie Profession ab (vgl. ausführlich dazu z. B. Nittel, 2018, 27 f.; Breitschwerdt et al., 2016, 32).<sup>3</sup>

Aufgrund einer zunehmenden Technisierung und des medizinischen Fortschritts, des Wandels von institutionalisierten Rahmenbedingungen (z. B. Budgetierung und Rationalisierung) wie auch der interdisziplinären Zusammenarbeit bedarf es einer Anpassung des ärztlichen Handelns. Ferner verändern sich die Rolle der Patient\*innen, die Beziehung von Ärzt\*innen und Patient\*innen sowie deren Partizipation, wodurch die Individualisierung und Informiertheit sowie die Einbindung in das Handeln der Ärzt\*innen verstärkt werden (vgl. Herrmann & Lehmann, 2016, 480 f.).

Als das Selbstverständnis der Ärzteschaft kann bis heute die Aufgabe verstanden werden, Krankheiten zu heilen und Leiden zu mindern (vgl. Quante, 2009, 171 f.). Der Arztberuf als klassische Profession wird jedoch durch andere Heilberufe und durch Änderungen im Gesundheitswesen und der Budgetierung in der ärztlichen Autonomie eingeschränkt. Daher wird im soziologischen Professionsdiskurs, nach der subjektorientierten und klassischen Berufssoziologie, von einer Deprofessionalisierung gesprochen<sup>4</sup> (vgl. Bollinger 2018a, 86; Fabry, 2008, 30; Bollinger, 2018b, 31). In diesem Zusammenhang kann durch den Statuszugewinn der nicht ärztlichen (Semi-)Professionen ein Statusverlust für die Ärzt\*innen und damit einhergehend eine Bedrohung der ärztlichen Definitionsgewalt vermutet werden (vgl. Herrmann & Lehmann, 2016, 482). Hinzu kommt, dass sowohl das Gesundheitssystem als auch das Spektrum von Krankheiten einem stetigen Wandel unterliegen, der durch die Spezialisierung und Technisierung wie auch die Lebensführung der Menschen angestoßen wird (vgl. Fabry, 2008, 18 ff.).

Zusammenfassend werden Herausforderungen für die Ausbildung und Berufspraxis der Mediziner\*innen identifiziert, die auf die wissenschaftstheoretische Ebene, das professionelle Selbstverständnis und die gesellschaftlichen Entwicklungen zurückzuführen sind. Um in dieser Arbeit den Lerntransfer und die beeinflussenden Aspekte herauszuarbeiten, ist die Einbettung in diese Diskurse notwendig, um die Anschlussfähigkeit und Anknüpfung der empirischen Ergebnisse zu gewährleisten und ein tieferes Verständnis der Thematik zu erlangen.

---

<sup>3</sup> Der Diskurs und die Begriffsabgrenzungen um Professionen, Professionalisierung und Professionalität steht nicht im Fokus dieser Arbeit und wird daher an dieser Stelle zur differenzierten Betrachtung des Professionsbegriffs in der Erwachsenen-/Weiterbildung angesprochen.

<sup>4</sup> Innerhalb der Erziehungswissenschaften erhält der Deprofessionalisierungsbegriff eine andere Bedeutung; hierbei werden Entwicklungen auf der demokratietheoretischen und wissenschaftlichen Ebene beschrieben, die zu einer Entgrenzung der Tätigkeiten, einem offenen demokratischen Verständnis und gleichzeitig der Herausforderung zur Förderung von Interdisziplinarität führen können (vgl. Gieseke, 2018, 64).

Als Untersuchungsfeld der vorliegenden Arbeit agiert die medizindidaktische Qualifizierung der Grundstufe (2018/1)<sup>5</sup> für Lehrende der Medizin, die am Institut für Medizinische Lehre und Ausbildungsforschung in Würzburg durchgeführt wird. Um den Lerntransfer in der Medizindidaktik zu untersuchen, bedarf es dieses kurzen Abrisses über die ausgewählten Besonderheiten der medizinischen Arbeit und Ausbildung. Die daraus resultierenden Anforderungen haben in den letzten Jahren eine Implementierung von didaktischen Angeboten spezifisch für die Medizin hervorgerufen. Basierend auf den Anforderungen an eine professionelle Lehrperson und den rechtlichen und politischen Hintergründen wird das Interesse für Medizindidaktik als Fachdidaktik geweckt. Sowohl die medizinischen Fakultäten als auch die Politik beschäftigten sich mit der Ausgestaltung und den Rahmenbedingungen von Lehre. Um die Entwicklung der Medizindidaktik als Disziplin zu eruieren, werden untenstehend spezifische Lehrformate und -methoden der medizinischen Lehre (Kapitel 2.1) und das Selbstverständnis der Medizindidaktik (Kapitel 2.2) expliziert. Basierend auf diesen Ausführungen folgt ein Überblick über die medizindidaktische Qualifizierung der Grundstufe (2018/1) (Kapitel 2.3) und die Implikationen für diese Arbeit (Kapitel 2.4).

## 2.1 Spezifische Lehrformate und -methoden für die praktische Ausbildung der Studierenden

Für die Ausbildung der Studierenden sind in der ärztlichen Approbationsordnung die Lehrformate definiert. Neben den klassischen Lehrformaten (z. B. Vorlesung und Seminar) erhalten die praktischen Übungen einen großen Stellenwert. Diese können differenziert werden in den Unterricht am Krankenbett, Praktika und Blockpraktika (§ 2 ÄApprO). Bei den letztgenannten Lehrformaten erfolgt die Lehre teilweise während des ärztlichen Berufsalltags. Diese Lehrformate sind durch spezifische Methoden zur Vermittlung von praktischen Fertigkeiten gekennzeichnet. Insbesondere bei den Lehrformaten mit echten Patient\*innen und während der ärztlichen Berufspraxis kann darüber hinaus die Entwicklung eines ärztlichen Habitus und einer beruflichen Sozialisation angestoßen werden.

Der Unterricht am Krankenbett stellt eine der praktischen Übungen während des Medizinstudiums dar; er wird in kleinen Gruppen von maximal drei (bei der Untersuchung von Patient\*innen) bzw. maximal sechs Studierenden (bei der Patient\*innendemonstration) durchgeführt (§ 2 ÄApprO). Ochsendorf et al. (2018b, 56) verweisen darauf, dass bei diesem Lehrformat die Studierenden die Ärzt\*innen bei der Untersuchung und Behandlung der Patient\*innen sowie der Kommunikation beobachten und unter Anleitung diese Aspekte der ärztlichen Berufspraxis ausprobieren können.

---

<sup>5</sup> Im weiteren Verlauf werden sich die Ausführungen zu der in dieser Studie untersuchten medizindidaktischen Qualifizierung auf die Grundstufe Medizindidaktik aus dem Jahr 2018 beziehen. Diese stellt den ersten Durchgang dieser Qualifizierung im Jahr 2018 dar, daher wird sie mit ‚2018/1‘ bezeichnet..

Während der klinischen Praktika sollen die Studierenden die Möglichkeit erhalten, erworbenes Wissen praktisch anzuwenden. Die Ausgestaltung reicht von dem Beobachten des klinischen Alltags bis zur supervidierten Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bei Patient\*innen (vgl. Ochsendorf et al., 2018b, 66). Bei dem klinischen Praktikum stehen die Besonderheiten der verschiedenen klinischen Disziplinen im Mittelpunkt. Bei den Vorgaben zur Durchführung dieser Praktika heben Ochsendorf et al. (2018b) hervor, dass eine fachspezifische Ausgestaltung verfolgt werden sollte und zudem folgender Frage nachgegangen wird:

„Wem will ich wo was wie vermitteln? [...] Dabei reicht die Umsetzung von einem unstrukturierten Aufenthalt der Lernenden auf einer Station ohne konkrete Ziele bis zu einem durchstrukturierten Unterricht mit Lernzielen, Demonstrationen, Aufgaben und adäquater Überprüfungen des Gelernten“ (Ochsendorf et al., 2018b, 68).

Dieses Zitat zeigt, dass es eine Flexibilität in der Ausgestaltung der klinischen Praktika im Medizinstudium gibt, da die Durchführung auf das spezifische Fach ausgerichtet werden soll. Es werden jedoch häufig verschiedene Lehrformate während des Praktikums kombiniert, beispielsweise Seminare mit Unterricht am Krankenbett (vgl. Ochsendorf et al., 2018b, 68), um die ärztliche Berufspraxis kennenzulernen (vgl. Fabry, 2008, 164).

Als ein weiteres Spezifikum des Medizinstudiums agiert die Vermittlung von klinischen und praktischen Fertigkeiten. Das methodische Vorgehen des *see one, do one, teach one* (im Sinne einer Beobachtung, Durchführung und Weitergabe in Form von Lehre) wurde lange Zeit als traditionelle Lehrmethode in der Medizin eingesetzt, vor allem in der Chirurgie. Aufgrund von Veränderungen, unter anderem in der Ausbildung der Studierenden und der Patient\*innensicherheit, wird diese Lehrmethode nicht mehr alleinig eingesetzt, sondern auf alternative Lehrmethoden zur Vermittlung von praktischen Fertigkeiten zurückgegriffen (vgl. Kotsis & Chung, 2013, 1194 ff.; Germanyuk et al., 2019, 597 ff.). Hierbei wird das Training von klinischen und praktischen Fertigkeiten unter geschützten Bedingungen als ein alternatives Lehrformat angesehen. Während die klinischen und praktischen Fertigkeiten bereits durch den Unterricht am Krankenbett und Praktika demonstriert und zum Teil unter Anleitung geübt werden, gibt es weitere Lehrformate und -methoden, die die intensive Beschäftigung damit fördern können. Hierbei können die Studierenden in Trainingszentren ärztliche Fertigkeiten an Modellen und unter Anleitung üben (vgl. Fabry, 2008, 174).

„Die ärztliche Tätigkeit kennt viele Situationen, in denen besonders hohe Anforderungen an die Kompetenz der Handelnden gestellt werden, weil bei einem Fehler schwerwiegende Schäden für die Patienten zu befürchten sind. Für die Ausbildung bedeutet das, dass bestimmte Handlungsakte bereits gut beherrscht werden müssen, bevor sie zum ersten Mal an einem Patienten vorgenommen werden. Dazu gehören bestimmte diagnostische und therapeutische Maßnahmen, z.B. alle Arten von Punktionen, etwa um Blut abzunehmen oder um Infusionen zu legen oder auch chirurgische Handgriffe wie Nähen“ (Fabry, 2016, 146).



Um die Sicherheit der Patient\*innen zu garantieren und den Studierenden die Möglichkeit des Übens zu bieten, werden Simulationen in Trainingszentren für die medizinische Ausbildung als unabdingbar angesehen. Diese Trainingszentren stellen Einrichtungen dar, in denen die Studierenden praktische und kommunikative Fertigkeiten üben können. Dies geschieht meist unter Anleitung und teilweise mit dem Einsatz von Schauspielpersonen (vgl. z. B. Fabry, 2016, 146; Ochsendorf et al., 2018b, 64). Obwohl die Forschungslage zur Dauer, Häufigkeit und Art der Übung sowie zur Verbesserung durch Übung kritisch zu betrachten ist (ausführlich dazu Fabry, 2008, 175), ist es erwiesen, dass reflektiertes Üben einen hohen Stellenwert zum Erhalt oder der Verbesserung einer praktischen Fertigkeit aufweist (vgl. Fabry, 2008, 175). Reflektiertes Üben („deliberate practice“) wird anhand von vier Aspekten definiert. Nach der Auswahl einer geeigneten Aufgabe für die Studierenden (1) sollte diesen eine detaillierte Einführung über das Ziel dieser Aufgabe gegeben werden (2). Im Anschluss an die Ausübung der Aufgabe sollte den Studierenden ein ausführliches Feedback gegeben werden (3), zudem sollten sie die Möglichkeit erhalten, die Aufgabe zu wiederholen (4).“? (vgl. Kollewe et al., 2018b, 14; Fabry, 2008, 78). Fabry (2008, 78) hebt in diesem Zusammenhang hervor, dass der Lerneffekt am größten ausfällt, wenn Fertigkeiten trainiert werden, die an der Grenze der eigenen Fähigkeiten zu verorten sind.

Eine weitere Besonderheit in dem Medizinstudium der angehenden Ärzt\*innen stellt die Lehre während der ärztlichen Berufspraxis dar, von der insbesondere die Praktika und die arbeitsplatzbasierte Ausbildung betroffen sind. Diese Lehre während der ärztlichen Berufspraxis ist unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass die Aufgaben der Patient\*innenversorgung, der Forschung und der Lehre erfüllt werden und die Planbarkeit der Lehrmomente schwierig erscheint (vgl. Ochsendorf et al., 2018b, 57). Dies zeigt auch folgendes Zitat:

„Im klinischen Alltag dagegen sehen viele Lehrende in erster Linie die Patientenversorgung als ihre Hauptaufgabe an – auch wenn Teilnehmer von Praktika/Blockpraktika, Famulanten oder Lernende im Praktischen Jahr auf der Station bzw. der Ambulanz anwesend sind. Da dieses Umfeld keine ‚geschützte Zeit‘ für die Lehre reserviert, der Ablauf nicht geplant werden kann und meist ein großer Zeitdruck herrscht, scheint Unterrichten hier zunächst schwer möglich“ (Ochsendorf et al., 2018b, 57).

Die Lehre während des klinischen Alltags kann als eine Herausforderung angesehen werden, da die Bedürfnisse der Patient\*innen und der Lernenden gleichzeitig berücksichtigt werden müssen. Hierbei gibt es verschiedene Ansichten, bei denen das Beobachten und Zuschauen der ärztlichen Berufspraxis als Lehr-/Lernsetting begriffen wird (vgl. Epstein et al., 1998, 149 ff.; Fabry, 2008, 168) und darüber hinaus Ansichten andere Vertreter\*innen der Medizindidaktik, die das Beobachten und Zuschauen als nicht ausreichend für das Lernen definieren und konkrete arbeitsplatzbasierte Ausbildungsformate und Methoden fordern (vgl. König & Adili, 2019, 594). In diesem Zusammenhang kann als Besonderheit der Ausbildung

der Medizinstudierenden die Lehre mit echten Patient\*innen hervorgehoben werden. Die Studierenden erhalten die Möglichkeit, in einer klinischen Situation nicht nur die Fertigkeiten demonstriert zu bekommen, sondern das „Arzt-/Ärztinsein“ vorgelebt zu bekommen. Dies kann nicht nur für die Entwicklung einer professionellen Identität von Bedeutung sein (vgl. Fabry, 2008, 168; siehe oben).

Da die Lehre teilweise während der ärztlichen Berufspraxis stattfindet und die Studierenden somit den klinischen Alltag der Mediziner\*innen erleben, können nicht intendierte Lernprozesse angeregt werden. Dabei können subjektive Perspektiven auf die Arbeit und den Beruf die Identitätsbildung und die Ausbildung eines „beruflichen Habitus“ unterstützen (vgl. Bremer, 2018, 138). Der berufliche Habitus kann dabei als ein „soziales Organ“ verstanden werden, „in dem Schemata des beruflichen Wahrnehmens, Beurteilens und Bewertens körperlich eingespeichert und jederzeit in entsprechenden praktisch relevanten Situationen abrufbar sind“ (Corsten, 2012, 323). Der berufliche Habitus zeichnet sich als ein Handlungsvermögen aus, das durch Wahrnehmungen, Beurteilungen und Bewertungen von Aspekten der Berufswelt und des Berufsfeldes geprägt wird (vgl. Corsten, 2012, 323).

In diesem Kontext kann die berufliche Sozialisation der Ärzt\*innen im interdisziplinären Sozialisationsdiskurs (Bremer, 2018, 130) als „Sozialisation durch den Beruf“ in einem funktionalen Verständnis begriffen werden. Durch eine Vermittlung von Erfahrungswissen kann eine Vorbereitung auf die Arbeits- und Berufswelt erfolgen (vgl. Bremer, 2018, 138). Um berufliche Sozialisation kann es sich demnach handeln,

„wenn es sich, im Unterschied zur fachlichen Qualifizierung, um Lernen und Verlernen für und durch *unmittelbar soziale* Aspekte gesellschaftlich organisierter Ausbildung und Arbeit dreht, *und* wenn diese Prozesse nicht pädagogisch geplant und kontrolliert ablaufen, sondern eher *Begleiterscheinungen anderer Lern- oder Arbeitsprozesse* darstellen, die im Zentrum der Aufmerksamkeit der Beteiligten stehen“ (Lempert, 2006, 414; Hervorhebungen im Original).

Berufliche Sozialisation fokussiert somit die nicht intendierten Lehr-/Lernsituationen sowie soziale Aspekte des Berufs- und Arbeitsfeldes. Vor dem Hintergrund der Hochschule als Lern- und Erfahrungsort wird dieser eine Bedeutung als Sozialisationsraum zugesprochen. In diesem werden Impulse für die Persönlichkeitsentwicklung und die Entwicklung eines (beruflichen) Habitus durch die Ausprägung von individuellen Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsmustern gesetzt (vgl. Dobischat & Düsseldorf, 2015, 469). Im Rahmen dieser Entwicklungen müssen Studierende sich unter anderem durch reflexive Verarbeitung von Ereignissen, strukturellen Gegebenheiten und Interaktionen eine (berufliche) Identität erschließen (ausführlich dazu Dobischat & Düsseldorf, 2015, 479). In diesem Zusammenhang können die Ärzt\*innen als „ärztliches Rollenmodell“ (Ochsendorf et al., 2018b, 56) agieren. Studien konnten aufzeigen, dass Ärzt\*innen ebenfalls durch eine Vorbildfunktion den Studierenden Verhaltensweisen und Einstellungen vermitteln können (z. B. Wright et al., 1997; Haessler et al., 2012). Kollwe et al. (2018b) fassen in diesem Zusammenhang die unterschiedlichen Kompetenzebenen zusammen, auf denen Ärzt\*innen als Vorbild agieren

können. Neben der klinischen Kompetenz erhalten die Lehrkompetenz und die Persönlichkeit einen Stellenwert (vgl. ausführlich dazu Kollwee et al., 2018b, 10). Folglich werden die berufliche Sozialisation und der berufliche Habitus als spezifische Entwicklungsmöglichkeiten der Studierenden durch die medizinische Lehre verstanden, die durch die Ärzt\*innen angestoßen und vorgelebt werden können.

Wie bereits oben ausgeführt, stellt die Lehre in der Medizin einen Aufgabenbereich der Ärzt\*innen dar, die an einem Universitätsklinikum arbeiten. Neben der Krankenversorgung und Forschung kann die Lehre daher eine untergeordnete Rolle einnehmen. Um die Lehre in der Medizin zu stärken, gab es in den letzten 20 Jahren unter anderem auf der politischen Ebene einige Veränderungen. Mit der Änderung der ärztlichen Approbationsordnung 2002 wurde auf unterschiedlichen Ebenen mehr Aufmerksamkeit für die medizinische Lehre eingefordert (vgl. Fabry et al., 2010, 9; Huwendiek, 2008, 614). Die neue Approbationsordnung räumt den Fakultäten bei der Umsetzung mehr Freiräume in der Lehre ein (vgl. Öchsner & Reiber, 2010, 121) und gibt inhaltliche Richtungen der Weiterentwicklung der Lehre vor (vgl. Fabry, 2008, 19). Eine grundlegende Änderung<sup>6</sup> der ärztlichen Approbationsordnung ist die fallbasierte Problemorientierung, die dem klinischen Alltag entspricht, da Patient\*innen mit einem Problem oder Anliegen die Ärzteschaft aufsuchen. Problemorientiertes Lernen

„hat sich daher bis heute als Alternative zum systematischen Wissenserwerb im Medizinstudium gehalten und vor allen Dingen wesentliche Impulse für die Medizindidaktik insgesamt gebracht, weil es Erkenntnisse der kognitiven und pädagogischen Psychologie zum nachhaltigen und flexiblen Lernen besser entspricht als viele ‚klassische‘ Elemente universitären Lehrens und Lernens“ (Fabry, 2016, 145).

Den Studierenden soll mit dieser Herangehensweise zur Problemlösekompetenz unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten verholfen werden (vgl. Fabry, 2008, 20). Ausgangspunkt hierfür stellt die Kritik einer unzureichenden Vorbereitung auf die ärztliche Praxis dar (vgl. Fabry, 2016, 144). Insbesondere der Transfer des Faktenwissens in die spätere Berufspraxis wird unter lernpsychologischen Gesichtspunkten bemängelt und daher eine fallorientierte Lösung von Problemen für die Ausbildung der Studierenden empfohlen, da die den typischen Anforderungen in der Praxis entspricht (Fabry, 2016, 144 f.). An dieser exemplarischen Ausführung kann das Spannungsfeld der Entwicklungen in der medizinischen Lehre verdeutlicht werden. So prägt die pädagogische Psychologie den Diskurs um medizinische Lehre und es entwickelt sich daraus eine medizinische Ausbildungsforschung (vgl. Fabry, 2008, 19).

Folglich sind die spezifischen Bedingungen der medizinischen Lehre zu berücksichtigen und der Bedarf einer speziellen medizindidaktischen Qualifizierung somit als Qualitätsstandard zu

---

<sup>6</sup> An dieser Stelle wird auf eine exemplarische Änderung der ärztlichen Approbationsordnung eingegangen, die für diese Arbeit relevant erscheint.

etablieren. Es wird die Professionalisierung der universitären Lehre im Allgemeinen und speziell der medizinischen Fakultäten von der Wissenschaftspolitik, dem Wissenschaftsrat (vgl. Lammerding-Köppel, 2006a, 3; Niethammer, 2004, 86 ff.), der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (vgl. GMA, 2012; vgl. Marienhagen, 2012, 21) und den Studierenden (vgl. Andretta et al., 2009, 261; Sonntag et al., 2017, 10) gefordert. Die Qualifizierung und Aufgabenvielfalt variieren überdies von Lehrenden zu Lehrenden und daher ist kein einheitlicher Standard „der Lehrperson“ zu skizzieren (vgl. Giesler et al., 2017, 10). Den oben dargestellten Forderungen kommen einige Fakultäten in Deutschland nach und etablieren unter anderem Professuren für Medizindidaktik sowie medizindidaktische Einrichtungen (vgl. Wissenschaftsrat, 2014). Auch an der Universität Würzburg wurde ein Institut für Medizinische Lehre und Ausbildungsforschung gegründet und eine medizindidaktische Qualifizierung für Lehrende in der Medizin implementiert. Diese medizindidaktische Qualifizierung fungiert als Untersuchungsfeld dieser Arbeit und wird im Folgenden, nach einer kurzen Erläuterung der Medizindidaktik im Allgemeinen, weiter ausgeführt.

## 2.2 Zum Selbstverständnis in der Medizindidaktik

Die Didaktik beschäftigt sich mit der Gestaltungsperspektive auf theoretischer und normativer Ebene. Theoretische Annahmen zum Lernen und zur Bildung sowie Vorstellungen zu gesellschaftlichen Bildungszielen implizieren die Begriffsdefinition (vgl. von Hippel et al., 2019, 19). Die Didaktik stellt eine Teildisziplin der Pädagogik dar (vgl. Marienhagen, 2012, 24) und beschäftigt sich unter anderem mit den Formen und Inhalten der Lehre (vgl. Prange, 2011, 183). Der Duden definiert Didaktik als die Lehre vom Lehren und Lernen und damit einhergehend dem Einsatz von adäquaten Methoden. Somit beschreibt das Themenfeld der Didaktik die systematische Reflexion über die Lehre und die eingesetzten didaktischen Elemente sowie Bedingungen zur Förderung von Lernen (vgl. z.B. Herrera, 2015, 162; von Hippel et al., 2019, 20; Ruf et al., 2008, 130).

Die Medizindidaktik wird von den Vertreter\*innen als eine Fachdidaktik der allgemeinen Didaktik angesehen (vgl. Marienhagen, 2012, 19) und charakterisiert sich durch die adressatengerechte Ausrichtung im Kontext des spezifischen Fachs. Hierbei werden Methoden und Inhalte den Lehr- und Lernbedürfnissen der Studierenden im Rahmen der Disziplin angepasst (vgl. Schmal, 2017, 11; Öchsner & Reiber, 2010, 117). Infolgedessen kann spezifisch auf die Rahmenbedingungen der medizinischen Ausbildung und Arbeitswelt eingegangen und didaktische Konzepte vor diesem Hintergrund verwendet werden. Die Medizindidaktik, insbesondere die Ausgestaltung der Qualifizierungsangebote, unterliegt vor allem den Empfehlungen des Ausschusses für Organisationsentwicklung in der Lehre der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) aus dem Jahr 2006. Hierbei werden

allgemeine hochschuldidaktische Erkenntnisse wie auch spezielles Wissen aus der medizinischen Lehrforschung und der Erwachsenen-/Weiterbildung als theoretischer Rahmen genutzt (Lammerding-Köppel et al., 2006a, 2 ff.). Die wissenschaftliche Standortbestimmung der Medizindidaktik in Deutschland gestaltet sich schwierig; so führte Marienhagen (2012, 23) vor über zehn Jahren aus, dass es für ein wissenschaftliches System der Medizindidaktik noch zu früh sei. Es wurden zu diesem Zeitpunkt bereits Versuche unternommen und vereinzelte konstruktivistische und kognitionspsychologische Anklänge zum Lernen von Vertreter\*innen der Medizindidaktik formuliert. Eine weitere Ausführung fehlte und ein Zusammenhang zur Medizin(didaktik) wurde nicht hergestellt (vgl. Marienhagen, 2012, 22 f.). „Eine explizite wissenschaftliche Begriffsbestimmung oder wissenschaftliche Einordnung der Medizindidaktik als Spezialfall der Didaktik erfolgte jedoch nicht“ (Marienhagen, 2012, 24). Zu differenzieren ist, dass die Medizindidaktik von ihren Vertreter\*innen als kritische Wissenschaft betitelt wird, die über eine reine Methodenlehre hinausgehe (vgl. Fabry, 2012, 4). In dem 2018 erschienenen Buch „Medizindidaktik – Erfolgreich lehren und Wissen vermitteln“, das als Nachschlagewerk für Lehrende in der Medizin entwickelt wurde, wird im Vorwort bereits auf den Stellenwert der pädagogischen Hintergründe eingegangen:

„Die beschriebenen Inhalte und Empfehlungen fußen auf Ergebnissen der medizindidaktischen, pädagogischen und psychologischen Forschung, auf die wir an den entsprechenden Stellen hinweisen. Dass die umfangreichen pädagogischen Hintergründe und unterschiedlichen Sichtweisen sowie viele weitere relevante medizindidaktische Inhalte mitunter nur verkürzt oder gar nicht besprochen werden, ist uns bewusst. Wir haben diese Form gewählt, um jedem in der Medizin Lehrenden eine alltagsnahe Anleitung an die Hand zu geben. Für alle Interessierten geben wir an den entsprechenden Stellen Hinweise auf weiterführende Literatur“ (Kollewe et al., 2018a, V).

Anhand dieser Ausführungen wird die Praktikabilität dieses Buches und auch der Medizindidaktik als Disziplin deutlich; es dient zur praktischen Anleitung der Lehrenden und verfolgt primär keine pädagogische oder psychologische Untermauerung. Dennoch sind verschiedene Lehrformate und -methoden, die im Folgenden bei der Darstellung der medizindidaktischen Qualifizierung ausdifferenziert werden, in der Medizin handlungsleitend. Zur Bearbeitung der Forschungsfrage kann die Transparenz über die Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und Inhalte der medizindidaktischen Qualifizierungen zu einem besseren Verständnis beitragen. Diese Informationen sind notwendig, um den Lerntransfer einordnen und nachvollziehen zu können. Daher folgen ein kurzer Überblick über die Rahmenbedingungen der medizindidaktischen Qualifizierung 2018/1 und deren groben Ablauf sowie die Ausführung einzelner inhaltlicher Aspekte des Qualifizierungsangebots.

## 2.3 Zur medizindidaktischen Qualifizierung der Grundstufe (2018/1) am Institut für Medizinische Lehre und Ausbildungsforschung

Am Standort Würzburg wurde 2016 das Institut für Medizinische Lehre und Ausbildungsforschung gegründet. Dort steht Lehrenden ein zertifiziertes didaktisches Qualifizierungsangebot zur Verfügung. Die medizindidaktische Qualifizierung wird von dem Institut für Medizinische Lehre und Ausbildungsforschung als Didaktik-Training sowie Fortbildungs-, Qualifikations- und Weiterbildungsangebot beschrieben und besteht aus verschiedenen Modulen, die durch Kurse und Workshops gestaltet werden (vgl. [www.med.uni-wuerzburg.de/medizinlehre](http://www.med.uni-wuerzburg.de/medizinlehre), Stand 2023). Die medizindidaktische Grundstufe stellt dabei, neben einer Aufbau- und Vertiefungsstufe, nur ein Angebot des Instituts für Medizinische Lehre und Ausbildungsforschung dar. Diese Angebote sind formal dem Zentrum für Studiengangsmanagement und -entwicklung (ZSME) zugeschrieben. Zur einheitlichen Verwendung der Begrifflichkeiten wird die in dieser Studie untersuchte Grundstufe Medizindidaktik weiterhin als medizindidaktische Qualifizierung betitelt, um so die Abgrenzung zu der medizinischen Facharztweiterbildung zu gewährleisten. Die weiteren Ausführungen zu der in dieser Studie untersuchten medizindidaktischen Qualifizierung beziehen sich auf die Grundstufe Medizindidaktik aus dem Jahr 2018 und stellen den ersten Durchgang dieser Qualifizierung im Jahr 2018 dar; daher wird diese medizindidaktische Qualifizierung mit 2018/1 bezeichnet. Diese spezifische Beschreibung erscheint notwendig, da das Qualifizierungsangebot stetig modifiziert wird.

Ziel der medizindidaktischen Qualifizierung ist die Vermittlung von fachdidaktischen Kompetenzen und Fachwissen, gleichzeitig wird der Praxisbezug zu dem eigenen Lehralltag hergestellt. Das Untersuchungsfeld dieser Arbeit stellt die medizindidaktische Qualifizierung der Grundstufe (2018/1) des Instituts für Medizinische Lehre und Ausbildungsforschung dar, die in vier Modulen ausgestaltet wird. Der Aufbau der Qualifizierung orientiert sich an den Mindestanforderungen des Kompetenznetzes Medizinlehre Bayern für hochschuldidaktische Qualifikationen in der Medizin (vgl. Görlitz et al., 2015; [www.med.uni-wuerzburg.de/medizinlehre](http://www.med.uni-wuerzburg.de/medizinlehre), Stand 2023), die durch eine Zertifizierung im Verbund Medizinlehre Bayern in der inhaltlichen Ausrichtung bestimmt werden (vgl. <https://www.kompetenznetz.org/startseite.html>). Dazu gehören neben Grundlagen in der Lehrgestaltung und -planung in den Formaten Vorlesung, Seminar und Unterricht am Krankenbett neuartige Lehr- und Prüfungsformate (vgl. Lammerding-Köppel et al., 2008, 618). Um den nationalen Anforderungen des MedizinDidaktikNetzes Deutschland<sup>7</sup> gerecht zu werden, müssen die

---

<sup>7</sup> Das MedizinDidaktikNetz Deutschland (MDN) ist eine Arbeitsgruppe des Medizinischen Fakultätentages (Vertretungsorgan der Dekane aller medizinischen Fakultäten Deutschlands), die sich mit der Ausgestaltung medizindidaktischer Qualifikationen beschäftigt (vgl. Kompetenzzentrum für Hochschuldidaktik in Medizin Baden-Württemberg, 2021).

Themenbereiche Beraten und Begleiten, Reflexion und Evaluation, Prüfen, Präsentieren und Kommunikation wie auch Lehr- und Lernkonzepte in der Qualifikation für die Lehrenden integriert sein (vgl. Görlitz et al., 2015, 6; Kompetenzzentrum für Hochschuldidaktik in Medizin Baden-Württemberg, 2021). Die medizindidaktische Qualifizierung der Grundstufe 2018/1 gliedert sich in vier Module über sieben Tage. Die Themen gliedern sich in die Lehre im klinischen und wissenschaftlichen Alltag (Modul 1; 2 Tage), Lernziele, Präsentationen und Constructive Alignment (Modul 2; 2 Tage), Prüfungen und Evaluationen (Modul 3; 2 Tage) und Seminar- und Plenardidaktik (Modul 4; 1 Tag) (siehe Abbildung 1).

Als Zielgruppe für die medizindidaktische Qualifizierung fungieren alle Lehrpersonen, die in die Ausbildung der Gesundheitsberufe durch Lehre involviert sind (vgl. [www.med.uni-wuerzburg.de/medizinlehre](http://www.med.uni-wuerzburg.de/medizinlehre), Stand 2023). Den Großteil der teilnehmenden Personen stellen für das Qualifizierungsangebot 2018/1 Ärzt\*innen (etwa 50 %) dar, gefolgt von anderen Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen (20 %) sowie Lehrenden aus den Naturwissenschaften (12 %), der Pädagogik, der Psychologie (7 %) und anderen, nicht akademischen Berufsgruppen (5 %) (Stand Frühjahr 2018). Die Teilnahme an der Qualifizierung ist freiwillig und für Lehrende des Universitätsklinikums und der Universität Würzburg gebührenfrei. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung dieser Studie wurde im Rahmen der Habilitationsordnung die pädagogische Eignung im Rahmen von 16 Arbeitseinheiten gefordert. Für deren Nachweis können auch Arbeitseinheiten aus der allgemeinen Hochschuldidaktik der Universität erworben werden. Viele medizinische Fakultäten fordern im Rahmen der Habilitation ein Zertifikat mit 60 Arbeitseinheiten, in Würzburg war dies zum Zeitpunkt der Datenerhebung der Studie geplant und wurde den Teilnehmenden durch die Habilitationskommission bereits kommuniziert. Seit 2020 kann die pädagogische Eignung unter anderem durch akademische Lehre und hochschuldidaktische Weiterbildung, wie beispielsweise die medizindidaktische Qualifizierung der Grundstufe, abgedeckt werden. Da die Änderung der Habilitationsordnung 2020<sup>8</sup> beschlossen wurde, können die Habilitand\*innen das bereits erworbene Zertifikat der Grundstufe Medizindidaktik für das Habilitationsverfahren nutzen.

---

<sup>8</sup> [https://www.uni-wuerzburg.de/fileadmin/amt/\\_veroeffentlichungen/2020/2020-119.pdf](https://www.uni-wuerzburg.de/fileadmin/amt/_veroeffentlichungen/2020/2020-119.pdf)

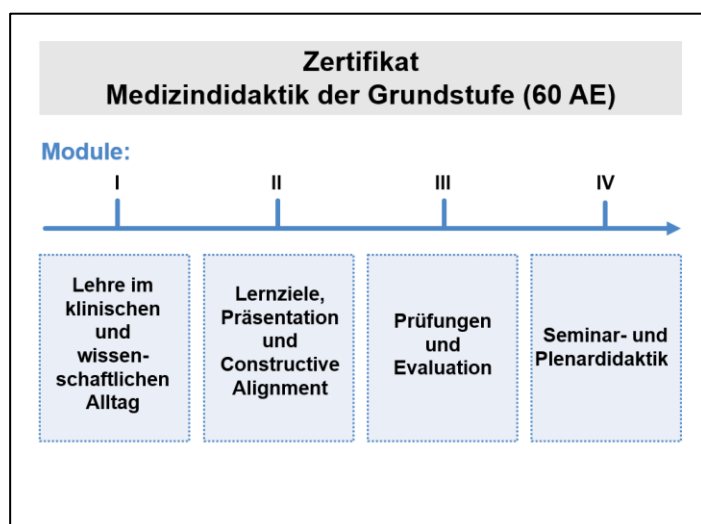


Abbildung 1: Übersicht über die Medizindidaktik Grundstufe am Standort Würzburg (Stand 2018/1)

Wie in Abbildung 1 dargestellt, gliedert sich die Grundstufe der medizindidaktischen Qualifizierung in Würzburg in vier Module.<sup>9</sup> Die medizindidaktische Qualifizierung 2018/1 basiert auf sieben Workshop-Tagen, die aus drei zweitägigen Workshops und einem Einzeltermin bestehen. Diese werden überwiegend in Präsenzzeit mit den Teilnehmenden aktiv gestaltet und beinhalten verschiedene interaktive und methodische Zugänge für die eigene Lehre. Die Module können einzeln oder als Blockveranstaltung belegt werden. Werden alle Module absolviert, erhalten die Teilnehmenden das Zertifikat Medizindidaktik der Grundstufe. Für jedes Modul erhalten die Teilnehmenden eine Bescheinigung über die Teilnahme, auf der die absolvierten Arbeitseinheiten vermerkt werden. Für jeden Workshop-Tag gab es zwischen acht und neun Arbeitseinheiten, die ebenfalls zusammen mit anderen Kursen zur Anrechnung der Arbeitseinheiten für die Habilitation gelten können.

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die Inhalte der Workshop-Tage gegeben und auf einzelne, ausgewählte Methoden und Lehrformate spezifischer eingegangen. Aufgrund des Samples der vorliegenden Studie werden in den folgenden Ausführungen vor allem solche Methoden und Lehrformate fokussiert, die die arbeitsplatzbasierte Ausbildung, die Vermittlung von praktischen Fertigkeiten und die Lehre mit Patient\*innen thematisieren.

### **Modul 1: Lehre im klinischen und wissenschaftlichen Alltag**

Die Lehre im klinischen und wissenschaftlichen Alltag stellt das zentrale Thema des ersten Moduls der medizindidaktischen Qualifizierung dar. Ziel ist es, den Teilnehmenden in Bezug auf die Planung und Durchführung der Lehre im ärztlichen Berufsalltag Unterstützungsmomente durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung aufzuzeigen. Diese Unterstützungsmomente stellen konkrete Methoden und Konzepte zur

<sup>9</sup> Die medizindidaktische Qualifizierung unterliegt ständiger Überarbeitung und Anpassung. Die Darstellungen beziehen sich auf den Stand der medizindidaktischen Qualifizierung aus dem Halbjahr 2018/1, als die Datenerhebung erfolgte.



Planung, Strukturierung und Durchführung von Lehr-/Lernsituationen, die vor allem praktische Fertigkeiten und die arbeitsplatzbasierte Ausbildung der Mediziner\*innen betreffen, dar.

Um die verschiedenen Lehrsettings der Teilnehmenden zu berücksichtigen, werden in diesem Modul als Vorbereitungsaufgabe die Reflexion der eigenen Lehre sowie eine schriftliche Planung einer Lehreinheit von den Teilnehmenden eingefordert. Anhand dessen wird in diesem Workshop die eigene Lehre im klinischen und wissenschaftlichen Alltag strukturiert reflektiert.

Um die Planung und Durchführung der Lehre im klinischen und wissenschaftlichen Alltag zu unterstützen, erfahren die Teilnehmenden Methoden zur Lehrgestaltung anhand der Selbsterfahrung, indem die Teilnehmenden die Methoden unter anderem in der Rolle der Lernenden erleben. Nach einem Impulsvortrag zum richtigen Umgang und Gebrauch von Feedback, Briefing und Debriefing simulieren die Teilnehmenden typische Lehrsituationen und versuchen, Feedback, Briefing und Debriefing anzuwenden. Um den Unterricht am Krankenbett zu strukturieren, werden den Lernenden zuvor definierte Rollen und Aufgaben zugewiesen (vgl. Fabry, 2008, 169). Die Rollenspiele während der medizindidaktischen Qualifizierung werden anhand verschiedener Lehrsituationen durchgeführt, in denen die Teilnehmenden in jeder Situation unterschiedliche Rollen einnehmen (Lehrende\*r, Lernende\*r, Patient\*in und Beobachter\*in). Am zweiten Tag werden die sogenannten „teachable moments“, im Sinne von spontanen Lehrgelegenheiten im klinischen Alltag (vgl. König & Adili, 2019), von den Trainer\*innen erläutert, anschließend in praktischen Beispielen veranschaulicht und gemeinsam mit den Teilnehmenden besprochen. „teachable moments“ sind eine Lehrmethode, die es ermöglicht, während des ärztlichen Berufsalltags eine bewusste und strukturierte Lehr-/Lernsituation herzustellen. Das zentrale Prinzip dieser Lehrmethode stellt die Umsetzung in vier Schritten dar. Nach einer Beobachtung durch die Lehrenden und der Identifizierung eines geeigneten Lehrmoments werden Lernziele und Arbeitsaufträge formuliert, die die Lernenden selbständig durchführen, woraufhin die Lernenden von den Lehrenden Feedback erhalten (vgl. König & Adili, 2019, 594 ff.; Ochsendorf et al., 2018b, 57 ff.). Auf diese Einheit folgen die Erläuterung und praktische Anwendung der Lehrmethode „Peyton“, die die Teilnehmenden im Anschluss an eine Alltagssituation (das Krawattebinden) ausprobieren können. Diese wird in der Medizin vor allem als Lehrmethode zur Vermittlung von praktischen Fertigkeiten verwendet (vgl. Ochsendorf et al., 2018b, 63 f.; Necknig et al., 2021, 475). Die Vier-Schritt-Methode nach Peyton (1998) differenziert sich dabei in eine Demonstration der praktischen Fertigkeit im normalen Tempo, ein verlangsamtes Demonstrieren mit Erläuterung durch die Lehrenden, eine Anleitung der Lehrenden durch die Lernenden, bei der die Lehrenden nur tun, was die Lernenden sagen, und schlussendlich das eigenständige Durchführen der praktischen Fertigkeit durch die Lernenden. Diese Vier-Schritt-Methode wird durch die Trainer\*innen anhand eines doppelten Windsorknotens in der

medizindidaktischen Qualifizierung durchgeführt, dabei agieren die Teilnehmenden als Lernende. Die Bewertung von arbeitsplatzbasierter Ausbildung stellt den nächsten Themenblock dar. Auch hier werden Bewertungsmethoden vorgestellt und anschließend von den Teilnehmenden in einem Selbsterfahrungsprozess ausprobiert. Nach einem Impulsvortrag zur Förderung der Motivation sind die Teilnehmenden aufgefordert, in Rollenspielen die Motivation von schwach motivierten Studierenden zu fördern. Diese Förderung wird basierend auf der Selbstbestimmungstheorie, spezifischer dem Streben nach den Grundbedürfnissen der Kompetenz, Autonomie und sozialen Eingebundenheit, gestaltet (vgl. Deci & Ryan, 1993). Im Anschluss daran wird die mitgebrachte Vorbereitungsaufgabe (Reflexion der eigenen Lehre und Ausarbeitung einer Lehreinheit) basierend auf den Inhalten der medizindidaktischen Qualifizierung überarbeitet und in Kleingruppen vorgestellt. Nach einer Reflexion der ersten beiden Kurstage endet dieser Workshop.

## **Modul 2: Präsentationstraining, Lernziele und Constructive Alignment**

Dieser Workshop beinhaltet drei unterschiedliche Themen: Lernziele, Präsentationstraining und Constructive Alignment. Ein Ziel des zweiten Moduls ist die eigenständige Lernzielformulierung der Teilnehmenden, die durch Impulsvorträge und Gruppenarbeiten forciert wird. Als Erstes werden ein Impulsvortrag zum Sinn und Zweck von Lernzielen wie auch die Prinzipien zu deren Erstellung behandelt. Anschließend setzen die Teilnehmenden sich in Gruppen mit der Formulierung von Lernzielen auseinander. Darauf folgen ein weiterer Input zum Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin<sup>10</sup> und die Erweiterung der vorherigen Gruppenarbeit mit dem neuen Wissen.

Als weiteres Ziel dieses Workshops kann die Gestaltung von Präsentationen nach didaktischen Empfehlungen herausgestellt werden. Das Präsentationstraining beginnt mit einer Einführung zur Präsentationsdidaktik und Feedbackregeln durch die Trainer\*innen. Danach stellen die Teilnehmenden in kleinen Gruppen gegenseitig eine fünfminütige mitgebrachte Präsentation vor und erhalten Feedback zu der Präsentationsdidaktik. Als Nachbereitungsaufgabe sollen die Teilnehmenden die angebrachten Verbesserungsvorschläge in ihre Präsentationen integrieren und mit neuen Informationen zur Gestaltung und Durchführung von Präsentationen überarbeiten. Die Überarbeitung des Fünf-Minuten-Vortrags wird am zweiten Kurstag direkt in den gleichen Kleingruppen präsentiert und erneut Rückmeldungen gegeben; dabei wird insbesondere auf neue Elemente und die Berücksichtigung des vorherigen Feedbacks eingegangen.

---

<sup>10</sup> Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin ist ein Instrument, das die Kompetenzen der Studierenden als angehende Ärztin und angehender Arzt definiert. Untergliedert sind die Kompetenzen in Wissen, Fertigkeiten sowie allgemeine Lernziele, die am Ende des Studiums erreicht werden sollten.

Als letztes Themengebiet wird das Constructive Alignment thematisiert. Hierbei wird das Ziel verfolgt, die Inhalte, Lernziele, Lehrformate, Lehrmethoden und Prüfungsformen in kongruenter Weise aufeinander abzustimmen. Nach einer theoretischen Einheit setzen die Teilnehmenden sich mit verschiedenen Lehrmethoden und -formaten aktiv auseinander. Dies geschieht mit der Methode des Gruppenpuzzles (Frey-Eiling & Frey, 1999), sodass die Teilnehmenden Expert\*innen für ein Thema sind, jedoch auch über alle anderen Themen informiert sind. Folgend wird die Abstimmung von Lernzielen und Lehrformaten in einer weiteren Gruppenarbeit aufgearbeitet. Nach der Vorstellung der Ergebnisse und einer Reflexion der Inhalte ist dieser Workshop beendet und wird evaluiert.

### **Modul 3: Prüfungen und Evaluationen**

Ziel des dritten Moduls ist die eigenständige Konstruktion von Multiple-Choice-Fragen unter der Berücksichtigung von Standards zu deren Erstellung. Als Vorbereitungsaufgabe für den Workshop „Prüfungen und Evaluationen“ müssen die Teilnehmenden eigene Multiple-Choice-Fragen (MC-Fragen) einreichen.<sup>11</sup> Anhand dieser Fragen wird eine Onlineklausur erstellt, die die Teilnehmenden vor Ort im Workshop auf Tablets schreiben. Während die Teilnehmenden Vorträge zu der Konstruktion von MC-Fragen, offensichtlichen Lösungshinweisen, juristischen Aspekten wie auch Itemstatistik erhalten, wird die geschriebene Klausur ausgewertet und die Teilnehmenden erhalten ihre Ergebnisse. Basierend auf diesen Ergebnissen wird den Teilnehmenden eine fiktive studentische Beschwerde vorgetragen, die die zuvor gelehrt Inhalte und Standards beinhaltet. Die eigene Auseinandersetzung mit den selbst gestellten und geschriebenen Fragen wird durch ein Review in Tischgruppen, einer Stellungnahme zu der studentischen Beschwerde sowie einer Überarbeitung der eigenen Fragen nach den erläuterten Standards finalisiert. Da die schriftlichen Prüfungen nicht das einzige Prüfungsformat darstellen, wird der Workshop-Trag mit einem interaktiven Vortrag zu mündlichen Prüfungen abgeschlossen.

Am zweiten Workshop-Tag stehen die Evaluationen im Vordergrund. Hierbei wird das Ziel verfolgt, dass die Teilnehmenden die methodischen und technischen Möglichkeiten zur Erstellung von Evaluationen kennen und Evaluationsergebnisse verstehen können. Die Teilnehmenden sollen als Vorbereitungsaufgabe eigene Evaluationsergebnisse ihrer Lehre mitbringen. Auf eine Gruppenarbeit zum Sinn und Zweck von Evaluationen folgt ein Impulsvortrag zu den Grundbegriffen der Evaluationen. Anschließend werden Störfaktoren in der Lehre, der mögliche Umgang damit sowie Formulierungs- und Auswertungshinweise thematisiert. Daran anschließend sollen die Teilnehmenden ihre mitgebrachten Evaluationen kritisch reflektieren und Optimierungsmöglichkeiten und Stärken herausarbeiten. Nachdem verschiedene Möglichkeiten der Evaluationsforschung an praktischen Beispielen mit den

---

<sup>11</sup> Diese Art von Fragen stellt die häufigste Prüfungsform im Medizinstudium dar.

Teilnehmenden erarbeitet worden sind, sollen diese eine neue fiktive Evaluation zu einem frei gewählten Thema in kleinen Gruppen erstellen. Diese wird anschließend im Plenum vorgestellt und Rückmeldungen von den anderen Teilnehmenden eingefordert. Abgeschlossen wird der Workshop-Tag mit einer Einführung in die Evaluationsplattform evasys. Nach dieser Einheit werden die Eindrücke der Teilnehmenden durch eine kurze Evaluation und mündliches Feedback eingeholt.

#### **Modul 4: Seminar- und Plenardidaktik**

Der eintägige Workshop „Seminar- und Plenardidaktik“ wird von externen Dozent\*innen der allgemeinen Hochschuldidaktik durchgeführt und durch Trainer\*innen des Instituts für Medizinische Lehre und Ausbildungsforschung begleitet.<sup>12</sup> Ziele des vierten Moduls sind zum einen das Aufzeigen und Anwenden von Methoden für die Lehrgestaltung und zum anderen der adäquate Umgang mit Störungen in der Lehre. Dieser Workshop beginnt mit einem Impulsvortrag zu den Rahmenbedingungen von Lehre und einer Gruppenarbeit zu bereits bekannten Methoden, die zum Kennenlernen, dem Einstieg, der Aktivierung und dem Ausstieg genutzt werden können. Nach der Vorstellung der Ergebnisse werden diese durch eine Methodensammlung ergänzt, gefolgt von einem Impulsvortrag zur Strukturierung von Lehrveranstaltungen. Die Methodensammlung für die Teilnehmenden orientiert sich an dem „Arbeitsprozess“ (von Hippel et al., 2018, 106), sodass im Veranstaltungsverlauf vom Einstieg über das Kennenlernen bis zum Ausstieg adäquate Methoden aufgeführt werden. Inhaltlich hat die Sammlung den Fokus auf die medizinische Lehre und dort umsetzbare Methoden. Danach werden die Teilnehmenden in vier Gruppen eingeteilt und müssen auf der Grundlage der gelehrten Inhalte einen Seminareinstieg oder -ausstieg methodisch und didaktisch planen. Diese Ausarbeitungen werden in einer Seminarsimulation mit der gesamten Großgruppe nachgespielt. Das Plenum darf mit Hilfe von Feedbackbögen Rückmeldungen geben. Nach zwei Gruppen wird ein kurzer interaktiver Vortrag zum Umgang mit Störungen in der Lehre gehalten. Auf dieser Grundlage erhalten einige Teilnehmende „Rollen“ (z. B. mit dem Handy spielen, mit Sitznachbar\*in reden) in den zwei verbleibenden Simulationen. Hierbei agieren diese als Störungen der Lehr-/Lernsituation, die von den Teilnehmenden konstruktiv während der Simulation gelöst werden sollen. Sowohl die Seminargestaltung als auch der Umgang mit den Störungen stellen die Diskussionsgrundlage für den Abschluss des Workshop-Tages dar.

---

<sup>12</sup> Die Darstellung dieses Moduls stellt die Modifizierung des ursprünglich 2018 durchgeführten Workshops dar. Da das Modul „Seminar- und Plenardidaktik“ 2018/1 von externen Trainer\*innen durchgeführt wurde, gibt es keine detaillierten Angaben zu der konkreten Durchführung und Gestaltung des Workshops. Basierend auf den Aufzeichnungen der Trainer\*innen wurde das in diesem Kapitel dargestellte Modul in Anlehnung an die Durchführung 2018/1 konzipiert. Hierbei sind vor allem die Lernziele und die Themen des Moduls identisch, die konkrete Durchführung entspricht jedoch nicht dem Stand von 2018/1. Für einen Überblick über die Inhalte und die Lernziele können diese Angaben zu einem besseren Verständnis beitragen.

Nachdem die Teilnehmenden an allen vier Workshops teilgenommen haben, wird das Zertifikat „Medizindidaktik der Grundstufe“ mit 60 Arbeitseinheiten erworben, das für den Nachweis einer hochschuldidaktischen Qualifikation für die Habilitation genutzt werden kann.

## 2.4 Implikationen für diese Arbeit

Da der Lerntransfer in der Medizindidaktik untersucht wird, bezieht sich der Transfer auf Inhalte aus der medizindidaktischen Qualifizierung 2018/1<sup>13</sup>, die in die Lehre der Teilnehmenden integriert werden. Die Besonderheiten des Medizinstudiums, der ärztlichen Berufspraxis wie auch der Medizindidaktik müssen in dieser Arbeit für die Erarbeitung des theoretischen Rahmenmodells eine Berücksichtigung erhalten. Die spezifischen Rahmenbedingungen der Medizin und die damit einhergehenden Herausforderungen für die Lehre und Berufspraxis der Ärzt\*innen erhalten daher für diese Arbeit einen besonderen Stellenwert. Wie bereits oben erwähnt, kann durch das Sample ein Fokus auf die Lehre mit Patient\*innen und während der ärztlichen Berufspraxis herausgearbeitet werden, der in Kapitel 6.6 ausgeführt wird.

Die Lehre mit den Patient\*innen und während der ärztlichen Berufspraxis stellt eine Besonderheit in der universitären medizinischen Lehre dar, der mit spezifischen Lehr-/Lernsettings begegnet wird. In der medizindidaktischen Qualifizierung wird versucht, den Herausforderungen von gleichzeitiger Lehre und Patient\*innenversorgung mit geeigneten Lehrmethoden zu begegnen. Beim Training von praktischen Fertigkeiten erhält insbesondere die Vier-Schritt-Methode von Peyton in der medizindidaktischen Qualifizierung und in der Lehrpraxis Beachtung. Diese spezifische Lehrmethode ermöglicht es, den Studierenden anhand einer strukturierten Methode praktische Fertigkeiten zu vermitteln. Die „teachable moments“ sollen dabei helfen, Lehrmomente zu identifizieren und diese strukturiert zu nutzen. Sowohl bei dieser Lehrmethode als auch bei dem Lehrformat des Unterrichts am Krankenbett stellt das konstruktive Feedback einen wichtigen Bestandteil dar, der als Rückmeldung für die Studierenden gelten kann. Hierbei sollten insbesondere der Leistungsstand, die Weiterentwicklungsmöglichkeiten und die Stärken besprochen werden. Es gibt Studien, die die Wichtigkeit von adäquatem Feedback betonen und herausstellen, dass dadurch der Lernerfolg der Studierenden erhöht werden kann (siehe dazu Fabry, 2008, 171 f.). Im Zusammenhang damit hebt Fabry (2008) hervor, dass im Anschluss an den Unterricht am Krankenbett idealerweise eine Reflexion gemeinsam mit den Studierenden und Lehrenden vollzogen werden sollte. Hierbei sollte vor allem die Transparenz der ärztlichen Entscheidung

---

<sup>13</sup> Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit die Begrifflichkeit „medizindidaktische Qualifizierung“ genutzt; damit ist explizit die Durchführung 2018/1 gemeint.

und des klinischen Denkens besprochen und auf unangenehme Gesprächsthemen (z. B. Überbringen von schlechten Nachrichten, Fragen zum Privatleben) eingegangen werden (vgl. Fabry, 2008, 169). Feedback und der adäquate Umgang damit werden in der medizindidaktischen Qualifizierung an verschiedenen Stellen sowohl theoretisch als auch in der praktischen Umsetzung mit den Teilnehmenden geübt.

Ein weiterer Aspekt, der bei der Lehre während der Patient\*innenversorgung für die Bearbeitung dieser Forschungsfrage relevant erscheint, ist das Beobachten und Zuschauen der ärztlichen Berufspraxis als Lehr-/Lernsetting. Wie bereits oben dargestellt, gibt es unterschiedliche Argumentationen für das Beobachten der ärztlichen Berufspraxis als Lehr-/Lernsetting und ebenfalls unterschiedliche Argumentationen dagegen. In diesem Zusammenhang erscheint es jedoch wichtig, dass das Beobachten einen Stellenwert in der Diskussion um geeignete Lehr-/Lernsettings in der medizinischen Ausbildung erhält und somit auch zur Bearbeitung der Forschungsfrage berücksichtigt wird. In diesem Kontext kann das Beobachten und Zuschauen als Lehr-/Lernsetting einen Beitrag zur beruflichen Sozialisation als Arzt/Ärztin und dem ärztlichen Habitus leisten. Das Vorleben von Verhaltensweisen und Einstellungen der Lehrenden während der ärztlichen Berufspraxis kann als eine Art ärztlichen Habitus verstanden werden, der die Studierenden bei der Entwicklung einer professionellen Identität unterstützen kann. Ferner besteht die Möglichkeit, dass eine Sozialisation durch den Beruf (Bremer, 2018, 138) von den Studierenden durch das Erleben der ärztlichen Berufspraxis erfolgt. Da sich die berufliche Sozialisation insbesondere außerhalb von geplanten, pädagogischen Prozessen vollzieht, erscheint das Beobachten und Zuschauen als eine Möglichkeit, die sozialen Aspekte der Ärzteschaft und der ärztlichen Tätigkeit zu erschließen. Dieser Aspekt erscheint zur Betrachtung der Lehre in der Medizin äußerst relevant, da die Verhaltensweisen und Einstellungen im Sinne eines ärztlichen Habitus und das berufliche Erfahrungswissen während der ärztlichen Berufspraxis und der Lehre vorgelebt werden.

Zusammenfassend kann herausgestellt werden, dass die Lehre und Patient\*innenversorgung mit den spezifischen Lehr-/Lernsettings mit den Lehrformaten Unterricht am Krankenbett, den Lehrmethoden „teachable moments“, dem Beobachten, „Peyton“, dem reflektierten Üben wie auch dem ärztlichen Habitus und der beruflichen Sozialisation wichtige Erkenntnisse darstellen, die zur Betrachtung der medizinischen Lehre beachtet werden müssen. Neben den spezifischen Lehr-/Lernsettings kennzeichnet die Medizin den Status der Studierenden, den diese im Organisationsdiskurs einnehmen. Die Studierenden werden zeitweise als Teil der Organisation Krankenhaus angesehen und können bei der Erfüllung von organisationalen Aufgaben an gegebener Stelle mitwirken und unterstützen.

Die Ausführungen zu den Besonderheiten des Medizinstudiums, der ärztlichen Berufspraxis, der Medizindidaktik wie auch zu der medizindidaktischen Qualifizierung beruhen teilweise auf

älteren Veröffentlichungen. Die neueren Werke stellen vor allem Übersichtsarbeiten und Nachschlagewerke dar, die zur Orientierung und Anleitung für Lehrende fungieren sollen. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass die medizinische Ausbildungsforschung eine relativ junge Disziplin darstellt und es wenige Studien zu spezifischen Lehrformaten und Lehrmethoden gibt. Des Weiteren sind die Lehrformate in der medizinischen Lehre durch die ärztliche Approbationsordnung umschrieben und können durch den Einsatz von Lehrmethoden gestaltet werden. Für diese Arbeit bedeutet dies, dass die Literatur vor dem Hintergrund von Veränderungen in der ärztlichen Approbationsordnung, Innovationen in der medizinischen Lehre und veränderten Lehrmethoden betrachtet werden muss. An dieser Stelle können die obigen Ausführungen als Orientierung dienen und durch eine Offenheit bei der Datenauswertung im Hinblick auf Neuerungen in der medizinischen Lehre berücksichtigt werden.

Um den spezifischen Bedingungen der Medizin und den Besonderheiten der medizinischen Lehre gerecht zu werden, bedarf es zur Bearbeitung der Forschungsfrage eines theoretischen Rahmenmodells, das diese Spezifität der Medizin berücksichtigt. Insbesondere bei der Identifizierung von beeinflussenden Aspekten können die Rahmenbedingungen der medizinischen Lehre zur Bearbeitung der Forschungsfrage behilflich sein. Hierbei werden die Aufgabenvielfalt von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung, die spezifischen Lehr-/Lernsettings sowie die Studierenden als Teil der Organisation als relevante Dimensionen in das theoretische Rahmenmodell dieser Arbeit integriert.

## THEORETISCHE GRUNDLAGEN

Um das theoretische Rahmenmodell dieser Arbeit an den Lerntransferdiskurs anschlussfähig zu gestalten, erfolgt nach einer definitorischen Auseinandersetzung mit dem Begriff des Lerntransfers ein Überblick über die Transferforschung und die Evaluation von Trainings der beruflichen Weiterbildung<sup>14</sup>. In diesem Zusammenhang werden zwei Transfermodelle zur Erarbeitung des theoretischen Rahmenmodells herangezogen. Um die zentralen Befunde zu strukturieren, wird die Systematik der Teilnehmenden, der Ausgestaltung von Weiterbildungen und der organisationalen Lernkultur aus diesen Modellen übernommen. Daraus resultiert ein theoretisches Rahmenmodell, das durch eine Modifizierung um eine subjektorientierte Sichtweise auf Lernen ergänzt wird.

### 3. Lerntransfer

Dieses Kapitel dient zum einen als Einführung in den Fachdiskurs und zum anderen als Voraussetzung zur Bearbeitung der Forschungsfrage und zur Interpretation der Ergebnisse. Lerntransfer und dessen Definition beschäftigen die pädagogischen und psychologischen Disziplinen seit einigen Jahren. Demnach kann der Lerntransfer als der „heilige Gral“ sowohl in der Pädagogik als auch in der Psychologie bezeichnet werden (vgl. Hense & Mandl, 2011, 249; Klauer, 2011, 14) und stellt beide Disziplinen vor Herausforderungen (vgl. Schüßler, 2007, 116). Die Divergenz zwischen der Vermittlung der Inhalte und deren Anwendung scheint sowohl die Pädagogik als auch die Psychologie zu beschäftigen. Hierbei werden vor allem die Bedingungen, unter denen Transfer möglich ist, untersucht und beeinflussende Faktoren identifiziert (vgl. Schüßler, 2007, 116; Klauer, 2011, 33). Hof & Lambert (2004, 197) heben Lerntransfer, der an herausragender Stelle der pädagogischen Agenda angesiedelt sei, als selbstverständliches Ziel pädagogischer Arbeit hervor. Folglich werden, neben einer umfassenden Definition, die Bedingungen, unter denen Transfer stattfinden kann, untersucht. Was sind hierbei zentrale Einflussfaktoren, die den Transferprozess hindern oder fördern können? In diesem Kapitel werden die kontroverse Begriffsdefinition des Lerntransfers und damit einhergehend die verschiedenen Arten des Transfers näher betrachtet und eine für den weiteren Verlauf dieser Arbeit gültige Begriffsdefinition erarbeitet. Es wird im Folgenden aus den verschiedenen interdisziplinären Perspektiven im Hinblick auf die Verwendung in der Medizindidaktik eine Begriffsdefinition erarbeitet, die anschließend in den erwachsenenpädagogischen Diskurs um Lerntransfer eingebettet wird. Diese

---

<sup>14</sup> Da sich die theoretischen Grundlagen dieser Arbeit überwiegend auf Arbeiten außerhalb der Medizin beziehen, wird in den theoretischen Grundlagen der Arbeit (Kapitel 3–5) die Terminologie der beruflichen Weiterbildung im Sinne der Erwachsenen-/Weiterbildung verwendet.



Begriffsbestimmung wird für den weiteren Verlauf der Arbeit bestimmend sein und zur Bearbeitung der Forschungsfrage verhelfen.

### 3.1 Begriffsverständnisse

Transfer wird im Duden als „Übertragung der im Zusammenhang mit einer bestimmten Aufgabe erlernten Vorgänge auf eine andere Aufgabe“ definiert. Somit wird bei der allgemeinen Definition ein Lernprozess impliziert, der eine Übertragungsleistung auf eine neue Aufgabe beinhaltet. Zentrale Prinzipien des Lerntransfers sind bei vielen disziplinären Definitionen ähnlich. Demnach muss das neu erworbene Wissen aktiv zur Anwendung kommen, damit von einem Lerntransfer gesprochen werden kann (vgl. z. B. Pawlowsky & Bäumer, 1996, 146; Piezzi, 2002, 8). Die Unterscheidung zwischen den beiden Feldern Lern- und Funktionsfeld im Sinne einer Weiterbildung und des Arbeitsplatzes stellt das zentrale Element des Transfers dar, da erworbenes Wissen in einem anderen Zusammenhang genutzt wird. Zusätzlich gilt der Lerngegenstand als elementarer Bestandteil der Transferdefinition (vgl. z. B. Karg, 2006, 72; Piezzi, 2002, 8).

Im Rahmen der Unternehmensführung und -forschung definieren Blume et al. (2010) Transfer im Kontext arbeitsplatzbasierter Weiterbildungsmaßnahmen bestehend aus zwei Dimensionen. Zum einen der Generalisierung, hierbei können die erlernten Fähigkeiten und das Wissen auf andere Kontexte, Personen oder Situationen angewandt werden. Zum anderen wird eine Aufrechterhaltung dieser Lernsituation angestrebt, sodass die Veränderungen von Dauer sind. Transfer beschreibt somit einen komplexen und dynamischen Prozess (vgl. Blume, 2010, 1068).

Klauer (2011, 16), als Vertreter der pädagogischen Psychologie, sieht das Lernen als unabhängige Variable, aus der Lerntransfer entstehen kann. Demnach kann Lerntransfer, im Sinne einer Übertragung von erlernten Vorgängen, zustande kommen, jedoch erhält das Lernen einen eigenständigen Stellenwert, der nicht zwangsläufig in Lerntransfer mündet. Demzufolge sind Lernen und Lerntransfer keine Synonyme, sondern eigenständige Prozesse. Gleichwohl stellt Lernen aber die Bedingung für Lerntransfer dar. Im Kontext der pädagogischen Psychologie ist der Lerntransfer unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass neues Wissen aus dem Lernfeld (in dieser Arbeit aus der medizindidaktischen Qualifizierung) in das Funktionsfeld (Arbeitsplatz) übertragen und angewendet wird (vgl. Hof & Lambert, 2004, 197). Zu unterscheiden sind dabei triviale und nicht triviale Lerneffekte. Bei trivialen Effekten erfolgt das Lösen von Aufgaben basierend auf bereits zuvor erlernten oder geübten Aufgaben, wohingegen nicht triviale Effekte dadurch charakterisiert sind, dass Aufgaben gelöst werden, die nicht geübt oder erlernt wurden. Insbesondere der neue Kontext der Aufgabe ist bei den

nicht trivialen Lerneffekten fundamental (vgl. z. B. Klauer, 2011, 17; Hense & Mandl, 2011, 250).

Aus der wirtschaftspädagogischen Perspektive kann Transfer unter anderem als ein Effekt oder eine Wirkung von Lernen verstanden werden, der in den Entwicklungsprozess und die Erfahrungen der Individuen eingebettet wird (vgl. Tonhäuser, 2017, 7; Piezzi, 2002, 7). Die Wirksamkeit von Weiterbildungen kann als beabsichtigte Wirkungen im Sinne einer Zielerreichung definiert werden (vgl. Seidel, 2012, 6). Holzkamp (1995) fügt dem Diskurs um Lerntransfer hinzu, dass neben der Dauerhaftigkeit der Lernresultate die Bewältigung von zukünftigen Handlungsproblematiken eine Relevanz in der Psychologie einnimmt. Hierbei wird auch den Bedingungen, unter denen optimale Transfereffekte erzielt werden können, eine Bedeutung zugeschrieben (vgl. Holzkamp, 1995, 487 f.). Aus der erwachsenenpädagogischen Perspektive wird Lerntransfer auf der Basis von früheren Erfahrungen und Wissen, die zur Lösung eines Problems in einer neuen Situation verhelfen, definiert (vgl. Schüßler, 2007, 20). Dies kann die Beeinflussung von Lernprozessen und Lernerfahrungen darstellen. So können Lernerfahrungen aus der Vergangenheit Lernprozesse in der Zukunft tangieren und Lernergebnisse aus der Vergangenheit das Lernen steuern (vgl. Schüßler, 2007, 116). Diese Art von Transfer wird in der Forschung häufig vernachlässigt, da der Transfer unschwer von beeinflussenden Faktoren betrachtet werden kann (vgl. Schüßler, 2007, 117). Lerntransfer im Sinne von nachhaltigem Lernen oder gelungenem Lernen wird häufig an vordefinierten Maßstäben beurteilt (vgl. Schüßler, 2007, 20).

„Ob erfolgreich gelernt wird, hängt aber auch davon ab, inwieweit frühere Lernerfahrungen und langfristige erlernte emotionale Dispositionen sich nachhaltig auf gegenwärtiges Lernen auswirken. Damit gewinnt die Permanenz von Emotions- und Deutungsmustern an Bedeutung, die letztlich auch die Nachhaltigkeit des Lernverhaltens selbst mit beeinflussen“ (Schüßler, 2007, 20).

Somit obliegt es den Individuen selbst, mitsamt den eigenen Lernerfahrungen, wie Lerntransfer ausgestaltet und definiert wird. Eine objektive Bestimmung des Transfererfolgs von Weiterbildungen ist pauschal nicht möglich. Vielmehr stellt dieser ein Konstrukt dar, das inhaltlich definiert werden muss. Die Ausgestaltung dieses Konstrukts bedarf einer Bedeutungszuweisung und Bewertung durch die Teilnehmenden (vgl. Schüßler, 2012b, 57). Lerntransfer kann somit als subjektiv empfundenenes gelungenes Lernen (vgl. z. B. Nuissl, 2013, 44; Schüßler, 2012b, 53) einerseits und als Umsetzung am Arbeitsplatz andererseits definiert werden. Zentral sind anhaltende Wirkungen, die zu einer Weiterentwicklung der eigenen Kompetenzen führen (vgl. Schüßler, 2012b, 53; Schrader, 2018, 129). Ferner betont Schrader (2018, 130), dass auch nicht intendierte Wirkungen des Lehrens und Lernens Bestandteile der Wirkungsforschung der Erwachsenen-/Weiterbildung darstellen. Von gelungenem Lernen wird gesprochen, wenn die Lebensqualität des Subjektes verbessert wird. Spezifischer bedeutet dies, dass selbstbestimmte Ziele erreicht und die Fähigkeit zum Handeln erhöht wird (vgl.

Nuissl, 2013, 44). Wird eine weite Definition des Lerntransfers gewählt, so muss der gesamte Entwicklungsprozess einer Person betrachtet werden. Nicht die alleinige Wiedergabe von Gelerntem gilt als Transfer, vielmehr geht das Individuum eine innere Abstimmung mit den Inhalten ein (vgl. Schüßler, 2007, 117). Somit kann Transfer als ein Effekt oder eine Wirkung von Lernen verstanden werden, die in den Entwicklungsprozess und den Erfahrungen der Individuen eingebettet wird (vgl. z. B. Schüßler, 2007, 16).

### 3.2 Arten des Transfers

Innerhalb der Transferforschung sind disziplinübergreifend verschiedene Ausprägungen des Lerntransfers zu unterscheiden. Um die Vielfalt der Lerntransferausprägungen zu verdeutlichen und die Anschlussfähigkeit der empirischen Ergebnisse an den Diskurs zu gewährleisten, werden diese Arten des Transfers kurz ausgeführt. Es gibt die Differenzierung zwischen nahem und fernem Transfer, zwischen positivem und negativem Transfer sowie Nulltransfer. Darüber hinaus kann zwischen einem horizontalen und einem vertikalen Transfer differenziert werden.

Als positiver Transfer wird die Übertragung von Inhalten auf nicht trainierte Aufgaben bezeichnet. Hierbei werden von den Individuen beispielsweise Wissen, Fähigkeiten oder Fertigkeiten in neue Zusammenhänge übertragen. Negativer Transfer ist dadurch gekennzeichnet, dass Fehler und Korrekturaufwand aufgrund von mangelnder Übertragbarkeit des Gelernten erforderlich erscheinen. Gibt es keine Auswirkungen des Gelernten auf den Arbeitsplatz und die Tätigkeit der Individuen, wird von einem Nulltransfer gesprochen (vgl. z. B. Hense & Mandl, 2011, 250 f.; Schüßler, 2007, 116). In diesem Fall kommt dem Gelernten kein Einfluss auf die Bewältigung und Ausführung von Aufgaben zu (vgl. Hense & Mandl, 2011, 251).

In Ansätzen aus der Psychologie, Arbeits- und Organisationsforschung sowie Unternehmensführung kann der positive Transfer nochmals gegliedert werden in horizontalen und vertikalen Transfer. Der horizontale Transfer herrscht vor, wenn das Gelernte in das Arbeitsfeld umgesetzt wurde. Der vertikale Transfer impliziert die Übertragung des Gelernten in das Arbeitsfeld und stößt das sukzessive Dazulernen an (vgl. z. B. Bergmann & Sonntag, 2006, 358; Blume et al., 2010, 1067). Die Teilnahme an der Weiterbildungsmaßnahme agiert somit als Impuls (vgl. z. B. Bergmann & Sonntag, 2006, 358; Schüßler, 2007, 117) zum Weiterlernen.

Aus der psychologischen Transferforschung kann eine Differenz zwischen nahem und fernem Transfer herausgestellt werden, die durch die didaktische Ausgestaltung einer Weiterbildung und insbesondere durch die Wahl der Methoden intendiert werden kann (vgl. z. B. Rank & Wakenhut, 1998, 21). Naher Transfer bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Transferleistung nah an die Inhalte der Weiterbildung angelehnt wird, wohingegen ein ferner

Transfer eher die Prinzipien und Konzepte in neuen Zusammenhängen fokussiert. Naher Transfer wird verstärkt durch die Ähnlichkeit der Trainingsinhalte mit dem Arbeitsplatz der Individuen und Ausführungen, an welchen Stellen die neuen Erkenntnisse und Fähigkeiten am Arbeitsplatz eingesetzt werden können. Hierbei wird vor allem die Theorie der identischen Elemente (Woodworth & Thorndike, 1901) zugrunde gelegt (vgl. z. B. Woodworth & Thorndike, 1901, 558; Rank & Wakenhut, 1998, 22). Ferner Transfer hingegen basiert auf der Theorie der Prinzipienanwendung (Judd, 1908) und wird positiv beeinflusst durch das Begreifen von Konzepten, deren Üben in verschiedenen Kontexten und die Möglichkeit, während des Trainings die neuen Inhalte in selbst gewählten Kontexten anzuwenden und zu diskutieren (vgl. z. B. Judd, 1908, 28 ff.; Rank & Wakenhut, 1998, 22).

### 3.3 Implikationen für diese Arbeit

Die oben ausgeführten Definitionsansätze zeigen auf, dass die Formen und der Inhalt des Lerntransfers komplex und vielschichtig sind. Aus diesem Grund bedarf es einer Definition, mit der die vorliegende Forschungsfrage zu bearbeiten ist. Wichtig ist, dass in dieser Studie keine vordefinierten Maßstäbe gesetzt werden, ab wann Lerntransfer erreicht ist. Die Teilnehmenden bestimmen selbst, ob und wie relevante Aspekte in den Arbeitsalltag transferiert werden. Es werden eigene Ziele definiert und anhand dieser geschaut, ob die eigene Zielsetzung erreicht und umgesetzt wurde. Es kann somit lediglich ein Konstrukt für diese Studie erarbeitet werden, das durch die Teilnehmenden mit subjektiven Definitionen und Deutungen gefüllt wird. Lerntransfer wird als nicht trivialer Lerneffekt angesehen, da Aufgaben und Herausforderungen in neuen Zusammenhängen gelöst werden müssen. In Anlehnung an Definitionen, die bereits für berufliche Weiterbildungen gültig sind, wird mit zwei Dimensionen gearbeitet. Lerntransfer wird in dieser Arbeit als eine mögliche Wirkung einer Weiterbildung angesehen. Es wird davon ausgegangen, dass die Teilnehmenden Wissen und Inhalte aus der Weiterbildung nutzen, um in Situationen ihr neu erworbenes Wissen anzuwenden. Zum einen werden neues Wissen und neue Fähigkeiten auf andere Situationen angewendet und zum anderen wird ihre Aufrechterhaltung angestrebt, um dauerhaft die Handlungsfähigkeit zu erhöhen. Zusätzlich wird Raum für nicht intendierte Transferprozesse gegeben, die beispielsweise nicht primär auf Wissen, Fähigkeiten oder expliziten Inhalten der Weiterbildung beruhen. Ferner stehen die Erfahrungen und Deutungen wie auch der gesamte Entwicklungsprozess der Individuen im Mittelpunkt der Begriffsdefinition. Die anhaltenden Wirkungen, das Lösen von Problemen durch neues Wissen, die Weiterentwicklung der eigenen Kompetenz wie auch die Verbesserung der Handlungsfähigkeit sind Aspekte, die in die Begriffsdefinition mit einfließen. Hinzu kommen die Wechselwirkungen der Einflüsse, die sowohl im Lern- als auch im Funktionsfeld vorherrschend sind, sowie weitere Faktoren, die

den Transfer beeinflussen. Sowohl Lerntransfer als auch die für die Teilnehmenden hinderlichen und förderlichen Aspekte sind objektiv für diese Arbeit nicht fassbar und bedürfen deswegen einer Ausgestaltung durch die Teilnehmenden selbst. Somit kann an dieser Stelle von einem Konstrukt ausgegangen werden, das die vielschichtigen Ebenen des Lerntransfers beinhaltet. Übergeordnet ist dies die subjektive „Befüllung“ des Konstrukts durch die Zielsetzungen, Erfahrungen und Bedeutungszuweisungen durch die Teilnehmenden. Als Konstrukt dient die Definition, dass Lerntransfer einen nicht trivialen Effekt darstellt, der eine gewünschte Wirkung der Weiterbildung impliziert. Dies kann unter den zwei Prämissen der Anwendung und Aufrechterhaltung spezifiziert werden. Elementar sind zusätzlich noch die beeinflussenden Faktoren, die einen Transfer unterstützen, aber auch behindern können. In Anlehnung an die Wirkungsforschung werden die Begriffe Wirkungen und Lerntransfer im weiteren Verlauf der Arbeit synonym verwendet, da den Wirkungen von Weiterbildungen eine positive Richtung im Sinne einer Zielerreichung zugesprochen wird. Wirkungen implizieren keinen Inhalt oder ein Ausmaß, in dem sie wirken sollen. Dies entspricht der oben ausgeführten Definition von Lerntransfer, da dieses Konstrukt von den Teilnehmenden mit Erfahrungen, Deutungen und Sinn gefüllt wird.

Für die Interpretation und Diskussion der Ergebnisse sind die Arten des Transfers im Kontext des aktuellen Diskurses um Lerntransfer notwendig, um eine Analyseperspektive zu eröffnen und Begrifflichkeiten im weiteren Verlauf der Arbeit korrekt einzuordnen. Die Arten des Transfers werden jedoch nicht im Mittelpunkt dieser Studie stehen, sondern vielmehr unterstützend im Lerntransferdiskurs agieren.

An dieser Stelle ist zu betonen, dass Lernen in dieser Studie als individueller Prozess betrachtet wird und durch das Individuum eine Relevanzsetzung in Form von Brauchbarkeit, Nützlichkeit und Passgenauigkeit erfolgt; daher besteht die Möglichkeit eines positiven, eines negativen und eines Nulltransfers. Ferner bedeutet das Lehren von Inhalten kein Lernen und ist nicht zwangsläufig transferrelevant oder mündet in eine Umsetzung und Aufrechterhaltung am Arbeitsplatz. Dennoch ist es von Vorteil, die im Fachdiskurs verwendeten Begrifflichkeiten im Rahmen dieser Arbeit zu nutzen, um sie im weiteren Verlauf einzuordnen und zu diskutieren.

Im Kontext des positiven Transfers kann die Differenzierung zwischen vertikalem und horizontalem Transfer für diese Studie insofern relevant sein, als der vertikale Transfer über die Teilnahme an einer Weiterbildung hinausgeht und zum Weiterlernen anregen kann. Dies wäre im Sinne einer nicht intendierten Wirkung zu betrachten, die durch die Konzeption und Umsetzung der Studie erfasst werden soll. Darüber hinaus wird versucht, durch die Konzeption der Interviews und der Leitfäden die Offenheit für ebendiese nicht vorhersehbaren Wirkungen zu berücksichtigen. Auch hierbei ist die Bedeutungszuweisung durch die Individuen elementar und daher wird Lerntransfer nicht nur auf der Grundlage der didaktischen Gestaltung der

medizindidaktischen Qualifizierung betrachtet, sondern die Teilnehmenden selbst wie auch die organisationale Lernkultur erhalten einen Stellenwert in dieser Studie.

Somit werden die zentralen Begriffe und deren Abgrenzung für diese Studie definiert, die zur Ergebnisdarstellung und Diskussion herangezogen werden können. Der Stand der Forschung zum Lerntransfer umfasst ein weites Feld aus verschiedenen Disziplinen, die nach förderlichen und hinderlichen Bedingungen im Zusammenhang mit Lerntransfer forschen. Im nächsten Kapitel werden die zentralen Ergebnisse der Transferforschung unter Bezugnahme auf die Evaluation von Trainings und Weiterbildungen dargestellt.

## 4. Transferforschung

Es gibt zahlreiche Veröffentlichungen aus verschiedenen Disziplinen zum Lerntransfer. Die Transferforschung kann seit etwa 20 Jahren als ein bedeutendes Forschungsfeld dargestellt werden (vgl. Klauer, 2011, 13). Aufgrund der Interdisziplinarität der Transferforschung werden divergente Modelle, Theorien und Perspektiven in der Transferforschung zusammengefügt (vgl. Weinbauer-Heidel, 2016, 65). Dieses Forschungsfeld widmet sich vor allem der Frage nach erfolgreichem Transfer, spezifischer der Wirkung von Weiterbildungsmaßnahmen (vgl. Weinbauer-Heidel, 2016, 33; Seidel, 2012, 3). Die Transferevaluation überprüft, ob eine Verhaltensänderung eingetreten ist und inwiefern die Inhalte der Weiterbildung Anwendung finden (vgl. z. B. Schrader, 2018, 131; Weinbauer-Heidel, 2016, 33), wobei die Möglichkeiten und Grenzen der Transferforschung nicht hinreichend bekannt sind (vgl. Klauer, 2011, 13). Damit einhergehend werden Maßnahmen identifiziert, die den Transfer steigern können. Um diese übergeordnete Transferfrage zu beantworten, werden jedoch die Art der Evaluation und die Erfassbarkeit von Transfer innerhalb der Transferforschung kritisch diskutiert (vgl. Weinbauer-Heidel, 2016, 33). Einigkeit besteht in der Annahme, dass die Evaluation von Transfer nicht generalisiert erhoben werden kann; vielmehr bedarf es hierbei eines systematischen Vorgehens (vgl. Pawlowsky & Bäumer, 1996, 160). Um die Wirkungen von Weiterbildung zu untersuchen, können grundlegend drei Herangehensweisen unterschieden werden. Erstens eine objektive Ermittlung auf der Grundlage operationalisierter Verhaltensänderungen am Arbeitsplatz oder der Person (vgl. z. B. Hense & Mandl, 2011, 251; Pfeifer, 2006, 235). Hier liegt der Schwerpunkt der Forschung vor allem auf dem Fakten- und Methodenwissen (vgl. Hense & Mandl, 2011, 251) sowie auf objektiven Kennzahlen (vgl. Pfeiffer, 2006, 235). Die Limitationen eines objektiven Ansatzes liegen in der Aussagekraft der Ergebnisse. Es können nur solche Ergebnisse rezipiert werden, die bei der Konzeption der Studie intendiert waren und sich zum Zeitpunkt der Messung beobachten ließen (vgl. Hense & Mandl, 2011, 252). Um dieser Problematik zu entgehen, kann ein anderer Ansatz gewählt werden, der den subjektiven Transfer in den Fokus der Forschung stellt (vgl. z. B. Pfeifer, 2006,

235; Hense & Mandl, 2011, 252). Hierbei können bei der persönlichen, individuellen Befragung die für die Individuen relevanten Aspekte genannt und intersubjektiv bewertet werden. Als weiterer Ansatz bzw. als Ergänzung der bisherigen Ansätze kann die Einschätzung von Dritten gelten. In diesem Fall beurteilen Personen, die nicht die teilnehmende Person darstellen, die Veränderungen nach der Weiterbildung (vgl. Hense & Mandl, 2011, 252). All diese Ansätze versuchen die Wirkungen von Weiterbildungen zu erfassen und greifbar zu machen. Bevor auf ausgewählte Studien und Modelle der Transferforschung eingegangen wird, werden im Folgenden Evaluationen in der Erwachsenen-/Weiterbildung und die besondere Form der Trainings und deren Evaluation näher betrachtet.

#### 4.1 Evaluationen in der Erwachsenen-/Weiterbildung

Um Lerntransfer in der Medizindidaktik zu untersuchen, kann es hilfreich sein, die Methodik und Zielsetzung von Evaluationen in der Erwachsenen-/Weiterbildung zu betrachten. Hieraus werden Implikationen für die Bearbeitung der Forschungsfrage generiert. Als zentrale Forschungsfelder in der Erwachsenen-/Weiterbildung agieren die Teilnehmenden- und Adressatenforschung, die Angebots- und Programmforschung, die Institutions- und Professionsforschung, die Evaluationsforschung wie auch die Erwachsenenendidaktik (vgl. Schmidt-Hertha & Tippelt, 2015, 170). Die Ergebnisse der verschiedenen Forschungsfelder erlauben Aussagen zu Strukturen, Inhalten und Methoden innerhalb der Erwachsenen-/Weiterbildung. Es können Angaben über die Erfolgsbedingungen, Möglichkeiten, Grenzen, Rahmenbedingungen sowie die Eignung oder Nichteignung einer Maßnahme getroffen werden (vgl. Schmidt-Hertha & Tippelt, 2015, 185). Die Evaluationsforschung als ein Forschungsfeld von Weiterbildungen erhält in dieser Arbeit eine besondere Bedeutung und wird zur Bearbeitung der Forschungsfrage genutzt. Evaluationen untersuchen, ob vorab definierte Ziele und Inhalte erreicht worden sind, sowie den Verlauf und die Gestaltung einer Veranstaltung (vgl. Nuissl, 2013, 9). Ziel einer Evaluation stellt das Lernen aus Erfahrungen dar, somit können zukünftige Entscheidungen auf den Ergebnissen vorheriger Evaluationen beruhen (vgl. Kuper, 2015, 142). Unter Evaluationsforschung, kurz Evaluation, wird die wissenschaftliche Bewertung von Untersuchungsgegenständen verstanden (vgl. z. B. Döring & Bortz, 2016, 977). Die spezifischen Kriterien zur Bewertung müssen individuell an den Gegenstand angepasst werden (vgl. z. B. Döring & Bortz, 2016, 977; Schmidt-Hertha & Tippelt, 2015, 186). So können beispielsweise die Effektivität, Akzeptanz oder Nachhaltigkeit eines Gegenstandes (z. B. Interventionsmaßnahme oder Weiterbildungsveranstaltung) systematisch untersucht werden (vgl. Döring & Bortz, 2016, 977; Kuper, 2015, 142). Evaluationen stellen einen zentralen Bestandteil pädagogischen Handelns (vgl. z. B. Nuissl,

2013, 7; Schüßler, 2007, 20) sowie ein kontinuierliches Thema in der Weiterbildung dar (vgl. z. B. Nuissl, 2013, 7; Schrader, 2018, 131).

Die Evaluationsforschung kann als häufigster Ansatz in der Weiterbildungsforschung herausgestellt werden (vgl. Schmidt-Hertha & Tippelt, 2015, 186). Hierbei sind quantitative und qualitative Untersuchungen möglich. Inhaltlich eruieren die quantitativen Ansätze größtenteils die Entwicklungen der Teilnahme, die Angebotsvielfalt, die Finanzierung und die Ressourcen von Weiterbildungen. Auf der qualitativen Ebene sind zwei inhaltliche Dimensionen primär erforscht: zum einen die Biografie bzw. die Sozialisation der teilnehmenden Personen und zum anderen Aspekte der Lernprozesse (vgl. Schmidt-Hertha & Tippelt, 2015, 187 f.).

Der Bereich der Weiterbildung stellt für die Evaluationsforschung eine besondere Herausforderung dar, da die Teilnahme (in der Regel) auf Freiwilligkeit beruht (vgl. z. B. Nuissl, 2013, 10; Tietgens, 2010, 243) und eine sehr große Vielfalt an inhaltlicher Ausgestaltung vorhanden ist (vgl. z. B. Nuissl, 2013, 10; Schmidt-Hertha & Tippelt, 2015, 179). Zusätzlich ist der Weiterbildungssektor weit weniger strukturiert als die übrigen Bildungssektoren (vgl. Schmidt-Hertha & Tippelt, 2015, 179). Hierbei wird von einer „mittleren Systematik“ (Faulstich, 2003, 245) gesprochen, dies wird durch das spezielle System und die über die Lebensspanne reichenden Angebote geprägt (vgl. Faulstich, 2003, 245). Ferner geschieht das Lernen im Rahmen einer Weiterbildung meist nebenberuflich (vgl. Tietgens, 2010, 243).

Bei Evaluationen im Weiterbildungssektor fungieren Selbst- und Fremdkontrollen als Überprüfung des Lernzuwachses und der Zufriedenheit, zumeist im Kontext der didaktischen Gestaltung einer Veranstaltung (vgl. Nuissl, 2013, 7). Qualitätsdebatten sprechen jedoch auch die längerfristigen Wirkungen und die Effizienz von Maßnahmen an. Somit gerät der Weiterbildungssektor in die Nachweispflicht. Wirkungen von Bildungsprozessen sollen ermittelt werden, um deren Existenz zu rechtfertigen (vgl. ebd.). Nach Schrader sind für die Erwachsenen-/Weiterbildung vor allem die Wirkungen der Weiterbildung am Arbeitsplatz, die Veränderungen des Verhaltens erfassen, von besonderem Interesse (vgl. Schrader, 2018, 133). Weitere Herausforderungen werden aus der Berufspädagogik und dem Personalmanagement formuliert, somit stellen neuere Technologien sowie steigende Anforderungen an Mitarbeiter\*innen Situationen dar, die das ständige Weiterlernen bedingen können. Neue Verfahren und Methoden zur Optimierung der eigenen Arbeit sollen diese noch effizienter gestalten. Organisationen reagieren darauf mit der Etablierung von Weiterbildungsmaßnahmen für ihre Mitarbeiter\*innen (vgl. Weisweiler, 2008, 3; Hochholdinger et al., 2008b, 14). Ferner agiert seitens der Mitarbeitenden der Wille zur Unabhängigkeit wie auch zur Selbstentfaltung als Weiterbildungsantrieb (vgl. Deutscher Bildungsrat, 1970, 195). Da in dieser Arbeit der Lerntransfer basierend auf der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung untersucht wird, die überwiegend aus Trainingselementen besteht, folgen in einem nächsten Schritt die Ausführungen zur besonderen Bedeutung der Evaluation von



Trainings. Ziel ist es, einen Überblick über das konzeptuelle Vorgehen bei der Evaluation von Trainings der beruflichen Weiterbildung zu geben und die Sinnhaftigkeit dieser Methoden, im Sinne der Nützlichkeit zur Bearbeitung der Forschungsfrage, zu eruieren. Dabei wird zuerst eine Definition von Trainings aus dem interdisziplinären Diskurs erarbeitet, anschließend werden verschiedene Möglichkeiten und Vorgehensweisen bei der Evaluation von Trainings und deren Einbettung in die Erwachsenen-/Weiterbildung dargestellt.

## 4.2 Evaluation von Trainings

Trainings stellen eine Art von beruflicher Weiterbildung dar und sind, bis auf die inhaltliche Ausgestaltung, nicht auf bestimmte Disziplinen beschränkt. Daher wird im Folgenden ein interdisziplinäres Verständnis von Trainings erarbeitet. Trainings in der beruflichen Weiterbildung haben unter anderem zum Ziel, dass die geforderten beruflichen Leistungen erbracht oder verbessert werden (vgl. Hochholdinger et al., 2008b, 20; Weinbauer-Heidel, 2016, 38). Das Spezifische an Trainings stellt die Möglichkeit der Übung des Gelernten während der Weiterbildungsveranstaltung dar (vgl. Siebert, 2012, 89; Weisweiler, 2008, 8). „Diese [Trainings; Anm. d. V] werden hier als gezielte, institutionalisierte und von der Arbeit unterscheidbare, zeitlich begrenzte Maßnahmen nach der schulischen oder akademischen Ausbildung verstanden“ (Hochholdinger et al., 2008b, 20). Überdies streben Trainings die Vermittlung von Wissen und Fähigkeiten an, die an den Bedarfen der Organisation wie auch an den Individuen ausgerichtet sind (vgl. Weinbauer-Heidel, 2016, 38).

Innerhalb der Berufs- und Wirtschaftspädagogik, der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften wie auch der Arbeits- und Organisationspsychologie werden die Evaluation von Trainings sowie das methodische Vorgehen untersucht. Hierbei wird erkannt, dass die Reaktion der Individuen auf die Weiterbildung als Erfassung der Wirkung von Veranstaltungen nicht hinreichend erscheint. Die Zufriedenheit mit der Weiterbildung kann keine verlässliche Aussage über die Nützlichkeit oder weitergehende Wirkungen zurück am Arbeitsplatz liefern (vgl. z. B. Weinbauer-Heidel, 2016, 37; Tonhäuser, 2017, 8). Diese Art der Evaluation ist in der Praxis und Forschung weitverbreitet (vgl. Weinbauer-Heidel, 2016, 38; Tonhäuser, 2017, 1), erlaubt jedoch keine Rückschlüsse auf den Transfer (vgl. Mutzeck, 2005, 79; Bergmann & Sonntag, 2006, 366). Die Zufriedenheit wird häufig anhand von subjektiven Einschätzungen der Teilnehmenden erhoben (vgl. Weinbauer-Heidel, 2016, 38). Weitergehend wird gefordert, dieses Vorgehen mit Mitarbeiter\*innengesprächen am Arbeitsplatz zu kombinieren (vgl. Bergmann & Sonntag, 2006, 366). Jedoch stellt eine systematische Transferevaluation in der Praxis eine Ausnahme dar (vgl. Tonhäuser, 2017, 1).

Für die systematische Trainingsevaluation entwickeln Kirkpatrick & Kirkpatrick (2006) ein Vier-Stufen-Modell zur Evaluation von Trainings- und Weiterbildungsmaßnahmen innerhalb der

Wirtschaftswissenschaften. Die Stufen bauen aufsteigend nach ihrer Komplexität und Aussagekraft ihrer Ergebnisse auf. Hierbei wird auf der ersten Stufe das subjektive Empfinden der Teilnehmenden eingeholt, d.h. die Zufriedenheit (Reaktion) mit dem Training wird evaluiert (vgl. z.B. Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006, 21; Weinbauer-Heidel, 2016, 36). Dies geschieht meist direkt im Anschluss an das Training (vgl. Hölbling et al., 2010, 13 ff.). Auf der zweiten Stufe wird der Zuwachs von Wissen und Fertigkeiten erhoben (vgl. z.B. Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006, 22; Hölbling et al., 2010, 13 ff.). Für die Erhebung des Wissenszuwachses eignen sich Wissenstests (vgl. Hölbling et al., 2010, 13 ff.) sowie Pre- und Posttests (vgl. Schrader, 2018, 131). EDV- und Sprachkurse sind beispielsweise prädestiniert für die Messung mit psychometrischen Tests (vgl. Nuissl, 2013, 8). Für Inhalte, die jedoch nicht primär auf Faktenwissen basieren, kann ein Wissenstest den Lernzuwachs nicht ausreichend abbilden (vgl. Hölbling et al., 2010, 13 ff.). Das Verhalten nach der Teilnahme wird auf der dritten Stufe untersucht. Hierbei steht der konkrete Transfer im Fokus (vgl. z.B. Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006, 22; Hölbling et al., 2010, 13 ff.). „Dahinter steht die nur auf den ersten Blick schlichte, aber für die bildungstheoretische Begründbarkeit („Ausstattung zum Verhalten in der Welt“ (Schrader, 2018, 131). Damit eruiert diese Stufe des Transfers, ob die Bedingungen der Teilnahme Veränderungen im Verhalten herbeigeführt haben (vgl. Schrader, 2018, 131). Die letzte Stufe beschäftigt sich mit der Evaluation auf organisationaler Ebene. Es werden Resultate, organisationale Ziele und der Geschäftserfolg überprüft (vgl. z.B. Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006, 25). Diese vierte Stufe bewertet vor allem aus einer betriebswirtschaftlichen Perspektive eine Weiterbildung (vgl. Hölbling et al., 2010, 13 ff.). Diese Gliederung von Kirkpatrick & Kirkpatrick stellt einen sehr verbreiteten Ansatz der Trainingsevaluation dar, der auch in der Erwachsenen-/Weiterbildung Verwendung findet (vgl. z.B. Schrader, 2018, 131; Bauer & Göhlich, 2019, 251). Daher eignet sich der Ansatz, der ursprünglich aus den Wirtschaftswissenschaften heraus entwickelt wurde, zur Evaluation von Trainings auch außerhalb dieser Disziplin und wird ebenfalls in dieser Studie zum Tragen kommen. Primär wird diese Arbeit die Stufe drei, das Verhalten und die Veränderungen, auf der subjektiven Ebene der Teilnehmenden untersuchen.

Um den Fokus des aktuellen Forschungsstandes weiter zu kondensieren, werden im Folgenden Forschungsansätze aufgezeigt, die die Evaluation von Lerntransfer thematisieren. Hierbei wird primär auf das konzeptionelle Vorgehen der Studien fokussiert, die zentralen Ergebnisse der Studien werden weiter unten unter den Einflussfaktoren auf Lerntransfer (4.6) erläutert, insofern die Studien zur Bearbeitung der Forschungsfrage sinnvoll erscheinen. Ergebnisse, die bei der Interpretation und Definition von Lerntransfer nützlich erscheinen, werden an dieser Stelle bereits ausgeführt.

### 4.3 Forschungsansätze zur Evaluation von Lerntransfer

Lerntransfer wird in vielen verschiedenen Kontexten auf divergente Weise erforscht. Ein Großteil der empirischen Studien ist aus der Arbeits- und Organisationspsychologie, der Berufs- und Wirtschaftspädagogik sowie dem Management und der Personalführung heraus entstanden.

Einen der bekanntesten quantitativen Ansätze zur Evaluation von Lerntransfer stellen die Arbeit von Holton, darauf aufbauend die Arbeit von Hutchins und Kolleg\*innen und für den deutschsprachigen Raum angepasst die Arbeit von Kauffeld und Kolleg\*innen dar, die in der Personal- und Organisationsentwicklung sowie -psychologie zu verorten sind. Holton (2005) entwickelt das Learning Transfer System Inventory (LTSI) mit 16 Faktoren, die beim Lerntransfer einen Einfluss auf das Lernen ausüben können (vgl. Holton et al., 2005, 44). Hierbei schätzen die Teilnehmenden sich selbst nach der Teilnahme an einer Weiterbildung ein. Bei diesem rein quantitativen Ansatz werden basierend auf Evidenzen Items formuliert. Das LTSI ist für den deutschsprachigen Raum adaptiert worden (Kauffeld et al., 2008) und wird vor allem in der Personalentwicklung und Wirtschaft eingesetzt. Hierbei werden in einer Validierungsstudie die 16 transferrelevanten Faktoren mit insgesamt 67 Items für ein deutschsprachiges Setting (GLTSI) bestätigt (vgl. Kauffeld et al., 2008, 50). Dieser Fragenpool wird als Diagnosetool beschrieben (Weinbauer-Heidel, 2016, 36), das allumfassend die beeinflussenden Faktoren des Lerntransfers erhebt (vgl. Kauffeld et al., 2008; Gessler, 2012, 367). Jedoch überprüfen Hutchins et al. (2013) die Validität dieses Fragebogens und können lediglich einen starken Zusammenhang zwischen Transfermotivation und Transferintention benennen. Die Ausgestaltung der Weiterbildung und der erwartete Nutzen zeigen einen mittleren Zusammenhang mit der Transferintention (vgl. Hutchins et al., 2013, 256). Die Ergebnisse der Studie von Hutchins und Kolleg\*innen (2013) werden weiter unten (4.6) spezifischer betrachtet und in den Kontext dieser Arbeit eingeordnet. Bei dieser Studie liegt der Schwerpunkt ebenfalls auf einer objektiven Messung anhand von vordefinierten Kriterien. In der Pädagogik und Hochschuldidaktik wurde kürzlich eine Studie zur Messung von Lerntransfer und dessen Bedingungen in der Hochschullehre publiziert (Beuße & Hartz, 2021). Bei dieser Studie wird der Schwerpunkt vor allem auf die objektive Messung nach der Teilnahme an einer hochschuldidaktischen Weiterbildung gelegt. Ziel der Studie ist die Entwicklung eines Instruments zur Messung der Lerntransferbedingungen im Kontext hochschuldidaktischer Weiterbildungen. Dies geschieht anhand eines Lerntransferinstruments, das unter anderem auf dem GLTSI von Kauffeld und Kolleg\*innen basiert und an die spezifischen Bedingungen der Hochschuldidaktik angepasst wird (vgl. Beuße & Hartz, 2021, 163). Neben der Überprüfung der Konstruktvalidität wird eine Faktorenanalyse durchgeführt, die elf Konstrukten – auf die in Kapitel 4.6 näher eingegangen wird – eine statistische Bedeutung zuweist (vgl. Beuße & Hartz, 2021, 172). Damit kann ein

Messinstrument entwickelt werden, dass basierend auf objektiven Kriterien Lerntransferbedingungen im Kontext hochschuldidaktischer Weiterbildungen analysiert.

Einen Versuch, die subjektiven Sichtweisen und ein standardisiertes Erhebungsinstrument einzusetzen, unternahmen Hof & Lambert (2004) in der Erwachsenen-/Weiterbildung. Die Autor\*innen untersuchen den Lerntransfer im Kontext der allgemeinen Weiterbildung, spezifischer von didaktischen Seminaren. Das Konzept der Seminare wird anhand der methodisch-didaktischen Strukturplanung entnommen. Die Aneignung von neuem Wissen steht im Fokus dieser Kurse. Methodisch werden narrativ-fokussierte Interviews mit den Teilnehmenden drei Monate nach der Teilnahme an den Kursen geführt. Es werden dafür drei Fragen genutzt, die zum einen die Situation vor der Teilnahme, die Lern- und Transferinhalte wie auch den Lern- und Transferprozess beinhalten. Die Interviews werden themenbezogen nach Fällen analysiert (vgl. Hof & Lambert, 2004, 199). Daraus ergeben sich unter anderem drei Arten des Transfers, die für die Teilnehmenden von Bedeutung sind. Das Fortführen eines Lernprozesses, die Nutzung einer Handlungsstrategie sowie das Anwenden von Handlungsmustern stellen in der Studie Möglichkeiten des Transferprozesses in der allgemeinen Erwachsenen-/Weiterbildung dar (vgl. Hof & Lambert, 2004, 208). Als weitere zentrale Forschungsergebnisse können die Vielfalt der Ausgestaltung von Lerntransfer und die Definition von gelungenem Transfer hervorgehoben werden; dieser wird individuell von den Teilnehmenden definiert (vgl. Hof & Lambert, 2004, 209). In dieser Studie aus der Erwachsenen-/Weiterbildung erhalten die subjektiven Sichtweisen der Teilnehmenden einen hohen Stellenwert, da Lerntransfer nicht an vordefinierten Maßstäben bemessen wird.

Einen weiteren Forschungsansatz, der die Ebene der Individuen fokussiert, stellt die qualitative Studie von Tonhäuser (2017) aus der Berufs- und Wirtschaftspädagogik dar. Die Autorin untersucht die Lerntransferdeterminanten und interviewt dafür teilnehmende Personen von betrieblich-beruflichen Weiterbildungen in Großunternehmen sowie mittelständischen und kleinen Unternehmen, Trainer\*innen wie auch Weiterbildungsverantwortliche mithilfe von halbstandardisierten Interviews (vgl. Tonhäuser, 2017, 2). Die zentralen Hauptkategorien werden in Anlehnung an die Systematik von Baldwin & Ford als „individuelle Einflussfaktoren der Weiterbildungsteilnehmenden“, „maßnahmenspezifische Einflussfaktoren des Lernfeldes“ und „organisationale Einflussfaktoren des Arbeitskontextes“ formuliert. Auf die detaillierten Ergebnisse dieser Studie wird in Kapitel 4.6 spezifisch eingegangen. Jedoch erscheint bereits das methodische Vorgehen dieser Studie als möglicher Ansatzpunkt für die Datenerhebung dieser Arbeit.

Die Medizin(didaktik) untersucht ebenfalls den Transfer von Wissen und Fertigkeiten sowie deren Nachhaltigkeit (vgl. Mutzeck, 2005, 79 f.). Es existieren bereits Studien, die spezifisch innerhalb der Medizindidaktik durchgeführt werden und auf die Erfassung von Lerntransfer abzielen. In diesen werden die Zufriedenheit sowie der Wissenszuwachs im Bezugsrahmen

der medizindidaktischen Qualifizierungen untersucht (vgl. Fabry et al., 2010, 1). Fabry und Kolleg\*innen (2010) analysierten 53 Studien im Hinblick auf deren Evaluationskriterien für medizindidaktische Trainings- und Qualifizierungsprogramme vor dem Hintergrund der Systematik von Kirkpatrick & Kirkpatrick. Dabei diskutieren die Autor\*innen insbesondere methodische und praktische Aspekte von Evaluationsstudien im Kontext der Wirksamkeit von medizindidaktischen Qualifizierungen. Aus den 53 Studien kann herausgestellt werden, dass die Befragung der Teilnehmenden, Vorher-nachher-Vergleiche, Beobachtungen und die Erfassung des Lernerfolgs Möglichkeiten der Evaluation von Qualifizierungsangeboten darstellen (vgl. Fabry et al., 2010, 3 f.).

Um das Behalten von erworbenen (medizin)didaktischen Kompetenzen zu ermitteln, gibt es Studien, die überwiegend auf einem quantitativen Ansatz basieren. So untersucht die Medizinische Fakultät Hamburg ihre medizindidaktische Qualifizierung, basierend auf drei Messzeitpunkten, mit einem quantitativen Ansatz. Die selbst eingeschätzten didaktischen Fähigkeiten werden vor sowie direkt nach dem Training in einem Fragebogen erfasst und daran anschließend ein bis vier Jahre nach der Teilnahme erneut erhoben. Es werden immer die gleichen Fragebögen verwendet, um die Steigerung der didaktischen Fähigkeiten zu messen (vgl. Kuhnigk et al., 2013, 11 ff.). Somit kann der Wissensstand über drei Messzeitpunkte erfasst werden. Die subjektiv eingeschätzten didaktischen Fähigkeiten sind signifikant besser nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung als zuvor (vgl. Kuhnigk et al., 2013, 19). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Hofer und Lammerding-Köppel, die auch die Veränderungen der Lehrkompetenz untersuchen. Hofer (2010) beschäftigt sich ebenfalls mit der Kompetenzerweiterung, diese wird von den Teilnehmenden subjektiv vor, direkt nach und sechs bis neun Monate nach der medizindidaktischen Qualifizierung erhoben. Ergänzend werden die Kompetenzen von Trainer\*innen während und nach der medizindidaktischen Qualifizierung beurteilt. Hierbei liegt die Selbsteinschätzung der Teilnehmenden in etwa 0,4 Notenstufen über den Einschätzungen der Trainer\*innen (vgl. Hofer, 2010, 7). Der Autor eruiert vor allem akzeptanzfördernde Faktoren, die medizindidaktische Qualifizierungen als solche fördern, nicht den Transfer des Gelernten. Lammerding-Köppel (2007) unternimmt den Versuch, die Kompetenzerweiterung der Teilnehmenden von medizindidaktischen Qualifizierungsangeboten zu evaluieren. Hierbei schätzen die Teilnehmenden ihre Fähigkeiten vor und nach der Teilnahme ein. Zusätzlich gibt es eine Nachbefragung ein bis drei Jahre nach dem Qualifizierungsangebot. Über 80 % der Teilnehmenden bestätigen, dass sie durch die Teilnahme an einer medizindidaktischen Qualifizierung ihre Lehre verbesserten und überwiegend Teile daraus veränderten und modifizierten (vgl. Lammerding-Köppel, 2007, 1).

Anhand dieser ausgewählten Forschungsansätze zur Evaluation von Lerntransfer kann resümiert werden, dass disziplinübergreifend die Wirkungen von Weiterbildungen erforscht

werden und ein Interesse an der Untersuchung von hinderlichen und förderlichen Faktoren vorhanden ist. Es gibt bereits einige Studien, die in der Erwachsenen-/Weiterbildung zu verorten sind, und weitere Studien, die bereits das spezifische Feld der Medizindidaktik betrachten. In einem nächsten Schritt wird insbesondere das konzeptionelle Vorgehen für die Bearbeitung der Forschungsfrage kritisch betrachtet und daraus Konsequenzen für das weitere Vorgehen dieser Arbeit gezogen.

#### 4.4 Zwischenfazit

All die beschriebenen Evaluationsstudien zeigen Versuche, die Wirkungen von Weiterbildungen, teilweise spezifisch für das Feld der Medizindidaktik, zu untersuchen. Die methodischen Ansätze sind dabei meist auf eine quantitative Umsetzung der Untersuchungen angelegt. Hierbei werden im Vorfeld Kriterien definiert, die Lerntransfer messen, oder Determinanten benannt, die einen Einfluss auf den Transfer zeigen können. Wie bereits oben kurz ausgeführt, gibt es differenzierte Herangehensweisen, um den Transfer zu erheben. Die meisten genannten Studien nutzen die Selbsteinschätzung der Teilnehmenden, andere bedienen sich eines Vergleichs zu Kolleg\*innen oder der Einschätzung anderer Personen (z.B. Trainer\*innen). Die konzeptionellen Herangehensweisen der zuvor beschriebenen Studien eignen sich nur bedingt zur Bearbeitung der vorliegenden Forschungsfrage. Die Selbsteinschätzung der Individuen zu mehreren Zeitpunkten, vor und nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung, erscheint sinnvoll. Ein rein quantitatives Vorgehen entspricht nicht der Intention der vorliegenden Arbeit und lässt die lerntheoretische Perspektive außer Acht. In dieser Arbeit wird der subjektive Blick der Teilnehmenden stets berücksichtigt und bestimmt die Ausgestaltung und Durchführung dieser Studie. Lernprozesse werden demnach immer in Kontexten erfolgen, die von den Teilnehmenden mit einer subjektiven Bedeutungszuschreibung und Relevanzsetzung belegt werden. Ausgehend von den Ergebnissen von Hof & Lambert (2004, 209) wird gelungener Transfer individuell von den Teilnehmenden definiert und erhält auch in dieser Arbeit Berücksichtigung. Daher wird für diese Studie ein qualitatives Vorgehen gewählt (siehe Kapitel 6).

Um den Lerntransfer trotz der Offenheit durch einen qualitativen Ansatz systematisch zu untersuchen, wird ein Rahmenmodell zur theoretischen Erarbeitung genutzt. Es existieren Transfermodelle, die auf den unterschiedlichen Stufen von Kirkpatrick & Kirkpatrick basieren. Im medizindidaktischen Kontext erhalten die Stufen Transfer und Veränderungen auf Organisationsebene eine weniger präzise Stellung (vgl. Fabry et al., 2010, 2). Um Nachhaltigkeit, spezifischer die Wirkungen, zu eruieren, sind die reinen Input-, Output- und Prozessvariablen nicht aussagekräftig genug. Vielmehr wird auf die Ergebnisse, die nachhaltige Wirkung und die Resultate fokussiert (vgl. Nuissl, 2013, 19). Es existieren Modelle,

die sich primär mit diesen Stufen beschäftigen. Insbesondere die Ebene des Transfers ist bereits breit erforscht, jedoch nicht für den Kontext medizindidaktischer Qualifizierungsangebote. Im Folgenden werden ausgewählte Transfermodelle dargestellt, die zur Bearbeitung der Forschungsfrage und zur Konstitution des theoretischen Rahmenmodells beitragen.

#### 4.5 Ausgewählte Transfermodelle der Weiterbildung

Der Begriff des Modells besteht durch eine grafische Darstellung, eine Verkürzung der Inhalte und eine Konzentration auf das Pragmatische (vgl. Karg, 2006, 74). „Ein ‚Lerntransfermodell‘ ist die vereinfachte, anschauliche (auch graphische) und nicht in jedem Fall vollständige Darstellung des Lerntransferprozesses in der beruflichen Weiterbildung mit dem Ziel, Lerntransferfaktoren zu bestimmen und einen Lösungsansatz zur Bewältigung der Lerntransferproblematik zu entwickeln“ (Lemke, 1995, 9). Somit stellen Transfermodelle unter anderem Ansätze zur Erklärung von hinderlichen und förderlichen Faktoren des Lerntransfers dar.

Es existieren einige Modelle zur Überprüfung des Transfers; untenstehend sind jene Modelle aufgeführt, die explizit den Prozess des Lerntransfers berücksichtigen bzw. fokussieren. Dies sind namentlich das Modell des Transferprozesses von Baldwin & Ford (1988) und das integrative Bedingungsmodell des Transfers von Rank & Wakenhut (1998). Diese Modelle sind aus der Wirtschaftspsychologie und Unternehmensforschung entstanden und gehören zu den am häufigsten zitierten und genutzten Transfermodellen innerhalb der Transferforschung (z. B. Blume, 2010, 1068; Hense & Mandl, 2011, 254). Um an diesen Diskurs anschlussfähig zu bleiben, werden die Transfermodelle zur Erarbeitung des theoretischen Rahmenmodells dieser Arbeit herangezogen und im Kontext der Erwachsenen-/Weiterbildung und Medizindidaktik modifiziert. Es gibt bereits vereinzelte Arbeiten der Erziehungswissenschaften (vgl. z. B. für die Berufspädagogik: Tonhäuser & Büker, 2016; in der Erwachsenen-/Weiterbildung: z. B. Beuße & Hartz, 2021; Digel & Schönknecht, 2013), die auf die Transfermodelle zurückgreifen und die Forschungsarbeiten darauf aufbauen.

Im Folgenden wird auf das Modell von Baldwin & Ford wie auch auf dessen Weiterentwicklung durch Rank & Wakenhut eingegangen. Als Gemeinsamkeit wird die Dreiteilung in die Eigenschaften der Teilnehmenden, die Ausgestaltung der Weiterbildung und die Arbeitsplatzumgebung angesehen. Im Mittelpunkt steht die Aufarbeitung der Modelle als theoretische Rahmung, die im Anschluss (Kapitel 4.6) weiter ausdifferenziert werden, weshalb konkrete Ergebnisse zu den Einflussfaktoren auf den Lerntransfer weiter unten ausgeführt werden. Im weiteren Verlauf (4.7) werden die Modelle derart weiterentwickelt, dass sie dem Forschungsdesign und dem Stand der Forschung entsprechend zur Bearbeitung der Forschungsfrage verhelfen. Das nachfolgende Kapitel dient vor allem zur Darstellung der

Transfermodelle und zur konzeptionellen Ausgestaltung des theoretischen Rahmenmodells dieser Arbeit.

#### 4.5.1 Baldwin & Ford

Baldwin & Ford entwickeln ein Transfermodell, das die Einflussfaktoren von Transferlernen an unterschiedlichen Stellen im Transferprozess berücksichtigt (vgl. Baldwin & Ford, 1988, 63). Aus den Ergebnissen empirischer Studien zusammengefasst, werden Lerntransfer und die Einflüsse auf individueller Ebene (bei Baldwin & Ford „Teilnehmermerkmale“), die Ausgestaltung des „Trainingsdesigns“ wie auch die „Arbeitsumgebung“ erfasst (siehe Abbildung 2). Diese Kategorisierung stellt eine systematische Aufbereitung des Forschungsstandes dar und versucht, die Einflussgrößen auf den Lerntransfer zu gliedern.

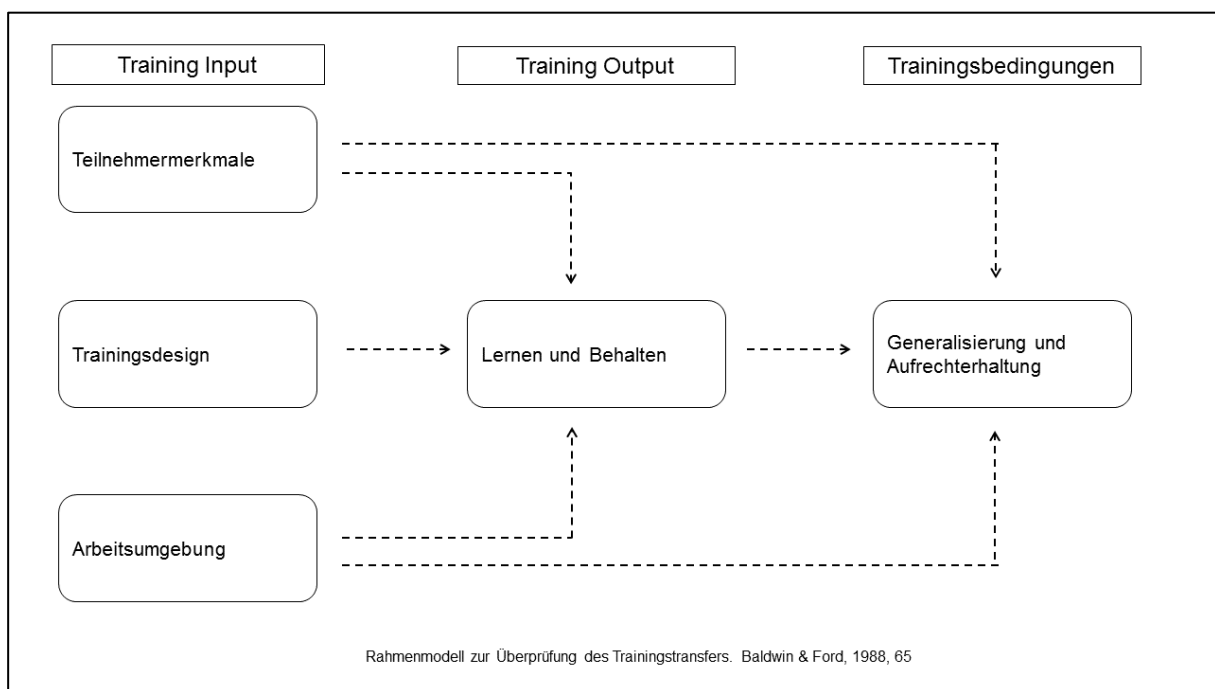


Abbildung 2: Transfermodell von Baldwin & Ford (1988) (Übersetzung d. V.)

Wie in Abbildung 2 dargestellt, wird in dem Modell angenommen, dass die Variablen der „Teilnehmermerkmale“, des „Trainingsdesigns“ wie auch der „Arbeitsumgebung“ einen direkten Einfluss auf den Output („das Lernen und Behalten“) wie auch die „Arbeitsumgebung“ und die „Teilnehmermerkmale“ auf die Transferbedingungen („Generalisierung und Aufrechterhaltung“) ausüben können. Dieser Einfluss kann nur einseitig bestehen, jedoch kann über das „Lernen und Behalten“ zusätzlich eine indirekte beeinflussende Wirkung auf das „Generalisieren und Aufrechterhalten“ ausgeübt werden. Die Autoren wählen als „Inputfaktoren des Trainings“ die „Teilnehmermerkmale“, das „Trainingsdesign“ und die „Arbeitsumgebung“. Spezifischer werden als „Teilnehmermerkmale“ die Fähigkeiten, die Motivation und die Persönlichkeitsfaktoren und für das „Trainingsdesign“ die Berücksichtigung



von Lernprinzipien, das Schulungsmaterial wie auch die Relevanz der Inhalte in diesem Modell berücksichtigt. Ferner sind für die „Arbeitsumgebung“ das Klima, wie Unterstützung der Vorgesetzten und Kolleg\*innen, wie auch die Möglichkeiten, das Erlernte auszuprobieren, inbegriffen (vgl. Baldwin & Ford, 1988, 64 f.). Eine nähere Beschäftigung mit den transferhemmenden und -fördernden Faktoren im Kontext der Fragestellung dieser Arbeit folgt in Kapitel 4.6.

An diesem Modell wird unter anderem von Rank & Wakenhut Kritik geübt, da die Einflussfaktoren und deren mögliche Wirkungen nicht in ihrer Vollständigkeit berücksichtigt werden. Dies stellt die Ausgangslage für die Weiterentwicklung des Modells dar, das untenstehend näher beschrieben wird.

#### 4.5.2 Rank & Wakenhut

In Anlehnung an das Transfermodell von Baldwin & Ford haben Rank & Wakenhut eine Weiterentwicklung des Modells vorgenommen (siehe Abbildung 3). Im Kontext des Projektes „Transfersicherung – am Beispiel des Führungsseminars des Genossenschaftsverbandes Bayern“ untersuchen die Autor\*innen die Optimierungsmöglichkeiten des Transfers von Inhalten des Führungsseminars (vgl. Rank & Wakenhut, 1998, 8). Den Ausgangspunkt stellt die Auffassung dar, dass Transfersicherung als ganzheitliche Aufgabe betrachtet wird und nicht nur beim Übergang vom Lern- ins Funktionsfeld von Bedeutung ist (vgl. Rank & Wakenhut, 1998, 11). Somit fordern Rank & Wakenhut (1998, 12), den gesamten Transferprozess inklusive konkreter Einflussfaktoren und der potenziellen Wirkungen zu konkretisieren. Die Kritik, bezogen auf das Transfermodell von Baldwin & Ford, wird von den Autor\*innen vor allem in Bezug auf die Wechselbeziehungen der Bedingungen („Teilnehmermerkmale“, „Trainingsdesign“ und „Arbeitsumgebung“) geäußert. In vorherigen Modellen wurden diese Wechselbeziehungen nicht berücksichtigt, sondern meist nur eine Bedingung isoliert betrachtet. Ebenso wurde der „Arbeitsumgebung“ als bedeutendem Einflussfaktor zuvor nur wenig Beachtung geschenkt (vgl. Rank & Wakenhut, 1998, 14 f.). Das Neuartige an dem Modell von Rank & Wakenhut ist das integrative Bedingungsmodell, das versucht, die Zusammenhänge zwischen den Bedingungen und dem Verhalten zu betrachten (vgl. Rank & Wakenhut, 1998, 16). Die Aspekte „Arbeitsumgebung“, „Trainingsdesign“ und „Teilnehmermerkmale“ sind bereits vor dem Training als wichtige sich wechselseitig beeinflussende Bedingungen zu berücksichtigen (vgl. Rank & Wakenhut, 1998, 16).

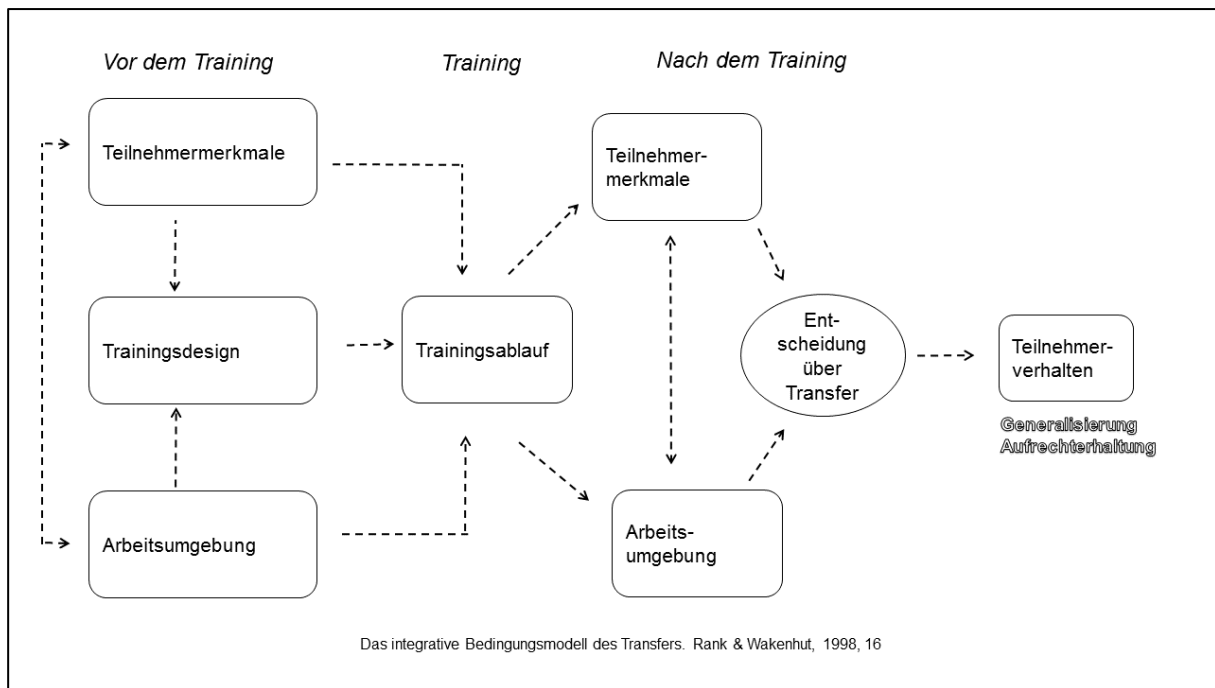


Abbildung 3: Transfermodell von Rank & Wakenhut (1998)

Wie Abbildung 3 zu entnehmen ist, ordnen Rank & Wakenhut die verschiedenen Elemente des Lerntransfers und die Bedingungen in eine zeitliche Reihenfolge (vor dem Training, Training und nach dem Training) ein. Dies verdeutlicht die Dynamik des Transferprozesses und betont die umfassende Darstellung des Transferprozesses (vgl. Rank & Wakenhut, 1998, 16 f.).

„Vor dem Training sind Teilnehmermerkmale, geplantes Trainingsdesign und die Arbeitsumgebung, aus der der Teilnehmer ins Training entsandt wird, relevante Bedingungen. Diese drei Komponenten beeinflussen sich gegenseitig: Im Sinne einer Zielgruppenorientierung ist das Trainingsdesign idealerweise auf die Teilnehmermerkmale, im Sinne der Praxisnähe auf die Arbeitsumgebung abgestimmt“ (Rank & Wakenhut, 1998, 16).

Mit diesem Zitat soll die Ganzheitlichkeit des Modells veranschaulicht und die gegenseitige Beeinflussung der Bedingungen verdeutlicht werden. Als weitere Prämisse dieses Transfermodells gilt die integrative Komponente, da vor allem die „Arbeitsumgebung“ fokussiert wird, da nach Rank & Wakenhut Maßnahmen zur Transfersicherung ebenso Maßnahmen zur Organisationsentwicklung darstellen (vgl. Rank & Wakenhut, 1998, 18). Daher sind die „Teilnehmermerkmale“ wie auch die „Arbeitsumgebung“ sowohl vor dem Training als auch nach dem Training in dem Modell visualisiert. Ferner wird der direkte Einfluss der Bedingungen aufeinander berücksichtigt.

Innerhalb des Diskurses um Lerntransfer wird in der Forschung Transferproblemen eine immer größere Bedeutung zugeschrieben. Transferprobleme können insbesondere beim Übergang vom Lern- ins Funktionsfeld auftreten (vgl. z.B. Rank & Wakenhut, 1998, 11). Um die

Sicherung des Transfers zu gewährleisten, können Maßnahmen vor, während und nach einer Weiterbildung erfolgen (vgl. Rank & Wakenhut, 1998, 12). Hierbei ist das Wissen um mögliche Einflussfaktoren zwingend notwendig, um diese Aspekte in der vorliegenden Arbeit zu berücksichtigen. Im nächsten Kapitel folgt ein detaillierter Überblick über mögliche Determinanten, die Lerntransfer beeinflussen können. Diese Einflussfaktoren werden nach der Systematik der Teilnehmenden, der Ausgestaltung von Weiterbildungen und der organisationalen Lernkultur expliziert.

#### 4.6 Einflussfaktoren auf Lerntransfer

Einige der oben bereits erwähnten Studien (z. B. Hutchins et al., 2013; Tonhäuser, 2017; Holton, 2005; Hof & Lamberts, 2004; Hofer, 2010) werden nun unter dem Aspekt der Einflussfaktoren genauer betrachtet und weitere Studien zur Bearbeitung der Forschungsfrage hinzugezogen. Ergänzend werden aus der beruflichen, betrieblichen und allgemeinen Weiterbildung disziplinübergreifend zentrale Ergebnisse zu den Eigenschaften der teilnehmenden Personen, der Ausgestaltung von Weiterbildungen und der organisationalen Lernkultur erläutert, die zur Bearbeitung der Forschungsfrage relevant erscheinen.

Es existieren zahlreiche Studien, die Determinanten des Lerntransfers untersuchen. Diese fokussieren teilweise einzelne Aspekte wie beispielsweise die Motivation (z. B. Rowold, 2007; Colquitt, 2000) oder geben in Übersichtsarbeiten und Metaanalysen einen allgemeinen Überblick über beeinflussende Faktoren des Lerntransfers (z. B. Blume et al., 2010; Tonhäuser & Büker, 2016). Wie bereits oben ausgeführt, stellt der Lerntransfer ein komplexes Konstrukt dar, auf dessen Grundlage die Befunde der bisherigen Studien nicht zur Verallgemeinerung dienlich sind. Diese sind in ihrem je spezifischen Kontext durchgeführt worden und können für diesen Bereich Geltung erlangen. Viele Ergebnisse der Transferforschung stammen aus dem Bereich des Managements, der Psychologie sowie der Personal- und Organisationsentwicklung. Diese Ergebnisse werden in aktuellen Studien aus anderen Disziplinen zitiert und basierend darauf weiterführende Projekte durchgeführt. Die Übertragung in einen anderen Kontext erscheint schwierig, da sowohl die Weiterbildungen als auch die Arbeitsplatzumgebungen divergent sind. Da die Medizin durch die Vorgaben der Ausbildung und die Aufgabenvielfalt von Lehre, Forschung und Patient\*innenversorgung ein besonderes Feld darstellt, kann der bisherige Forschungsstand bzw. der Literaturstand als Überblick und allgemeine Rahmung dienen. Die Relevanz und Passung dieser Faktoren auf den Bereich der Medizin(didaktik) werden in dieser Arbeit untersucht.

Durch die Vielzahl der empirischen, konzeptuellen und theoretischen Arbeiten zu beeinflussenden Faktoren des Lerntransfers ist die Datenlage unübersichtlich und zu Teilen ambivalent (vgl. Grossmann & Salas, 2011, 104). Weinbauer-Heidel (2016, 66) weist darauf

hin, dass in den letzten 10 Jahren wenig neue Erkenntnisse bezüglich der Einflussvariablen hinzukamen, jedoch bestehende Faktoren bestätigt wurden. Da die Bedingungen, unter denen Lerntransfer gelingt, nicht hinreichend bekannt sind (vgl. Klauer, 2011, 33), beschäftigen sich viele Autor\*innen mit der Erfassung der beeinflussenden Faktoren. Es existieren beispielsweise systematische Übersichtsarbeiten aus dem Personalmanagement und der Berufspädagogik (z. B. Blume et al., 2010; Tonhäuser & Büker, 2016; Burke & Hutchins, 2007) über mögliche Einflussfaktoren auf den Lerntransfer. Die Faktoren können Bedingungen oder Ursachen darstellen, die im Zusammenspiel mit anderen Bedingungen und Ursachen den Transfer positiv, im Sinne von Transferförderung, oder negativ, den Lerntransfer hemmend, von den Individuen aufgefasst werden kann (vgl. Lemke, 1995, 10).

Ziel dieses Kapitels ist es eine Übersicht über ausgewählte publizierte Einflussfaktoren des Lerntransfers zu geben die bei der Bearbeitung der Forschungsfrage dienlich sein können. Die Differenzierung zwischen den Teilnehmenden, der Ausgestaltung von Weiterbildungen und der Arbeitsplatzumgebung, in Anlehnung an Baldwin & Ford, hat sich in nahezu allen wissenschaftlichen Arbeiten durchgesetzt und ermöglicht somit eine erste Systematisierung der beeinflussenden Faktoren. Auch vor dem Hintergrund der Erwachsenen-/Weiterbildung erscheint diese Dreiteilung sinnvoll. Faulstich (2003, 28) betont, dass Lernwiderstände (hier im Sinne von hinderlichen Faktoren) sowohl auf individueller (Teilnehmende), struktureller (vor allem bezüglich der Ausgestaltung von Weiterbildungen) als auch institutioneller (Arbeitsplatzumgebung) Ebene begründbar sind. Darüber hinaus heben Faulstich & Grell (2004, 108) hervor, dass nicht allein auf die individuellen Eigenschaften fokussiert werden kann, sondern auch Strukturen des Weiterbildungsprogramms und des Beschäftigungssystems im Lerntransferdiskurs Berücksichtigung erhalten sollen. Ferner werden im Kontext der beruflichen Weiterbildung drei Haupteinflussgrößen identifiziert. Diese stellen die Organisation, spezifischer die Struktur und die Werte, die teilnehmenden Mitarbeiter\*innen wie auch das Training insgesamt dar (vgl. Lemke, 1995, 11). Auf der Grundlage dieser Aspekte wird die Aufteilung in die Eigenschaften der Teilnehmenden (4.6.1), die Ausgestaltung von Weiterbildungen (4.6.2) und die organisationale Lernkultur (4.6.3) als ein Teil der Arbeitsplatzumgebung übernommen und im Kontext dieser Arbeit expliziert.

#### 4.6.1 Teilnehmende

Wie bereits oben ausgeführt, werden auf unterschiedlichen Ebenen beeinflussende Faktoren des Lerntransfers sowohl qualitativ als auch quantitativ erforscht. In diesem Zusammenhang ist es auffällig, dass vor allem die Eigenschaften der Teilnehmenden (z. B. die Big-Five-Persönlichkeitseigenschaften und die Selbstwirksamkeit) im Vergleich zur Ausgestaltung von Weiterbildungen und der Arbeitsplatzumgebung ein überrepräsentatives Forschungsinteresse in den Sozialwissenschaften, der Personal- und Organisationsentwicklung wie auch der Psychologie erhalten (vgl. z. B. Holton, 2005, 39; Weinbauer-Heidel, 2016, 66). In Anlehnung

an die Befunde der Transferforschung werden in dieser Arbeit die Motivation (4.6.1.1), das Engagement (4.6.1.2), die Erfahrungen (4.6.1.3) und die Erwartungen (4.6.1.4) der Teilnehmenden als beeinflussende Faktoren expliziter betrachtet.

#### 4.6.1.1 Motivation

Insgesamt betonen diverse Autor\*innen aus der Psychologie, der Berufspädagogik, der Erwachsenen-/Weiterbildung wie auch dem Management (z. B. Tonhäuser, 2017, 13; Schüßler, 2007, 119; Holton, 2005, 45), dass die Motivation als ein zentraler Einflussfaktor auf Lerntransfer agieren kann. Motivation wird in der Erwachsenen-/Weiterbildung, basierend auf den Ausführungen der Psycholog\*innen Deci & Ryan zur Selbstbestimmungstheorie (1993), als die Bereitschaft zum Handeln und zielgerichteten Verhalten definiert. Die Motivation wird von Werten, Bedürfnissen, Zielen, Handlungsanreizen sowie Handlungsmöglichkeiten bestimmt (vgl. Krause & Stark, 2010, 215 f.).

Im Lerntransferdiskurs wird vermehrt auf die Autor\*innen von Lerntransfermodellen Baldwin & Ford wie auch Rank & Wakenhut verwiesen und darauf aufgebaut (vgl. Schüßler, 2007, 121). Baldwin & Ford (1988) arbeiten ein Rahmenmodell des Lerntransfers aus und beschäftigen sich im Rahmen einer Literaturanalyse mit den Faktoren, die einen Einfluss auf den Transfer ausüben können. Dafür betrachten die Autor\*innen empirische Arbeiten, um beeinflussende Faktoren des Lerntransfers in der beruflichen und betrieblichen Weiterbildung zu identifizieren. Innerhalb der Personalpsychologie ordnen sie den Eigenschaften der teilnehmenden Personen eine prominente Stellung zu, damit einhergehend auch der Motivation (vgl. Baldwin & Ford, 1988, 68 f.). Rank & Wakenhut bauten darauf auf und führten die Forschungen weiter aus. Die Autor\*innen stützen sich dabei vor allem auf die Fähigkeiten und die Motivation der Teilnehmenden (vgl. Rank & Wakenhut, 1998, 18). Bereits 1986 untersucht Noe, aus der personalpsychologischen Sichtweise, die Eigenschaften und Einstellungen als Einflussfaktoren auf Lerntransfer. Aus Theorien und Forschungsarbeiten entwickelt Noe das Modell „Motivational Influences on Training Effectiveness“. Basierend darauf prüfen Noe & Schmitt 1986 im Rahmen einer quantitativen Studie, ob die Motivation in Zusammenhang mit und in Abhängigkeit von der Effektivität des Trainings und Lerntransfers zu betrachten ist und somit das aufgestellte Modell Gültigkeit erlangt. Ferner analysieren die Autor\*innen, inwiefern motivationale Aspekte einen Einfluss auf weitere Eigenschaften (z. B. Kontrollüberzeugung und Karriereplanung) ausüben können. Das Modell stellt einen Teilaspekt eines größeren Evaluationsprojektes dar, in dem teilnehmende Personen eines Weiterbildungsprogramms sowie die direkten Vorgesetzten und Kolleg\*innen quantitativ, mittels Fragebogen, befragt werden. Ziel der Teilstudie ist es, Belege für das aufgestellte Modell von Noe (1986) zu erhalten. Es werden die teilnehmenden Personen und angehende Schulleiter\*innen vor der

Teilnahme an dem Training, direkt im Anschluss und drei Monate nach der Teilnahme quantitativ mit dem School Administrative Descriptive Survey (SADS) befragt. Neben der Berechnung des Lernzuwachses wird das Verhalten der teilnehmenden Personen als Indikator für die Effektivität des Trainings herangezogen. In dieser Studie kann eine Modifizierung des aufgestellten Modells mit Forschungsarbeiten unterlegt und für motivationale Determinanten ein Einfluss auf Lerntransfer und die Effektivität von Trainings nachgewiesen werden (Noe & Schmitt, 1986, 517).

In neueren Forschungsansätzen aus dem Management und der Personalpsychologie kann die Forschungsgruppe um Blume (2010) in einer weiteren quantitativen Metaanalyse, in der 89 Studien zum Lerntransfer und dessen beeinflussenden Faktoren untersucht werden, nachweisen, dass die Motivation der Teilnehmenden einen Einfluss auf den Lerntransfer ausüben kann. In dieser Studie wird die Stärke der Zusammenhänge von Determinanten des Lerntransfers statistisch berechnet (vgl. Blume et al., 2010, 1069). Für die Motivation der teilnehmenden Personen kann in dieser Studie ein schwacher empirischer Zusammenhang nachgewiesen werden; je motivierter die Personen, desto ausgeprägter erwies sich der Lerntransfer (vgl. Blume et al., 2010, 1079). Durch diese Metaanalyse kann herausgestellt werden, dass der Motivation im Lerntransferdiskurs ein Stellenwert zugesprochen werden kann. Für den Bereich der Gesundheitsberufe führen Eid & Quinn (2017) im Rahmen einer Mixed-Methods-Studie, nach der Teilnahme an einer Weiterbildung zum Qualitätsmanagement, ebenfalls die Motivation als einen bedeutenden Einflussfaktor für Lerntransfer aus (vgl. Eid & Quinn, 2017, 5). Somit kann resümiert werden, dass der Motivation in verschiedenen Disziplinen ein Stellenwert für den Lerntransfer zugeschrieben werden kann. In der disziplinübergreifenden Transferforschung haben sich spezifische Ausprägungen der Motivation etabliert, die differenzierte Aspekte untersuchen. Die Lern- und Teilnahmemotivation einerseits und die Transfermotivation andererseits stellen dabei zwei Merkmale der Motivation dar. Holton erarbeitet 1996 ein Modell, das den Lerntransfer inklusive beeinflussender Faktoren für den Bereich der Personal- und Organisationsentwicklung veranschaulicht. In der Überarbeitung dieses Modells (Holton, 2005) belegt der Autor seine Annahmen des Modells mit aktuellen Forschungsergebnissen und quantitativen Messinstrumenten, um Lerntransfer zu untersuchen. Hierbei unterscheidet er in seiner Ausarbeitung zwischen zwei eigenständigen Konstrukten: der Lernmotivation und der Transfermotivation (vgl. Holton, 2005, 45). Eine weitere Differenzierung der Motivationsarten wird im Rahmen einer Interviewstudie, im Kontext der Berufs- und Wirtschaftspädagogik, mit sechs Weiterbildungsverantwortlichen, drei Weiterbildungsteilnehmenden und drei Trainer\*innen der Weiterbildung von Tonhäuser (2017) in einer qualitativen Arbeit herausgearbeitet. Bereits in einer Literaturübersicht vergleichen Tonhäuser & Büker (2016) 79 quantitative Studien, um einen systematischen Überblick über den internationalen

Forschungsstand der Lerntransferforschung zu geben, und identifizieren die Motivation als einflussreichen Faktor auf Lerntransfer und nahmen obenstehende Unterscheidung der Motivationsausprägungen vor (vgl. Tonhäuser & Büker, 2016, 142). Zu betonen ist zudem, dass insbesondere die Forschungen zu Lern- (und Teilnahme-) sowie Transfermotivation sich als ein Schwerpunkt der pädagogischen und psychologischen Transferforschung herausgebildet haben (vgl. z.B. Sandmeier, 2018, 42; Rowold, 2007, 11). Diese Differenzierung wird im weiteren Verlauf der Arbeit beibehalten und um die Teilnahmemotive ergänzt. In Tabelle 1 wird dies veranschaulicht, um die verschiedenen Facetten der Motivation näher zu betrachten und spezifische Anknüpfungspunkte zur Bearbeitung der Forschungsfrage zu generieren.

### Lern- und Teilnahmemotivation

Wie oben expliziert, schreiben einige Autor\*innen, beispielsweise basierend auf einer Metaanalyse, der Motivation allgemein einen Einfluss auf den Lerntransfer zu (z. B. Blume et al., 2010), ohne dabei zwischen den verschiedenen Arten der Motivation zu differenzieren. Zuweilen erscheint die Abgrenzung der differenzierten Motivationskonstrukte schwierig. Auf die unklare Abgrenzung der Konstrukte Lern- und Teilnahmemotivation wird sowohl in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik als auch in den Sozialwissenschaften im Rahmen von Literaturreviews hingewiesen (vgl. z.B. Tonhäuser & Büker, 2016, 142; Weinbauer-Heidel, 2016, 42 f.). Lernmotivation wird in Anlehnung an Noe & Schmitt (1986, 501) als Wunsch und Verlangen zum Erlernen der Weiterbildungsinhalte definiert. Die Teilnahmemotivation wird als Grad der Leistungsbereitschaft der Teilnehmenden für die Weiterbildungsveranstaltung bestimmt (vgl. z.B. Tannenbaum & Yulk, 1992, 414 f.; Tonhäuser, 2017, 13; Weinbauer-Heidel, 2016, 42). Im erwachsenenpädagogischen Diskurs kann die Lern- und Teilnahmemotivation als Voraussetzung für eine Lernhandlung verstanden werden (vgl. Schrader, 2018, 108). Da die Lernmotivation in einem direkten Verhältnis zur Teilnahme am Training steht und überdies die Teilnahmemotivation das Lernen während der Weiterbildung beeinflusst, wird gemäß der Argumentation einiger Autor\*innen (z. B. Weinbauer-Heidel, 2016, 43; Rowold, 2007, 10) die Teilnahmemotivation als implizierter Bestandteil der Lernmotivation betrachtet, weshalb im weiteren Verlauf von der Lern- und Teilnahmemotivation gesprochen wird.

Der Lern- und Teilnahmemotivation wird innerhalb der Personalpsychologie ein direkter Einfluss auf den Lerntransfer nachgesagt. So resümiert Noe (1986) bei der Ausarbeitung des Motivationsmodells (siehe oben), dass Teilnehmende mit einer höheren Lern- und Teilnahmemotivation – dies beinhaltet die Begeisterung für das Programm und die Inhalte der Weiterbildung sowie die Bemühung, eine Leistung zu erbringen – eine größere Verhaltensänderung und Leistungsverbesserung wie auch einen höheren Wissens- und

Fähigkeitserwerb nachweisen als teilnehmende Personen mit einer geringer ausgeprägten Lern- und Teilnahmemotivation (vgl. Noe, 1986, 743).

Im Rahmen einer Metaanalyse fassen Gegenfurtner & Vauras (2011) altersbedingte Unterschiede zwischen Motivation, Lernen und Transfer bei Erwachsenen zusammen. Hierbei betonen die Pädagog\*innen die positive Beziehung von Lern- und Teilnahmemotivation und Trainingstransfer (vgl. Gegenfurtner & Vauras, 2011, 33 ff.). Im Kontext dieser Studie sieht es so aus, dass der Lern- und Teilnahmemotivation eine Bedeutung für erfolgreichen Transfer zugeschrieben werden kann. Auch in weiteren Metaanalysen, aus dem Management, der Personalentwicklung und der Berufs- und Wirtschaftspädagogik, kann ein Zusammenhang zwischen der Lern- und Teilnahmemotivation und dem Lerntransfer bestätigt werden; der Lern- und Teilnahmemotivation wird ein positiver, verstärkender Effekt auf das Lernen und den Transfer zugeschrieben (vgl. z. B. Colquitt et al., 2000, 694; Tonhäuser & Büker, 2016, 142; Holton, 2005, 39; Burke & Hutchins, 2007, 267). In weiteren Studien und theoretischen Ausführungen, aus unterschiedlichen Disziplinen, erhält die Lern- und Teilnahmemotivation einen hohen Stellenwert zur positiven Beeinflussung der Teilnehmenden und den daraus resultierenden Wirkungen der Weiterbildung (vgl. z. B. Karg, 2006, 123; Hochholdinger et al., 2008a, 38; Eid & Quinn, 2017, 7; Weinbauer-Heidel, 2016, 42).

Auch Karg (2006) kann einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Lern- und Teilnahmemotivation und der Transferierbarkeit der Inhalte innerhalb der Berufs- und Wirtschaftspädagogik herausarbeiten. Die Autorin untersucht innerhalb eines chemisch-pharmazeutischen Unternehmens den Lerntransfer sowie hinderliche und förderliche Bedingungen der Umsetzung, die nach der Teilnahme verschiedener Seminare der betrieblichen Weiterbildung bekundet werden. Die Mixed-Methods-Studie wird zu zwei Zeitpunkten mit 123 Personen durchgeführt. Ein zentrales Ergebnis wird mit der Operationalisierung in Verbindung gebracht; ob die Teilnehmenden das Seminar erklären können, zeigt demnach einen signifikanten Zusammenhang zum Lerntransfer auf (vgl. Karg, 2006, 123 f.).

Als Gründe für die Weiterbildungsteilnahme agieren Motive, die als Beweggründe zur Teilnahme an der Weiterbildung verstanden werden können. Die Lern- und Teilnahmemotivation setzt sich aus verschiedenen Motiven zusammen, die zu einer Handlungsorientierung führen können. Durch eine Weiterbildungsbeteiligung lassen sich Rückschlüsse auf die Motive der Teilnehmenden ableiten, jedoch besteht kein kausaler Zusammenhang zwischen der Weiterbildungsbeteiligung und der Lern- und Teilnahmemotivation (vgl. Siebert, 2006, 58 ff.). Somit können lediglich potentielle Gründe für die Weiterbildungsteilnahme identifiziert werden, die einen Hinweis auf die Lern- und Teilnahmemotivation der Teilnehmenden liefern können. Darüber hinaus kann hervorgehoben werden, dass die Lern- und Teilnahmemotive in biografische Entwicklungen und



gesellschaftliche Kontexte eingebettet sind. Demnach können das Lernen und die Teilnahme nicht auf ein einzelnes Motiv zurückgeführt werden, sondern stellen ein komplexes Konstrukt aus Erfahrungen, Erwartungen sowie Anreizen der Teilnehmenden dar (von Hippel et al., 2018, 1138 f.).

In der qualitativen Interviewstudie von Tonhäuser, aus der Berufs- und Wirtschaftspädagogik, kann das Interesse an der Thematik als Grund zur Weiterbildungsteilnahme und als positiver Einflussfaktor für den Lerntransfer herausgearbeitet werden (vgl. Tonhäuser, 2017, 16). In diesem Kontext können die Lern- und Teilnahmemotive aus der Erwachsenen-/Weiterbildung in Anlehnung an Siebert (1996) und von Hippel et al. (2018) als Spezialinteresse, im Sinne eines interessanten Themas, definiert werden. Ferner kann in dieser Studie der Freiwilligkeit ein Stellenwert für den Transfer zugesprochen werden. In diesem Kontext kann davon ausgegangen werden, dass die freiwillige Teilnahme an der Weiterbildung einen positiven Einfluss auf die Teilnehmenden und den Transfer ausüben kann. Damit einhergehend betont Tonhäuser das Interesse an der Thematik als Teilnahmegrund und positiven Einflussfaktor auf den Lerntransfer (Tonhäuser, 2017, 13). Ähnliche Ergebnisse können Blume und Kolleg\*innen (2010) auf der Grundlage ihrer Metaanalyse im Management identifizieren. So kann ein moderater positiver statistischer Zusammenhang zwischen der Freiwilligkeit einer Weiterbildungsteilnahme und dem Lerntransfer herausgearbeitet werden (Blume et al., 2010, 1079). Demnach kann vermutet werden, dass ein Transfer unterstützt werden kann, wenn die Weiterbildungsteilnahme freiwillig erfolgt.

## Transfermotivation

Als Transfermotivation werden disziplinübergreifend der Wunsch und das Verlangen der Teilnehmenden beschrieben, das neue Wissen und die Fähigkeiten am Arbeitsplatz einzusetzen. Insbesondere zur Lösung arbeitsbedingter Probleme und zur Verbesserung der bisherigen Fähigkeiten können durch die Weiterbildungsteilnahme mögliche Übertragungen in den Arbeitskontext benannt werden (vgl. z. B. Noe & Schmitt, 1986, 503; Hochholdinger & Schaper, 2008, 81 f.). Neben Noe & Schmitt zeigten Eid & Quinn für den medizinischen Bereich (2017, 4) als spezifische Merkmale der teilnehmenden Personen die Bereitschaft, Veränderungen einzugehen und das erlernte Wissen anzuwenden. Auch in weiteren Studien wird der Transfermotivation eine bedeutende Funktion für den Lerntransfer beigemessen; je stärker die teilnehmenden Personen motiviert sind, das Erlernte im Arbeitskontext anzuwenden, desto eher kann eine Übertragung des Gelernten erfolgen (z. B. für die Berufs- und Wirtschaftspädagogik: Tonhäuser & Büker, 2016, 143; Tonhäuser, 2017, 16; für die Personal-, Führungs- und Organisationsentwicklung: Baldwin & Ford, 1988, 69; Holton, 2005, 8 f.). Auch Hinrichs (2016, 169 ff.) widmet sich in ihrer quantitativen Studie in der Pädagogik

insbesondere der Transfermotivation und beeinflussenden Variablen. Als zentrales Ergebnis wird herausgestellt, dass die Transfermotivation über die Zeit nachlässt und insbesondere von weiteren Faktoren (z. B. Unterstützung der Vorgesetzten) beeinflusst wird. Unter anderem zeigen Kontoghiorghes (2002) im Kontext des Managements, in einer quantitativen Studie mit Angestellten aus der staatlichen/gesetzlichen Krankenversicherung, und Rowold (2007) innerhalb der Personalpsychologie, ebenfalls in einem quantitativen Ansatz mit Callcentermitarbeiter\*innen zu drei Messzeitpunkten, den empirischen Zusammenhang zwischen der Motivation zum Lernen und zur Teilnahme sowie der Transfermotivation auf. Die Lern- und Teilnahmemotivation kann die Transfermotivation begünstigen und überdies die Einstellungen nach dem Training sowie die Wahrscheinlichkeit für die Umsetzung am Arbeitsplatz beeinflussen (vgl. Kontoghiorghes, 2002, 122; Rowold, 2007, 24).

#### 4.6.1.2 Engagement

Als Engagement wird im allgemeinen Sprachgebrauch der (persönliche) Einsatz durch Verbundenheit oder ein Pflichtgefühl verstanden. Im Rahmen dieser Arbeit erhalten das organisationale Engagement und das berufliche Engagement eine Bedeutung und werden im Folgenden expliziert und in den Kontext empirischer Befunde eingebettet.

##### Organisationales Engagement

Insbesondere in den Studien aus den Wirtschaftswissenschaften, dem Management und der Personalpsychologie wird dem organisationalen Engagement eine Bedeutung für den Lerntransfer zugeschrieben (vgl. z. B. Cannon-Bowers et al., 1995, 156; Weinbauer-Heidel, 2016, 46; Kontoghiorghes, 2002). Als organisationales Engagement werden die persönliche Einbindung in und die Identifikation mit der Organisation definiert. Hierbei erhalten die Werte und Ziele der Organisation für die Individuen eine besondere Bedeutung, da die Bereitschaft für einen persönlichen Einsatz zur Erreichung der Organisationsziele besteht (vgl. z. B. Colquitt et al., 2000, 679). Es kann beispielsweise durch die Forschungsgruppe um Cannon-Bowers (1995) im Rahmen einer Literaturanalyse und Aufstellung eines Modells im militärischen Kontext die Bedeutung des organisationalen Engagements bekräftigt werden. Personen, die sich mit der Organisation identifizieren und sich ihr verpflichtet fühlen, haben demnach einen höheren Nutzen empfunden und engagierter an betrieblichen Trainings teilgenommen (vgl. z. B. Cannon-Bowers et al., 1995, 156). Bereits Noe & Schmitt weisen 1986, für den Bereich des Personalmanagements, signifikante Korrelationen zwischen organisationalem Engagement und Trainingstransfer bei der Überprüfung des Modells des motivationalen Einflussfaktors auf Lerntransfer nach. Hierbei kann betont werden, dass organisationales

Engagement einen positiven Einfluss auf das Lernen und die Verhaltensänderung der Teilnehmenden ausüben kann (vgl. Noe & Schmitt, 1986, 517).

### Berufliches Engagement

Das berufliche Engagement (oft als Job-Involvement oder Job-Commitment beschrieben) grenzt sich durch den Einsatz und die Identifikation mit der beruflichen Tätigkeit der Personen und dem Beruf allgemein von dem organisationalen Engagement ab, wo der Fokus auf der Identifikation mit der Organisation liegt (vgl. z. B. Colquitt et al., 2000, 679). Zugehörig zu dem beruflichen Engagement, so betonen Autor\*innen verschiedener Disziplinen (z. B. für das Personalmanagement: Weisweiler, 2008, 26; für die Betriebspädagogik: Hochholdinger et al., 2008a, 38; für die Sozial- und Wirtschaftswissenschaften: Weinbauer-Heidel, 2016, 46), ist die Identifikation mit der eigenen Arbeit. Personen, die sich sehr mit ihrer Arbeit identifizieren und denen das Selbstbild der Arbeit wichtig ist, sind eher motiviert, Neues umzusetzen (vgl. Colquitt et al., 2000, 679). Im Zusammenhang mit dem beruflichen Engagement wird dem Engagement für die eigene Karriere ein signifikanter positiver Zusammenhang zur Lern- und Teilnahmemotivation und dem Lerntransfer innerhalb des Managements zugeschrieben (vgl. z. B. Colquitt et al., 2000, 679; Noe & Schmitt, 1986, 517 f.). In der Metaanalyse der Forschungsgruppe um Colquitt (2000) wirken sich klare Vorstellungen und Pläne für die Karriereentwicklung förderlich auf den Lerntransfer aus. Da das Wissen um eigene Stärken und Schwächen auf dem Karriereweg zur besseren Selbsteinschätzung führen kann, kann ein positiver Zusammenhang zum Lerntransfer eruiert werden. Daher kann das Engagement für die eigene Karriere einen Aspekt des beruflichen Engagements darstellen und die Identifikation mit der Berufsrolle festigen (vgl. z. B. Colquitt et al., 2000, 679).

#### 4.6.1.3 Erfahrungen

In der Erwachsenen-/Weiterbildung werden Erfahrungen als Deutungen von Situationen, Konstellationen und einzelnen Menschen verstanden, die eine nachhaltige Wirkung hinterlassen können. Durch die subjektive Verarbeitung der Eindrücke verbleiben diese im Gedächtnis und werden zu Interpretationen, die zukünftige Situationen und zukünftiges Handeln bestimmen können. Diese Interpretationen werden durch die subjektive Bedeutungszuschreibung der Individuen und deren Verarbeitung zu Erlebnissen, die nachhaltig in Erinnerung bleiben. Durch diese subjektiven Interpretationen können auch Situationen und Handlungen in der Zukunft bestimmt werden (vgl. Gieseke, 2010, 76 ff.).

Die persönlichen Erfahrungen, die nachweislich einen Einfluss auf den Lerntransfer ausüben können, spezifizieren sich in dieser Arbeit in verschiedenen Dimensionen. Zum einen können die Erfahrungen im Arbeitskontext und Arbeitsumfeld mit Kolleg\*innen ausschlaggebend für

den Transfer sein (vgl. z.B. Santos & Stuart, 2003, 41) und zum anderen können Lernerfahrungen für weitere Lernprozesse leitend sein (vgl. z.B. Faulstich, 2003, 29). Ferner können Erfahrungen aus der Vergangenheit einen Einfluss auf zukünftiges Lernen und den Transferprozess ausüben (vgl. z.B. Faulstich, 2003, 29; Santos & Stuart, 2003, 41). Überdies kann dem Vorwissen, als einer besonderen Art der (Vor)erfahrungen, eine Bedeutung im Transferprozess durch die Berufspädagogik und Psychologie zugesprochen werden (vgl. Tonhäuser, 2017, 14; Klauer, 2011, 179).

### Erfahrungen im Arbeitskontext

Als Erfahrungen im Arbeitskontext gelten jegliche Situationen, Personen und Konstellationen, die in der Vergangenheit im beruflichen Kontext einen Einfluss auf die Teilnehmenden ausgeübt haben, sodass diese das Erlebnis als eine Erfahrung verarbeiten (siehe oben).

Die Fallstudie von Santos & Stuart (2003), bestehend aus einem qualitativen Forschungsstrang, bei dem semistrukturierte Interviews mit langjährigen Mitarbeiter\*innen in der Führungsebene geführt werden, und einer quantitativen Erhebung, bei der die Wahrnehmungen von Mitarbeiter\*innen zum Einfluss von Trainingseffekten untersucht werden, kann einen Beitrag zu beeinflussenden Faktoren auf den Lerntransfer liefern. Die Studie wird im Rahmen des Personalmanagements durchgeführt und fokussiert eine Finanzdienstleistungsorganisation in England. Ein zentrales Ergebnis dieser Studie ist, dass zuvor gemachte Erfahrungen vom Transfererfolg abhängig sein können. Dazu zählen Erfahrungen, die im Arbeitsumfeld gemacht wurden und Rückschlüsse auf mögliche Unterstützung liefern (vgl. Santos & Stuart, 2003, 41). Dieses Ergebnis kann durch die Metaanalyse im Kontext des Managements von Blume und Kolleg\*innen empirisch bestätigt werden. Es kann eine geringe positive Korrelation zwischen Erfahrungen und Transfer gemessen werden (Blume et al., 2010, 1079).

### Lernerfahrungen

Die Lernerfahrungen sind durch Situationen, Personen und Konstellationen, die in der Vergangenheit in Lernkontexten (z.B. Schule, Ausbildung, Studium) erworben wurden, für diese Arbeit relevant.

Im Kontext der pädagogischen Psychologie und der Erwachsenen-/Weiterbildung kann hervorgehoben werden, dass Lernen und damit einhergehend Lerntransfer auf der Basis früherer Lernerfahrungen ablaufen und somit sowohl positiv als auch negativ konnotiert sein können (vgl. Klauer, 2011, 180; Faulstich, 2003, 29; Schmidt-Hertha, 2014, 52). Schmidt-Hertha (2014) und von Hippel et al. (2018) betonen in diesem Zusammenhang, dass frühere Bildungserfahrungen sich auch auf den weiteren Bildungsweg im Erwachsenenalter auswirken

können. Demnach können vor allem besonders erfolgreiche Lernende davon profitieren und diesen bei einer Weiterbildung gute Chancen zur Weiterentwicklung zugesprochen werden. Lernerlebnisse aus der Kindheit und der Jugend können hierbei einen Einfluss auf die Motivation und den Lernerfolg ausüben (vgl. Schmidt-Hertha, 2014, 31 & 59). Die Bedeutung negativer Lernerfahrungen aus der Schule kann hingegen als potentielle Weiterbildungsbarriere agieren, da Ängste vor Misserfolgen und Prüfungen basierend auf Erfahrungen aus der Schulzeit die negativen Lernerfahrungen bedingen können (vgl. von Hippel et al., 2018, 1141).

## Vorwissen

Vorwissen wird in der alltagssprachlichen Weise definiert als Wissensstand über eine bestimmte Sache, bevor man sich eingehend darüber informiert oder sich damit beschäftigt hat. Vor einer Weiterbildung stellt es das Wissen über die Inhalte der Weiterbildung dar, bevor an dieser teilgenommen wird.

In einer qualitativen Studie von Tonhäuser, innerhalb der Berufspädagogik, kann neben den Erfahrungen auch das Vorwissen als bedeutender Einflussfaktor auf Lerntransfer herausgestellt werden (vgl. Tonhäuser, 2017, 14). Klauer (2011, 179) betrachtet das Vorwissen aus der pädagogischen Psychologie vor dem Hintergrund des Passungstheorems als hemmenden Faktor von Lerntransfer. Verfügen teilnehmende Personen über zu viel oder zu wenig spezifisches Vorwissen, können Anforderungen des Lernens und des Transfers zu anspruchsvoll oder zu trivial erscheinen.

### 4.6.1.4 Erwartungen

Im Kontext der Erwachsenen-/Weiterbildung können unter Erwartungen Annahmen über die Anforderungen einer Weiterbildung und Hoffnungen auf einen erfolgreichen Abschluss verstanden werden. Wenn bereits etwas Wissen über die Weiterbildung vorhanden ist, können unter konkrete Erwartungen Annahmen zu den Inhalten, der Institution, dem Personal und den Methoden gefasst werden (vgl. Graeßner & Tietgens, 1976, 4 f.).

Die Untersuchung der Erwartungen von Teilnehmenden an Weiterbildungen wurde in diversen Disziplinen erforscht. Insbesondere sind die Studien zum Einfluss der Erwartungen auf den Lerntransfer im Personalmanagement und der (Personal)psychologie zu verorten. Die Erwartungen in Bezug auf die Nützlichkeit der Weiterbildung und die Relevanz der Inhalte können das Lernen verstärken und damit einhergehend den Lerntransfer unterstützen (vgl. z. B. Weinbauer-Heidel, 2016, 46 f.; Pawlowsky & Bäumer, 1996, 150; Noe, 1986, 740; Meier, 2005, 259).

## Nützlichkeit und Relevanz der Inhalte

Innerhalb der Transferforschung lassen sich die Begriffe Nützlichkeit und Relevanz der Inhalte nicht trennscharf differenzieren und werden teilweise synonym verwendet. Daher werden die Nützlichkeit und die Relevanz in den theoretischen Ausführungen dieser Arbeit als ein Aspekt betrachtet, der an gegebener Stelle differenziert wird. Gemeinsam ist die Annahme über einen Nutzen der Inhalte und eine Bedeutsamkeit und Wichtigkeit der Inhalte für die Teilnehmenden. Noe (1986) schreibt, auf der Grundlage der Valenz-Instrumentalitäts-Erwartungs-Theorie von Vroom (1964), den Erwartungen eine Bedeutung im Transferprozess zu. Demnach gliedert Noe, als Ergebnis seiner empirischen Arbeit (siehe oben), die Erwartungen in zwei Gruppen. Zum einen die Annahme über den Nutzen der Veranstaltung; in diesem Zusammenhang wird untersucht, inwiefern Fragen der Teilnehmenden beantwortet werden können, Fertigkeiten ausprobiert werden und die Teilnahme an der Veranstaltung honoriert wird (sowohl materiell als auch ideell). Zum anderen werden die Erwartungen als Glaube an und Hoffnung auf die Umsetzung von Trainingsinhalten in den Berufsalltag definiert, spezifischer als der Glaube, dass eine Trainingsteilnahme zum gewünschten Ergebnis führt (vgl. Noe, 1986, 740). Beide Ausprägungen der Erwartungen erhalten in dem Modell von Noe zur Effektivität von Trainings eine Berücksichtigung und können somit eine Bedeutung für den Transferprozess einnehmen (vgl. Noe, 1986).

Auch innerhalb der Erwachsenen-/Weiterbildung wird der subjektiv erwartete Nutzen der beruflichen Weiterbildung untersucht. Der subjektive Nutzen bezieht sich dabei auf Selbstauskünfte zum Nutzen, entweder retrospektiv im Anschluss an eine Weiterbildung oder im Vorfeld als Erwartung. Der subjektive Nutzen als Erwartung wird unter anderem als eine angenommene Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Teilnahme definiert. Erfolg kann in diesem Zusammenhang als Wahrscheinlichkeit der Anwendung der Inhalte im Arbeitskontext verstanden werden (vgl. Walter & Müller, 2012, 10 f.).

Die subjektive Nützlichkeit der Inhalte einer Weiterbildung und die Anwendbarkeit und Relevanz für die eigene Tätigkeit werden in konzeptuellen und empirischen Ausarbeitungen innerhalb der (Wirtschafts)psychologie ebenfalls als transferförderlich erachtet (vgl. z. B. Rank & Wakenhut, 1998, 19; Grossmann & Salas, 2011, 107). Die wahrgenommene Relevanz für die Inhalte des Trainings kann nach einigen Autor\*innen (vgl. z. B. Tönhäuser, 2017, 13; Rank & Wakenhut, 1998, 19) einen signifikanten förderlichen Faktor darstellen (vgl. Tönhäuser & Büker, 2016, 146). So kann für den Kontext der Berufs- und Wirtschaftspädagogik wie auch der Psychologie Folgendes resümiert werden: Wenn eine Weiterbildung als hilfreich und nützlich angesehen wird, besteht eine größere Wahrscheinlichkeit, dass die erlernten Erkenntnisse transferiert werden (vgl. Grossmann & Salas, 2011, 107; Weisweiler, 2008, 26; Tönhäuser & Büker, 2016, 150; Mutzeck, 2005, 89). Im Rahmen der Erwachsenen-/

Weiterbildung kann die Annahme über die Nützlichkeit und Relevanz der Inhalte ebenfalls eine Bedeutung im Kontext der Erwartungen erhalten. Hierbei können die Verwendungs- und Verwertungsmöglichkeiten, im Sinne von Lernchancen und der subjektiven Auslegung von Lernen (vgl. Graeßner & Tietgens, 1976, 37; Fleige & Robak, 2018, 634), als eine häufige Erwartung an Weiterbildung angesehen werden. Da die medizindidaktische Qualifizierung eine berufliche Weiterbildung darstellt, kann davon ausgegangen werden, dass die Teilnehmenden die Nutzenerwartung auf die beruflichen Verwendungs- und Verwertungsmöglichkeiten richten. Auch durch die Entwicklungen der Informations- und Kommunikationstechnologien sowie durch kulturelle Wandlungen (siehe dazu Meister, 2004) kann eine gesteigerte Erwartung an Weiterbildungen in Bezug zu der Thematisierung der eigenen Bedürfnisse (vgl. Meister, 2004, 93) und eines „adäquate[n] Lernangebot[s] mit hoher Anschaulichkeit und Möglichkeiten der Übertragbarkeit auf das eigene Handlungsproblem“ (Meister, 2004, 94) beobachtet werden. Demnach können im Kontext beruflicher Weiterbildung die Bedürfnisse in Bezug zur Arbeit verstanden und die Anschaulichkeit auf den Arbeitskontext der Teilnehmenden bezogen werden. In diesem Zusammenhang kann auf eine fehlende Nutzenerwartung als mögliches Lern- und Teilnahmehindernis hingewiesen werden. Können die Teilnehmenden keinen privaten oder beruflichen Nutzen durch die Weiterbildungsteilnahme identifizieren und darüber hinaus keine Verwertbarkeit für die Weiterbildungsinhalte erkennen, kann dies zu einer Lern- und Teilnahmebarriere führen (vgl. von Hippel, 2018, 1140). Darüber hinaus stellen Faulstich & Zeuner (2008, 78) im Kontext von Transferproblemen eine fehlende Einsicht in Bezug auf die Anwendbarkeit der Lerninhalte als hinderlich für den Lern- und Transferprozess heraus.

*Tabelle 1: Übersicht über die Teilnehmenden des theoretischen Rahmenmodells*

<b>Teilnehmende</b>	
<b>Motivation</b>	
-	Lern- und Teilnahmemotivation
-	TransfERMotivation
<b>Engagement</b>	
-	Organisationales Engagement
-	Berufliches Engagement
<b>Erfahrungen</b>	
-	Erfahrungen im Arbeitskontext/Arbeitsumfeld
-	Lernerfahrungen
-	Vorwissen
<b>Erwartungen</b>	
-	Nützlichkeit & Relevanz der Inhalte

In Tabelle 1 sind die wesentlichen Aspekte der Ebene der Teilnehmenden aufgetragen, die für diese Arbeit relevant erscheinen. Diese werden vereinfacht zusammen mit den weiteren

Einflussfaktoren auf Lerntransfer in Kapitel 4.7 als theoretisches Rahmenmodell dieser Arbeit vorgestellt.

#### 4.6.2 Ausgestaltung von Weiterbildungen

Die Ausgestaltung von Weiterbildungen fungiert als ein weiteres Element in der Systematik der Transfermodelle von Baldwin & Ford sowie von Rank & Wakenhut und stellt darüber hinaus einen Forschungsgegenstand in der Transferforschung dar. Für diese Arbeit bedeutet sie vor allem die Ausgestaltung von Weiterbildungen im erwachsenenpädagogischen Verständnis und impliziert somit die Ausgestaltung von medizindidaktischen Qualifizierungen. Es werden die Wirksamkeit und transferrelevante Gestaltungselemente unter anderem durch die Arbeits- und Organisationspsychologie seit einigen Jahren untersucht. Die Ergebnisse können dazu verwendet werden, zu eruieren, welche Merkmale einer Weiterbildung den Transfer befördern und welche Voraussetzungen auf einen begünstigten Transfer hinweisen (vgl. Hochholdinger et al., 2008c, 9). Auch innerhalb der Pädagogik wird die Ausgestaltung einer Weiterbildungsmaßnahme untersucht und es kann resümiert werden, dass sie einen erheblichen Einfluss auf den Lerntransfer ausüben kann (vgl. Sandmeier et al., 2018, 45). Für die vorliegende Arbeit kann auf der Grundlage der Studie von Sandmeier und Kolleg\*innen ein erster Hinweis auf einen Einfluss der Ausgestaltung von Weiterbildungen, spezifischer dem didaktischen Handeln, auf den Lerntransfer von Teilnehmenden vermutet werden. Daher werden im Folgenden wichtige Befunde zur Ausgestaltung von Weiterbildungen und zu deren potentiellm Einfluss auf den Lerntransfer ausgeführt. In dieser Arbeit wird die Ausgestaltung in zwei Dimensionen untergliedert, die wiederum weitere Einzelaspekte beleuchten. Das didaktische Handeln (4.6.2.1) und arbeitsplatzspezifische Themen (4.6.2.2) erhalten eine Bedeutung und werden im Folgenden erläutert (siehe Tabelle 2). Viele der unten ausgeführten Aspekte sind (lern)theoretische Überlegungen und Ergebnisse aus Studien zum Lerntransfer.

##### 4.6.2.1 Didaktisches Handeln

Im Kontext der Erziehungswissenschaften und zu Teilen auch spezifisch in der Erwachsenen-/Weiterbildung wird die Gestaltung von Lern- und Bildungsgelegenheiten unter der Begrifflichkeit der Didaktik gefasst. Impliziert sind hierbei Modelle und Konzepte des Lehrens, davon abgegrenzt beschäftigt sich die Lehr-Lern-Forschung mit der empirischen Sichtweise auf Lehren und Lernen. Didaktik umfasst nicht nur die Handlungen, sondern auch das Überdenken/Betrachten von und Reflektieren über Bedingungen, die für das Lernen förderlich erscheinen. Diese Aspekte beziehen sich primär auf die programmatische Ebene,



da die inhaltliche Ausgestaltung sehr kontextspezifisch durch das jeweilige Weiterbildungsangebot ausdifferenziert wird (vgl. von Hippel et al., 2018, 9).

Der Einfluss der didaktischen Gestaltung einer Weiterbildung auf den Lerntransfer wird bereits von einigen Autor\*innen innerhalb der Pädagogik theoretisch (vgl. Schüßler, 2007, 119; Meier, 2005, 262) und empirisch (vgl. z.B. Tonhäuser, 2017, 14; Sandmeier et al., 2018, 50) untersucht. Sandmeier und Kolleg\*innen untersuchen aus dem pädagogischen Kontext die Bedeutung der Gestaltung einer Weiterbildung und der Arbeitsplatzumgebung auf den subjektiven Erfolg betrieblicher Weiterbildung im Rahmen des Projektes „Der Wert der Weiterbildung“. In einer quantitativen Querschnittserhebung werden bestehende Instrumente zur Evaluation betrieblicher Weiterbildung modifiziert und von Berufstätigen aus der HR-Praxis bewertet und im Hinblick auf ihre Praxistauglichkeit überprüft. Das daraus resultierende Erhebungsinstrument wird retrospektiv in drei Schweizer Unternehmen eingesetzt. Das Erhebungsinstrument wird durch ein hypothesentestendes Verfahren und statistische Modellierungen geprüft. Im Fokus stehen die Gestaltung der Weiterbildung sowie die Vorbereitung und Unterstützung am Arbeitsplatz. Als zentrales Ergebnis kann die Weiterbildung als relevanter Faktor für den kurzfristigen Erfolg agieren, der subjektiv von den Teilnehmenden eingeschätzt wird. Damit kann die aufgestellte Hypothese bestätigt werden: „War das Lernfeld [die Weiterbildung; Anm. d. V.] gut gestaltet, so erhöhte dies die Zufriedenheit der Teilnehmenden, deren Einschätzung, dass die Teilnahme am Training nützlich war, und das Gefühl, etwas Neues gelernt zu haben“ (Sandmeier et al., 2018, 50). Hierbei wird vor allem ein Zusammenhang zwischen der methodischen Gestaltung und der Transferorientierung während der Weiterbildung und dem eingeschätzten Nutzen dargestellt (vgl. Sandmeier et al., 2018, 49). Welche inhaltlichen Dimensionen sich hinter der methodischen Ausgestaltung und der Transferorientierung befinden, kann basierend auf der Publikation nicht dargestellt werden, da jeweils nur ein Beispielitem und die Anzahl der abgefragten Items angegeben werden. Um das didaktische Handeln für diese Arbeit auszdifferenzieren, untergliedert sich das didaktische Handeln in das Formulieren von Lernzielen, die Auswahl der Methodik, die Möglichkeit des Übens während der Veranstaltung, den Erhalt von Feedback und die Nachbetreuung und wird untenstehend weiter expliziert.

### Formulieren von Lernzielen

Die ersten Formulierungen von Lernzielen gehen auf den Pädagogen Robert Mager zurück, der bereits in den 80er-Jahren definiert, was ein aussagekräftiges Lernziel beinhalten und wie dieses optimalerweise formuliert werden sollte. Demnach sollte das Ziel am Ende eines Kurses / einer Einheit definiert werden: Was sollen erfolgreiche Teilnehmende am Ende des Kurses können? (vgl. Mager, 1973, 6). In der Erwachsenen-/Weiterbildung kann die Lernzielformulierung durch die Lernenden selbst erfolgen, beispielsweise beim selbst

gesteuerten Lernen, oder traditionell durch den Lehrenden. In Abgrenzung dazu stellen Lehrziele die vom Lehrenden angestrebten Lehrinhalte dar (vgl. Gundermann, 2016).

Dass das Formulieren von Lernzielen für eine Weiterbildung den Lerntransfer unterstützen kann, arbeiten verschiedene Autor\*innen in Metaanalysen und Übersichtsarbeiten für die Bereiche der Berufspädagogik und des (Personal)managements heraus. Das Formulieren von Lernzielen vor der Veranstaltung kann als unterstützender Faktor von Lerntransfer angesehen werden (vgl. z. B. Tonhäuser & Büker, 2016, 149; Hochholdinger et al., 2008a, 45; Burke & Hutchins, 2008, 112; Blume et al., 2010, 1082). Herrschen Unklarheiten über Lernziele und -inhalte, kann dies zu Transferbarrieren führen, die sich hinderlich auf den Lerntransfer auswirken können (vgl. Faulstich & Zeuner, 2008, 78). So können Tonhäuser & Büker (2016, 140), für den Bereich der Berufspädagogik, in ihrer Metaanalyse aufzeigen, dass das Setzen und Aufzeigen von Lernzielen einen signifikanten positiven Einfluss auf den Lerntransfer ausüben können (vgl. Tonhäuser & Burke, 2016, 140). Hochholdinger et al. (2008a) heben die Bedeutung der Lernziele für den Lerntransfer ebenfalls hervor und differenzieren bei den Lernzielen und -inhalten einer Weiterbildung zwischen fachlichen und außerfachlichen Aspekten. Während die fachlichen eng am Thema der Weiterbildung definiert werden, fokussieren die außerfachlichen Aspekte beispielsweise die Planung der beruflichen Laufbahn (vgl. Hochholdinger et al., 2008a, 45).

### Auswahl der Methodik

Die Methodik wird als Gesamtheit der Methoden verstanden, die in einem Lehr-/Lernprozess eingesetzt werden. In einem weiteren Verständnis umfasst die Methodik auch die Sozialform, die Zeiten, die Medien und die Teilnehmenden einer Veranstaltung (vgl. wb-web.de, 2022). Bei der Auswahl der Methoden müssen demnach die Rahmenbedingungen, die Teilnehmenden, die Ziele und Inhalte sowie die Lernenden berücksichtigt werden (vgl. Siebert, 2010b, 25).

Die Arbeitsgruppe um Hochholdinger et al. (2008a) entwerfen, im Rahmen der Betriebspädagogik, ein Transfermodell zur Herausbildung von Personalentwicklungsmaßnahmen im Kontext von Trainings. Diese basieren auf empirischen und theoretischen Arbeiten im Bereich der Personalentwicklung und des Transfers von Trainingsmaßnahmen. Im Hinblick auf die Ausgestaltung erhält das didaktische Handeln, insbesondere die Lehrmethoden und die Transferunterstützung, bei dem Rahmenmodell von Hochholdinger und Kolleg\*innen eine Berücksichtigung (vgl. Hochholdinger et al., 2008a, 43). Trainingsmethoden können insofern einen Einfluss auf den Lerntransfer ausüben, als transferunterstützende Maßnahmen, wie beispielsweise Zielsetzungen und die Übertragung des Gelernten auf den eigenen Arbeitsplatz, einen verstärkenden Einfluss auf den Lerntransfer zeigen können (vgl. Hochholdinger et al., 2008a, 45). Den Lerntransfer beeinflussende

Faktoren arbeitet Schüßler (2007, 119) für die Erwachsenen-/Weiterbildung auf und betont die methodische Aufbereitung des Lerninhaltes wie auch die erwachsenengerechte Gestaltung als Einflussfaktoren auf Lerntransfer (Schüßler, 2007, 119). Darüber hinaus beschäftigt sich Strunk (2004) in seinen theoretischen Ausführungen mit dem Verhältnis von Wissensaneignung, Kompetenzerwerb und der Anwendung von Lernergebnissen. Demnach sollte die Auswahl der Themen und der didaktischen Elemente an die Zielgruppe angepasst gestaltet werden. Insbesondere aktivierende Methoden und die Selbstartikulation sollten im Fokus von Lernen in der Erwachsenen-/Weiterbildung stehen (vgl. Strunk, 2004, 127 f.). Diese Ergebnisse bestätigt auch Meier (2005, 262) in seiner Arbeit und fügt hinzu, dass die Strukturierung und Veranschaulichung des Lernstoffs ebenfalls zu einem gelingenden Transfer beitragen. Petermandl (2009) beschäftigt sich mit den Voraussetzungen und unterstützenden Faktoren von Lerntransfer bei betrieblichen Weiterbildungen. Der Lernprozess sollte einen erfahrungsbezogenen und insbesondere subjektiven Prozess darstellen. Zusammengefasst thematisiert Petermandl methodische Empfehlungen für optimale Voraussetzungen eines gelingenden Transfers. Hierbei sind das problemorientierte Lernen, die Variation der Fallsituationen, das Herausarbeiten von allgemeinen Lösungsprinzipien und das Schaffen von Anwendungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz fundamental, um den Lerntransfer zu unterstützen (vgl. Petermandl, 2009, 2 ff.).

### Möglichkeit des Übens

Als Übung wird im allgemeinen Sprachgebrauch die Gelegenheit verstanden, eine bestimmte Fertigkeit durch Wiederholen einer Handlung zu erlernen und dabei praktische Erfahrungen in der Tätigkeit zu sammeln. Dass die Möglichkeit zum aktiven Üben während der Weiterbildung des zuvor Erlernten als transferförderlich anzusehen ist, beschreiben mehrere Autor\*innen (z. B. Hochholdinger et al., 2008a, 46; Burke & Hutchins, 2007, 275; Tonhäuser, 2017, 14 f.). Durch das aktive Üben kann die Aneignung des Wissens verstärkt und die Anwendung des Erlernten am Arbeitsplatz unterstützt werden (vgl. Weinbauer-Heidel, 2016, 55). Den positiven Einfluss von Übungsmöglichkeiten während einer Weiterbildung auf den Lerntransfer resümiert Schüßler (2007, 128) mit einer konstruktivistischen Sicht auf Lernen und fügt hinzu, dass ein begleitendes Feedback notwendig sei. Ferner sei die Konstruktion von Wissen in den Fokus von Lernen zu rücken und eine Abkehr von der reinen Reproduktion von Wissen notwendig (vgl. ebd.). Faulstich (2003) hingegen betrachtet Lernen aus der Subjektorientierung heraus und zählt zu den förderlichen Faktoren des expansiven Lernens die Verbindung von Lernen und Anwendung. Dies sei notwendig um die Bedeutsamkeit der Inhalte zu erfahren (vgl. Faulstich, 2003, 232). Fehlenden und unzureichenden Übungen schreibt auch Faulstich (2003, 231), insbesondere im Kontext von Holzkamps defensivem Lernen, eine Bedeutung zu. Die Trennung von Lernen und Anwenden bedingt, dass

Lernthematiken und Lernresultate mit den Verfügungsmöglichkeiten auseinanderfallen. Daraus können Lernwiderstände resultieren, die sich wiederum negativ auf die Motivation auswirken können (vgl. Faulstich, 2003, 231 ff.). Das Verhältnis von Lernen und Anwenden sollte in einem Gleichgewicht sein, damit der Lernprozess durch aktive Mitarbeit und Mitsteuerung gestaltet werden kann (vgl. Faulstich & Zeuner, 2008, 78).

### Erhalt von Feedback

Feedback kann im allgemeinen Sprachgebrauch als eine Reaktion oder Rückmeldung auf ein bestimmtes Verhalten beschrieben werden. In der Erwachsenen-/Weiterbildung kann Feedback als eine Kommunikation zwischen Menschen aufgefasst werden. Es werden, mündlich oder schriftlich, Informationen ausgetauscht, wie etwas verstanden und wahrgenommen wird; dabei gibt es die Option, auf die Rückmeldung zu reagieren, etwa in Form einer Korrektur des Verhaltens, und die Möglichkeit, Nachfragen zu stellen (vgl. Klante, 2019, 2).

Im Rahmen ihrer sozialwissenschaftlichen Dissertationsschrift zur Transferförderung in der betrieblichen Weiterbildung untersucht Weinbauer-Heidel Schweizer Unternehmen und deren Transferpraktiken. Im ersten Teil der empirischen Arbeit erstellt die Autorin, basierend auf dem aktuellen Literaturstand zur Transferförderung, einen Fragebogen. Anhand einer Faktorenanalyse kann „Lob & Feedback“ als eine Dimension der transferunterstützenden Faktoren identifiziert werden (vgl. Weinbauer-Heidel, 2016, 95). Konstruktives Feedback kann demnach die Leistungen im Training wie auch den Transfererfolg und die -motivation positiv beeinflussen (vgl. Weinbauer-Heidel, 2016, 56 & 126). Im zweiten Teil der Arbeit führt die Autorin eine Online-Delphi-Umfrage durch, in der Expert\*innenmeinungen in mehreren Wellen eingeholt werden, um die Nutzung der Transferpraktiken zu beurteilen. Die Daten werden mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Ein Ergebnis dieser Studie ist, dass die untersuchten Unternehmen Feedback in nur 28 % der Weiterbildungen aktiv zur Transferförderung anwenden (vgl. Weinbauer-Heidel, 2016, 126 f.). Im Kontext der Personalentwicklung kann ebenfalls durch eine Literatur-Metaanalyse von Burke & Hutchins (2007) ein Beitrag zu dem Forschungsstand der Transferförderung herausgearbeitet werden. So kann die Möglichkeit des Übens und damit einhergehend des Feedbacks zu einem signifikant höheren Lerntransfer führen (vgl. Burke & Hutchins, 2007, 275). Darüber hinaus beschäftigen sich weitere Arbeiten aus divergenten disziplinären Verortungen mit der Rolle des Feedbacks innerhalb einer Weiterbildung und resümieren einstimmig die Wichtigkeit und transferunterstützende Funktion des Feedbacks (vgl. z. B. Schüßler, 2007, 128; Pawlowsky & Bäumer, 1996, 153; Martin, 2010, 90). Für die Erwachsenen-/Weiterbildung beschäftigt sich Schüßler (2007) mit der Nachhaltigkeit von Weiterbildung und stellt im Rahmen einer

lerntheoretischen und didaktischen Betrachtung heraus, dass sich das Feedback, vor allem im Kontext von Übungen, positiv auf die Transferleistung auswirken kann (vgl. Schüßler, 2007, 128).

## Nachbetreuung

Unter der Nachbetreuung, auch Follow-up genannt, können ergänzende Veranstaltungen definiert werden, die nach der Teilnahme an der Weiterbildung stattfinden. Je nach Art der Veranstaltung können die Veranstaltungen mit und ohne die Trainer\*innen und Teilnehmenden durchgeführt werden (vgl. Weinbauer-Heidel, 2016, 128). Dadurch, dass potentielle Probleme und Umsetzungsschwierigkeiten in der Veranstaltung nur simuliert werden können, bieten einige Weiterbildungen Nachbetreuungskurse zur Diskussion von Umsetzungsschwierigkeiten in der Praxis an (vgl. Rank & Thiemann, 1998, 49). Eine Follow-up-Veranstaltung hat zum Ziel, Inhalte und mögliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Gelernten nach einigem zeitlichen Abstand zu thematisieren. Ferner agieren solche Veranstaltungen als Plattform zum Erfahrungsaustausch und zur Identifizierung von Erfolgen und Optimierungsbedarfen (vgl. Karg, 2006, 90). Petermandl (2009) schreibt in der Betrachtung des Lerntransfers und der beeinflussenden Faktoren innerhalb der Erwachsenen-/Weiterbildung der Nachbereitung, Begleitung, Hilfestellung und den Follow-up-Veranstaltungen in dem theoretischen Diskurs eine Bedeutung als lerntransferförderlichen Bedingungen zu (vgl. Petermandl, 2009, 5). Damit einhergehend beschreiben mehrere Autor\*innen aus divergenten Disziplinen die Nachbetreuung in verschiedenen Formaten (Follow-up, Lernpartnerschaften, Coaching und Unterstützungsgruppen) als transferfördernde Maßnahme (vgl. z.B. Pawlowsky & Bäumer, 1996, 153; Rank & Thiemann, 1998, 49; Grossmann & Salas, 2011, 114; Tonhäuser, 2017, 15).

### 4.6.2.2 Arbeitsplatzspezifische Themen

Die Ausgestaltung einer Weiterbildung kann unter dem Blickwinkel der arbeitsplatzbezogenen Themen die Relevanz der Inhalte und die Vorbereitung auf das Zurückkehren an den Arbeitsplatz berücksichtigen. Dies bedeutet, dass die Themen, die in Weiterbildungen gelehrt werden, auch passgenau zu der Arbeitsplatzumgebung sind. Wird dies bereits während der Weiterbildung berücksichtigt, kann die Transferorientierung unterstützt und die spätere Anwendung und Umsetzung erleichtert werden (vgl. Sandmeier, 2018, 52). Im Speziellen können hierbei ein Bezug zum Arbeitsalltag und die Vorbereitung auf den Umgang mit Problemen als Aspekte der Transferförderung angesehen werden.

## Bezug zum Arbeitsalltag

Der Bezug zu lern- und transfertheoretischen Aspekten erhält in dieser Arbeit ebenfalls eine Berücksichtigung, hierbei wird insbesondere die klassische Transfertheorie betrachtet. Die Theorie der identischen Elemente wird 1901 von Woodworth & Thorndike begründet und gilt seither als eine der Transfertheorien (vgl. Weinbauer-Heidel, 2016, 55). Auf dieses Werk stützen sich viele Autor\*innen, die transferförderliche Aspekte im Rahmen des Lerntransfers untersuchen (vgl. z. B. Baldwin & Ford, 1988, 66; Weinbauer-Heidel, 2016, 55; Bergmann & Sonntag, 2006, 361; Tonhäuser, 2016, 139 f.). In ihrem Experiment untersuchen Woodworth & Thorndike mentale Fähigkeiten, wie beispielsweise das Erkennen und Anmarkern von bestimmten Buchstaben und Buchstabengruppierungen. Hierbei werden die Zeit und die korrekt erkannten Buchstaben gemessen, zusätzlich wird ein Test vor und nach der Teilnahme am Experiment durchgeführt. Eine Gruppe übt mit zwei Buchstaben diesen Test und wird später in dem Abschlusstest erneut, jedoch mit einem anderen Text geprüft. Als zentrales Ergebnis stellen die Autoren heraus, dass die Probanden in der Übungsgruppe bessere Ergebnisse im Abschlusstest erzielen als die Vergleichsgruppe. Demnach kann der Trainingstransfer besser ausfallen, wenn der Stimulus der identischen Elemente im Trainingsdesign berücksichtigt wird (vgl. Woodworth & Thorndike, 1901). Um diesen Prozess zu fördern, sollten Elemente in das Training eingebaut werden, die auch im Arbeitsalltag vorherrschend sind. Grossmann & Salas (2011) leiten aus der Sichtung der aktuellen Lerntransferliteratur aus der psychologischen Sichtweise praktische Empfehlungen und Implikationen für die Praxis ab. Hierbei erhält die Ähnlichkeit der Weiterbildung und der Arbeitsplatzumgebung eine besondere Bedeutung. Je ähnlicher Weiterbildungsinhalte und -aufgaben an der Arbeitsrealität konzipiert sind, desto eher begünstigen sie einen positiven Lerntransfer (vgl. Grossmann & Salas, 2011, 107). Auch in weiteren Übersichtsarbeiten und Metaanalysen wird die Wichtigkeit die Ähnlichkeit von Arbeitsplatz, Inhalten und Aufgaben während der Weiterbildung als transferförderlich herausgearbeitet (z. B. Sandmeier, 2018, 46; Faulstich & Zeuner, 2008, 79; Rank & Wakenhut, 1998, 21). Pawlowsky & Bäumer (1996, 154) zeigen in diesem Zusammenhang im Kontext des Personalmanagements auf, dass 13% der befragten Unternehmen angaben, dass Transferprobleme aufgrund der fehlenden Relevanz der Inhalte für die eigene Praxis vorhanden waren und somit eine Umsetzung des Erlernten erschwert wird (vgl. Pawlowsky & Bäumer, 1996, 154). Einig sind sich die Autor\*innen verschiedener Disziplinen bei der Relevanz der Weiterbildungsinhalte. Wenn die Inhalte des Kurses für die Praxis relevant erscheinen, so sind die Voraussetzungen für optimales Lernen und Lerntransfer gegeben (vgl. z. B. Tonhäuser & Büker, 2016, 149; Rank & Wakenhut, 1998, 21; Siebert, 2004, 72). Dies geschieht bestenfalls mit Beispielen aus dem Arbeitsalltag der teilnehmenden Personen und praxisorientierten Aufgaben, die nachgewiesenermaßen einen signifikanten positiven Einfluss auf den Lerntransfer zeigen (vgl. Tonhäuser & Büker, 2016,

139). In der qualitativen Studie von Tonhäuser (2017, 14) erläutert die Autorin die Dimension „Orientierung am Arbeitsumfeld“ als einen besonders hohen Praxisbezug einer Weiterbildungsmaßnahme. Als transferförderlich werden demnach ein Anwendungsbezug und die Anschlussfähigkeit der Inhalte betrachtet.

### Vorbereitung auf den Umgang mit Herausforderungen

In einigen Metaanalysen der Lerntransferliteratur wird die Vorbereitung auf den Umgang mit Herausforderungen als transferförderlicher Aspekt deklariert (vgl. z. B. Grossmann & Salas, 2011, 107; Tonhäuser & Büker, 2016, 150; Burke & Hutchins, 2007, 277). Innerhalb der Erwachsenen-/Weiterbildung und der Berufspädagogik wird betont, dass die teilnehmenden Personen bereits in der Weiterbildung auf Herausforderungen und den Umgang mit diesen hingewiesen werden und potentielle Widerstände identifizieren sollen. Dies kann den Transfer unterstützen und potentielle negative Folgen aufzeigen, zugleich auch Lösungsstrategien durch die Beschäftigung in der Weiterbildung bereitstellen (vgl. z. B. Petermandl, 2009, 5; Tonhäuser & Büker, 2016, 150). Pawlowsky & Bäumer weisen in ihrer Arbeit aus dem Personalmanagement auf die Haupttransferbarrieren der betrieblichen Weiterbildung hin. Hierbei beziehen sich die Autor\*innen auf die Ergebnisse eines DFG-Projektes, bei dem 109 Unternehmen zu den Transferbarrieren der betrieblichen Weiterbildung befragt werden. 24% der befragten Unternehmen geben eine ungenügende Vorbereitung auf den Arbeitsplatz als transferhemmenden Faktor an (vgl. Pawlowsky & Bäumer, 1996, 154).

*Tabelle 2: Übersicht über die Ausgestaltung von Weiterbildungen des theoretischen Rahmenmodells*

<b>Ausgestaltung von Weiterbildungen</b>
<b>Didaktisches Handeln</b>
- Formulieren von Lernzielen
- Auswahl der Methodik
- Möglichkeit des Übens
- Erhalt von Feedback
- Nachbetreuung
<b>Arbeitsplatzspezifische Themen</b>
- Bezug zum Arbeitsalltag
- Vorbereitung auf den Umgang mit Herausforderungen

Somit kann für diese Studie der Tabelle 2 eine Übersicht über die Aspekte der Ausgestaltung von Weiterbildungen entnommen werden. Diese ausgearbeiteten Einflussfaktoren erhalten im theoretischen Rahmenmodell eine Berücksichtigung und können zur Bearbeitung der Forschungsfrage dienlich sein (siehe Kapitel 4.7).

### 4.6.3 Organisationale Lernkultur

Der aus dem Lerntransferdiskurs stammende Begriff der Arbeitsplatzumgebung wird in dieser Arbeit durch das Konstrukt der Organisation ersetzt. Das Krankenhaus als Organisation stellt ein spezifischeres Konstrukt dar, welches zur Bearbeitung der Forschungsfrage verhelfen kann (siehe unten). Durch diese Annahmen kann der globale Begriff der Arbeitsplatzumgebung durch eine konkrete Organisationsform differenziert werden. Die darauf basierende organisationale Lernkultur umfasst weitaus mehr als Gegebenheiten und Unterstützungsmerkmale aus dem Arbeitsplatz. Zur Definition der organisationalen Lernkultur, als Kurzform für die Begrifflichkeit der Lehr-Lern-Kultur, wird für diese Arbeit an den erwachsenenpädagogischen Diskurs angeschlossen und Lernkulturen als Deutungen, Normen, Werte, Rituale, Praktiken und atmosphärische Konstellationen einer Organisation verstanden (vgl. Fleige & Robak, 2019, 92). Dabei sollen Entwicklungen unter dem Aspekt des Lehrens und Lernens sowie der Organisationsentwicklungen im Fokus stehen. Insbesondere Interaktionsmöglichkeiten zur Realisierung von Lernprozessen, die Mitwirkung von Organisationsmitgliedern und die Einflussnahme von Rahmenbedingungen sind als zentrale Aspekte zu benennen (vgl. Fleige & Robak, 2018, 624 f.).

Lernkulturen umfassen aus (wirtschafts)pädagogischer Sichtweise darüber hinaus geteilte Grundüberzeugungen und Muster in Bezug auf die Organisation und den Arbeitsplatz; impliziert sind hierbei Werte, Normen, Erwartungen und Wahrnehmungen der Mitglieder (vgl. Piezzi, 2002, 140 f.). Die ganzheitliche Betrachtung aller Aspekte des Lernens mit allen Kontextbezügen zeichnet die Lernkultur aus, die sowohl von gesellschaftlichen als auch von institutionellen Dimensionen geprägt wird (vgl. Schüßler & Thurnes, 2005, 14). Ferner kann die Lernkultur im Kontext der Erwachsenen-/Weiterbildung als Gesamtheit der Lern- und Entwicklungspotentiale auf kollegialer und organisationaler Ebene definiert werden (vgl. Schüßler, 2007, 101). Durch die Anwendung der Erkenntnisse der Organisationspsychologie auf das Feld der Erwachsenen-/Weiterbildung können neue Einsichten in die Lernkultur innerhalb von (Weiterbildungs)organisationen gewonnen werden (z. B. Kil, 2002). So arbeitet Kil (2002) unter anderem heraus, dass die Existenz einer Lernkultur kaum über Strukturen von außen zu erkennen ist, sondern vielmehr durch Einstellungen und Lernprozesse innerhalb der Organisation definiert wird (vgl. Kil, 2002, 129).

Für die Organisation Krankenhaus muss an dieser Stelle noch auf einige Besonderheiten dieser Organisationsform eingegangen werden. Neben einer sehr vertikal-formellen Autoritätshierarchie (vgl. Wilkesmann, 2017a, 612), einem traditionellen Professionsverständnis (vgl. Iseringhausen & Staender, 2012, 185) und der Pluralität der Aufgabenanforderungen (siehe Kapitel 1 & 2) kann das Krankenhaus innerhalb der Gesundheits-/Medizinsoziologie als spezielle Organisation definiert werden. Für diese Arbeit ist darüber hinaus relevant, dass das „lernende Krankenhaus“ (vgl. Pfaff, 1997, 325) bereits



seit einigen Jahren im Forschungsinteresse, insbesondere der Soziologie, steht. Die lernende Organisation kann vor allem durch die sich ändernden Rahmenbedingungen und ihre Anpassung an die Umwelt charakterisiert werden (vgl. Pfaff, 1997, 325 ff.). Da die organisationale Lernkultur von dieser speziellen Organisation Krankenhaus herrührt, ist die oben beschriebene ganzheitliche Betrachtung im Diskurs um Lernkulturen unabdingbar und zum besseren Verständnis dieser speziellen Organisation notwendig.

Die organisationale Lernkultur wird in dieser Arbeit in drei Aspekte untergliedert: die Rahmenbedingungen (4.6.3.1), das Transferklima (4.6.3.2) sowie die Unterstützung der Umgebung (4.6.3.3); diese Aspekte werden somit als beeinflussende Faktoren und Teile der organisationalen Lernkultur berücksichtigt. Die organisationale Lernkultur beinhaltet jene Aspekte, die auf organisationaler Ebene relevant für das Lernen und den Transfer sein können.

#### 4.6.3.1 Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen, als Teil der organisationalen Lernkultur, können alle Gegebenheiten und Bedingungen der Organisation einschließen, die einen Einfluss auf die Teilnehmenden ausüben können. In dieser Arbeit erhalten die Teilnehmenden die Möglichkeit und Gelegenheit, neues Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten auszuprobieren, im Kontext der Rahmenbedingungen eine Berücksichtigung. Die Möglichkeit wird durch die Ressourcen bestimmt, beispielsweise dadurch, welche Bedingungen, Mittel und Personen in der Organisation vorhanden sind, um die Teilnehmenden zu unterstützen. Die Gelegenheit wird hingegen als Moment, Augenblick und Freiraum betrachtet und fokussiert den zeitlichen Aspekt der organisationalen Rahmenbedingungen.

##### Möglichkeit

Für die Erwachsenen-/Weiterbildung arbeiten Faulstich & Zeuner (2008) im Kontext einer handlungsorientierten Einführung in die Theorie, die Didaktik und die Adressat\*innen der Erwachsenen-/Weiterbildung unter anderem mögliche Transferprobleme beim Lernen und Anwenden von neuem Wissen auf. Faulstich & Zeuner (2008, 78) führen aus, dass Zeitstress durch Termine und Alltagsroutinen als Lernwiderstände bzw. Transferbarrieren bei der Umsetzung des Gelernten fungieren können. Im Kontext der Organisationsentwicklung kann Clarke (2002) die Arbeitsbelastung als zentrale Transferbarriere empirisch herausstellen. Clarke führt eine Mixed-Methods-Studie mit Sozialarbeiter\*innen durch, die an einer freiwilligen Weiterbildung zur Gefährdungsbeurteilung im sozialen Dienst teilnehmen. Die Teilnehmenden werden vor dem Training, direkt danach wie auch fünf Monate nach dem Training schriftlich befragt und darüber hinaus wird nach sechs Monaten ein semistrukturiertes Interview durchgeführt. Das Interview dient vor allem dazu, Faktoren zu identifizieren, die den Transfer hemmen können (vgl. Clarke, 2002, 151). Ein zentrales Ergebnis der qualitativen

Interviewdaten ist die Erkenntnis, dass die Sozialarbeiter\*innen das neue Wissen aufgrund von hoher Arbeitsbelastung und Zeitstress eher weniger im Arbeitsalltag anwenden können (vgl. Clarke, 2002, 153). Zudem identifiziert der Autor einen signifikanten Zusammenhang zwischen Zeitdruck, Arbeitsbelastung und Lerntransfer. Die teilnehmenden Personen empfinden beide Aspekte als bedeutenden Einflussfaktor für die Umsetzung des Gelernten am Arbeitsplatz (vgl. Clarke, 2002, 156 f.). In der zusammenfassenden Betrachtung von von Hippel und Kolleg\*innen (2018, 1140) zu Weiterbildungsbarrieren können, neben mangelnden finanziellen Ressourcen, familiäre und berufliche Verpflichtungen als eine mögliche Barriere bei der Weiterbildungsteilnahme herausgearbeitet werden.

## Gelegenheit

Bereits in dem Transfermodell von Baldwin & Ford (1988, 65) erhält die Gelegenheit, Erlerntes aus den Trainings am Arbeitsplatz umzusetzen, eine große Bedeutung. In der qualitativen Studie von Tonhäuser (2017), im Kontext der Berufspädagogik, analysiert die Autorin vier Dimensionen der organisationalen transferfördernden Aspekte des Lerntransfers. Ein Faktor ist demnach die Gelegenheit, Gelerntes am Arbeitsplatz umzusetzen. Eine positive Lernkultur kann sich durch die organisationale Unterstützung auszeichnen, die Freiräume schafft, um Neues auszuprobieren. Weitergehend beschäftigen sich Autor\*innen aus der Berufspädagogik (vgl. z. B. Tonhäuser & Büker, 2016, 137 f.; Sandmeier, 2018, 47 & 52), der Psychologie (z. B. Grossmann & Salas, 2010, 112) und der Erwachsenen-/Weiterbildung (vgl. z. B. Schüßler, 2007, 123; Faulstich & Zeuner, 2008, 79) mit den Bedingungen am Arbeitsplatz nach der Teilnahme an einer Weiterbildung. Die Gelegenheit des Ausprobierens von neu Erlerntem wird ebenfalls von den oben aufgeführten Autor\*innen, in verschiedenen Kontexten und disziplinären Verortungen, als ein möglicher Einflussfaktor des Lerntransfers herausgestellt.

In diesem Zusammenhang betonen Eid & Quinn (2017) für die medizinische Ausbildungsforschung wie auch Tonhäuser (2017) für die Berufspädagogik in ihren qualitativen Interviewstudien die Zeit als einen bedeutenden Faktor für Lerntransfer (vgl. Eid & Quinn, 2017, 22; Tonhäuser, 2017, 15). Ausreichende bzw. fehlende Zeit zum Ausprobieren und Umsetzen greifen mehrere Autor\*innen in ihren Arbeiten als transferbeeinflussendes Element auf (vgl. z. B. Holton, 2005, 45; Faulstich & Grell, 2004, 115; Hochholding et al., 2008a, 46 f.). Pawlowsky & Bäumer (1996) benennen, basierend auf Daten des DFG-Projektes „Betriebliche Weiterbildungsstrategien und Organisationales Lernen“, die fehlende Zeit als eine Hauptbarriere beim Transfer; 57% der befragten weiterbildungsaktiven Organisationen geben unzureichende Zeit als ein Hindernis bei der Umsetzung von neuem Wissen am Arbeitsplatz an (vgl. Pawlowsky & Bäumer, 1996, 154). Im Kontext der

Weiterbildungsteilnahme können die zeitliche Belastung und Zeitmangel als potentielle Barrieren in der Weiterbildung herausgestellt werden (vgl. von Hippel et al., 2018, 1140).

#### 4.6.3.2 Transferklima

Das Transferklima wird als eine Atmosphäre und Stimmung definiert, die den Transfer von Gelerntem unabhängig von den Inhalten und der Gestaltung einer Weiterbildung beschreiben. Darüber hinaus können, durch den Grad der Offenheit der Organisation für Veränderungen und den Beitrag zur Transferförderung, Hinweise auf das Transferklima erfasst werden (vgl. Beuße & Hartz, 2021, 162). Innerhalb der (Arbeits- und Organisations)psychologie zeichnet sich ein positives Transferklima durch die organisationale Unterstützung aus, die lobend mit Verbesserungen umgeht (vgl. Grossmann & Salas, 2010, 112), einen adäquaten Umgang mit Lernen und Veränderung (vgl. Fromme-Ruthmann, 2013, 47) zulässt und Feedback gibt (vgl. Grossmann & Salas, 2010, 112; Tonhäuser & Büker, 2016, 137 ff.). Im Kontext dieser Arbeit wird auf einen Aspekt des Transferklimas eingegangen. So können die Einstellungen zu Lernen, Veränderungen und Weiterbildung innerhalb der Organisation ausgeführt werden.

#### Einstellungen zu Lernen, Veränderungen und Weiterbildung

Tonhäuser (2017, 17) hebt in ihrer qualitativen Interviewstudie im Kontext der Berufspädagogik hervor, dass eine positive Einstellung gegenüber Weiterbildungen und Veränderungen einen positiven Einfluss auf das Klima innerhalb der Organisation ausüben kann. Im Speziellen beschreibt die Autorin, dass ein Weiterbildungs- und Veränderungsklima eine Bedeutung im Transferprozess einnehmen kann. Schüßler & Thurnes (2005) beschäftigen sich normativ mit Lernkulturen im Bereich der Weiterbildung und betonen dabei den Stellenwert des Lernens sowie die Art und Weise des Lernens in Organisationen (vgl. Schüßler & Thurnes, 2005, 16). Da in dieser Arbeit Veränderungen in den Sicht- und Handlungsweisen der Teilnehmenden untersucht werden, kann das Transferklima, im Sinne der Einstellungen zu Lernen, Veränderungen und Weiterbildung, eine Bedeutung für die Bearbeitung der Forschungsfrage einnehmen.

#### 4.6.3.3 Unterstützung der Umgebung

Als Unterstützung der Umgebung werden die Kolleg\*innen und Vorgesetzten betrachtet und der Grad, in dem diese „die Anwendung des Gelernten durch Interesse, Ermutigung und Diskussion zur Anwendbarkeit des Gelernten unterstützen“ (Beuße & Hartz, 2021, 162). Die Unterstützungsmomente von Kolleg\*innen und Vorgesetzten können sich auf divergente Art und Weise äußern. Die Unterstützung, sowohl vonseiten des Kollegiums als auch von den

Vorgesetzten, stellt in der Berufspädagogik, der Psychologie und der Personalentwicklung den bedeutendsten Einflussfaktor der organisationalen Lernkultur auf Lerntransfer dar (vgl. z. B. Tonhäuser & Büker, 2016, 137; Grossmann & Salas, 2011, 113; Burke & Hutchins, 2007, 281). Im Kontext der Arbeits- und Organisationsentwicklung untersuchen Hochholding & Schaper (2008) die Bedeutung der Lernkultur und Transfermotivation mit Hilfe einer standardisierten Befragung von Teilnehmenden einer gewerblich-technischen Weiterbildung. Dabei werden als ein Aspekt einer förderlichen Lernkultur unter anderem die Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten der Teilnehmenden gefasst. Dies impliziert die Unterstützung und Hilfestellung bei Lernprozessen sowie die konkrete Transfersicherung (vgl. Hochholding & Schaper, 2008, 85). Im Kontext der Wirtschaftspsychologie wird von Rank & Thiemann (1998, 52) von einem transferförderlichen Organisationsklima als Maßnahme zur Sicherung des Praxistransfers gesprochen. Im Rahmen der Aufstellung des integrativen Bedingungsmodells systematisieren die Autor\*innen Studienergebnisse und klassifizieren diese anhand der Modellkomponenten (ausführlich dazu siehe Rank & Thiemann, 1998). Maßnahmen für ein transferförderliches Klima zeichnen sich demnach durch Unterstützung der Teilnehmenden, die Einbeziehung der Vorgesetzten, Vor- und Nachbereitungsgespräche, Coaching, die Einbeziehung der Arbeitsgruppe und Lernpartnerschaften aus (vgl. Rank & Thiemann, 1998, 52 ff.). Im Folgenden wird die Unterstützung des Kollegiums und der Vorgesetzten im Kontext der Studien betrachtet und die Ergebnisse im Hinblick auf die Nützlichkeit zur Bearbeitung der Forschungsfrage bewertet.

## Kollegium

Einige (Meta)studien aus unterschiedlichen Fachdisziplinen (z. B. Berufspädagogik, Management, medizinische Ausbildungsforschung) zeigen auf, dass die Unterstützung von Kolleg\*innen ein (signifikantes) transferförderliches Element im Lerntransferprozess darstellen kann (vgl. z. B. Tonhäuser & Büker, 2016, 137; Blume et al., 2010, 1068 & 1079; Eid & Quinn, 2017, 22). Weitere Ausführungen, was darunter explizit zu verstehen ist und inwiefern sich die Unterstützung äußert, gibt es in den oben erwähnten Studien nicht. Auch Tonhäuser (2017, 16) beschreibt dieses Phänomen und merkt an, dass die inhaltlichen Dimensionen der Unterstützung der Kolleg\*innen ein Forschungsdesiderat darstellen. Mit ihrer qualitativen Interviewstudie, die mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet wird, kann die Autorin drei Faktoren der kollegialen Unterstützung herausarbeiten. Die Kommunikation in Form von Feedback und kollegialem Austausch, die Kooperation bei der Umsetzung von Neuem sowie die Absicht, durch Multiplikatoren weitere Kolleg\*innen zu schulen, stellen zentrale Ergebnisse der Studie dar (vgl. Tonhäuser, 2017, 16). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Karg (2006) mit ihrer empirischen Mixed-Methods-Studie innerhalb der

betrieblichen Weiterbildung in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik (siehe oben). Die Autorin betont, dass ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen dem Feedback von Kolleg\*innen und dem Grad der Umsetzung und Anwendung des Erlernten besteht. Karg stellt heraus, dass ein gutes Klima innerhalb des Teams einen hochsignifikanten Einfluss auf den Lerntransfer ausüben kann (vgl. Karg, 2006, 158 ff.). Für die Erwachsenen-/Weiterbildung formulieren Faulstich & Zeuner (2008) im Rahmen einer Einführung in die Erwachsenenbildung (siehe oben) einige Transferprinzipien, die den Lerntransfer unterstützen können. Um den Transferprozess auf organisationaler Ebene zu unterstützen, können Arbeitsgruppen und -kolleg\*innen in Veränderungen und neue Ideen eingebunden werden, da es sonst zu Transferproblemen (z. B. fehlender Akzeptanz) kommen kann (vgl. Faulstich & Zeuner, 2008, 78).

## Vorgesetzte

Die Arbeitsgruppe um Blume (2010, 1079) kann in ihrer Metaanalyse feststellen, dass die Unterstützung der Vorgesetzten einen stärkeren Zusammenhang mit dem Trainingstransfer aufweist als die Unterstützung der Kolleg\*innen. Weitere empirische Studien aus der Berufspädagogik, der medizinischen Ausbildungsforschung und den Sozialwissenschaften können einen Einfluss der Vorgesetzten auf den Lerntransfer bestätigen (vgl. z. B. Sandmeier, 2018, 51; Tonhäuser & Büker, 2016, 137; Eid & Quinn, 2017, 22; Weinbauer-Heidel, 2016, 123). Auch hier geben die Forschungsergebnisse der Autor\*innen wenig Aufschluss über die inhaltlichen Dimensionen der Unterstützung der Vorgesetzten. Daran anknüpfend arbeitet Tonhäuser (2017) für die Betriebspädagogik in ihrer Interviewstudie fünf Faktoren der Unterstützung heraus. Die Autorin hebt hervor, dass das Feedback, die Bereitstellung von finanziellen und zeitlichen Ressourcen, die Unterstützung bei Veränderungen, der Umgang mit Fehlern seitens der Vorgesetzten wie auch Transforgespräche einen Einfluss auf den Lerntransfer ausüben können (vgl. Tonhäuser, 2017, 16). Die Autorin betont überdies, dass im Rahmen der Personalführung das Führungsverständnis von Vorgesetzten einen bedeutenden Einfluss auf den Lerntransfer einnehmen kann. Ein positives Verständnis und eine positive Einstellung der Vorgesetzten gegenüber der Personalentwicklung wirken sich demnach positiv auf den Lerntransfer aus (vgl. Tonhäuser, 2017, 17).

In einem Teil der empirischen Studie von Weinbauer-Heidel (2016), die im Kontext der Sozialwissenschaften durchgeführt wird, untersucht die Autorin Transferpraktiken in Österreich im Rahmen einer Onlineumfrage von Personalleiter\*innen und Personalentwickler\*innen österreichischer Unternehmen. Basierend auf einem Literaturreview wird der Fragebogen anhand des aktuellen Forschungsstandes zum Lerntransfer entwickelt.

Als zentrale Ergebnisse im Rahmen der Erstellung des Fragebogens kann die Unterstützung der Vorgesetzten als das Interesse, die Wertschätzung, das Bemühen, Anwendungsmöglichkeiten zu schaffen, sowie das Bereitstellen von Ressourcen (z. B. Budget, Zuständigkeiten oder Material) gekennzeichnet werden und als transferförderlich wirken (vgl. Weinbauer-Heidel, 2016, 127).

Die erläuterten Merkmale sind in Abbildung 8 grafisch in das theoretische Rahmenmodell dieser Arbeit eingebettet und dienen als Referenzrahmen der Studie. Da in dem theoretischen Rahmenmodell nur einige Aspekte visualisiert werden können, kann Tabelle 3 eine Übersicht über die Ergebnisse der organisationalen Lernkultur des theoretischen Rahmenmodells entnommen werden.

*Tabelle 3: Übersicht über die organisationale Lernkultur des theoretischen Rahmenmodells*

<b>Organisationale Lernkultur</b>	
<b>Rahmenbedingungen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Möglichkeit</li><li>- Gelegenheit</li></ul>
<b>Transferklima</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Einstellungen zu Lernen, Veränderungen und Weiterbildung</li></ul>
<b>Unterstützung der Umgebung</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kollegium</li><li>- Vorgesetzte</li></ul>

#### 4.7 Implikationen für diese Arbeit & Erarbeitung eines theoretischen Rahmenmodells

Um die Frage zu bearbeiten, wie sich Lerntransfer in der Medizindidaktik gestaltet und welche Aspekte den Lerntransfer beeinflussen können, wird basierend auf der Literaturanalyse ein theoretisches Rahmenmodell für diese Studie erarbeitet. Auf der Grundlage der bisherigen Ausführungen werden in dem theoretischen Rahmenmodell die Erkenntnisse der vorausgegangenen Kapitel zum Lerntransfer (3) mit den ausgeführten möglichen Einflussfaktoren (4.6), der Transferforschung (4) sowie bereits bestehenden Transfermodellen (4.5) und den Besonderheiten des Medizinstudiums, der ärztlichen Berufspraxis und der Medizindidaktik (2) als Untersuchungskontext erläutert.

Das theoretische Rahmenmodell fasst grundlegende Befunde aus der Theorie zusammen und stellt Zusammenhänge grafisch veranschaulicht dar. Hierbei wird eine Reduktion der Komplexität vorgenommen, wobei auf eine detaillierte Darstellung der Befunde verzichtet wird (ausführlich siehe Kapitel 4.6). Während der Planung und Durchführung dieser Studie dient

das theoretische Rahmenmodell als Orientierung für die Konzeption der Leitfäden. Für die Datenanalyse kann das theoretische Rahmenmodell als Basis dienen und wird anhand von Ergebnissen aus der Studie verworfen, modifiziert oder ergänzt. Ziel ist es, ein empirisches Rahmenmodell spezifisch für die Medizindidaktik zu entwerfen, da das theoretische Rahmenmodell auf disziplinübergreifenden Studien und Annahmen basiert.

In Bezug zu den vorgestellten Transfermodellen kann geschlussfolgert werden, dass die Systematisierung in die drei Bereiche der Teilnehmenden, der Ausgestaltung von Weiterbildungen und der organisationalen Lernkultur (siehe Abbildung 4) auch für berufsbezogene Weiterbildungen im Kontext der Hochschuldidaktik, im Sinne der medizindidaktischen Qualifizierung, sinnvoll erscheint und sowohl in der Erwachsenen-/ Weiterbildung als auch in anderen Disziplinen Verwendung findet (vgl. Beuße & Hartz, 2021, 158). Wie in Abbildung 4 visualisiert, wird diese Differenzierung im Folgenden aufgegriffen und die identifizierten Einflussfaktoren zur Bearbeitung der Forschungsfrage in einem theoretischen Rahmenmodell aufgearbeitet. Als Orientierung kann das integrative Bedingungsmodell von Rank & Wakenhut eine Grundlage für die vorliegende Arbeit liefern. Die wechselseitige Bedingung der verschiedenen Aspekte des Modells entspricht eher dem Forschungsvorhaben als die Einseitigkeit der Einflussnahme bei dem Transfermodell von Baldwin & Ford. Ferner können bei der Betrachtung von Lernen aus einer erwachsenenpädagogischen Perspektive, unabhängig von der lerntheoretischen Ausrichtung, Lernhandlungen in einem Gesamtzusammenhang zwischen individueller Verfasstheit und bildungstheoretischem und strukturellem Kontext betrachtet werden (vgl. Mikula, 2009, 5). Demnach kann Lernen nicht isoliert betrachtet werden, sondern bedarf einer Betrachtung der wechselseitigen Beeinflussung im Lernprozess (ausführlich zum Lernen im Erwachsenenalter siehe Kapitel 5). Insgesamt können beide Modelle helfen, das theoretische Rahmenmodell systematisch zu gliedern, und sind daher anschlussfähig für den Lerntransferdiskurs. Es werden alle zentralen Elemente aus den zuvor beschriebenen Transfermodellen übernommen, jedoch hinsichtlich ihrer Relevanz für die Bearbeitung der Forschungsfrage neu strukturiert. So stellen die Teilnehmenden das Zentrum des Modells dar, wohingegen die Ausgestaltung von Weiterbildungen und die organisationale Lernkultur einen Einfluss auf die Teilnehmenden ausüben können. Von den Input-, Output- und Outcomevariablen, die bei dem Transfermodell von Baldwin & Ford verwendet werden, erfolgt eine bewusste Distanzierung, da Lernprozesse aus erwachsenenpädagogischer Sichtweise einem komplexeren Prozess unterliegen und nicht wie ein automatisierter Vorgang ablaufen (siehe Kapitel 5). In diesem theoretischen Rahmenmodell finden nur Aspekte Berücksichtigung, die für die vorliegende Arbeit als relevant gelten und im Rahmen dieser Arbeit erhoben werden können. Es gibt, wie in Kapitel 4 ausgeführt, viele Studien und Befunde aus der Praxis, die in je spezifischen Kontexten den Lerntransfer untersucht haben. Innerhalb der Transferforschung sind vor allem

Befunde aus dem Personalmanagement, der Arbeits- und Organisationsentwicklung, der Personalpsychologie und der Berufspädagogik überrepräsentiert, wohingegen nur wenig Erkenntnisse spezifisch im Kontext der Erwachsenen-/Weiterbildung vorhanden sind. Daher wird das theoretische Rahmenmodell vor dem Hintergrund der Erwachsenen-/Weiterbildung und Medizindidaktik durch Annahmen und Erkenntnisse zum interdisziplinären Lerntransferdiskurs erarbeitet.

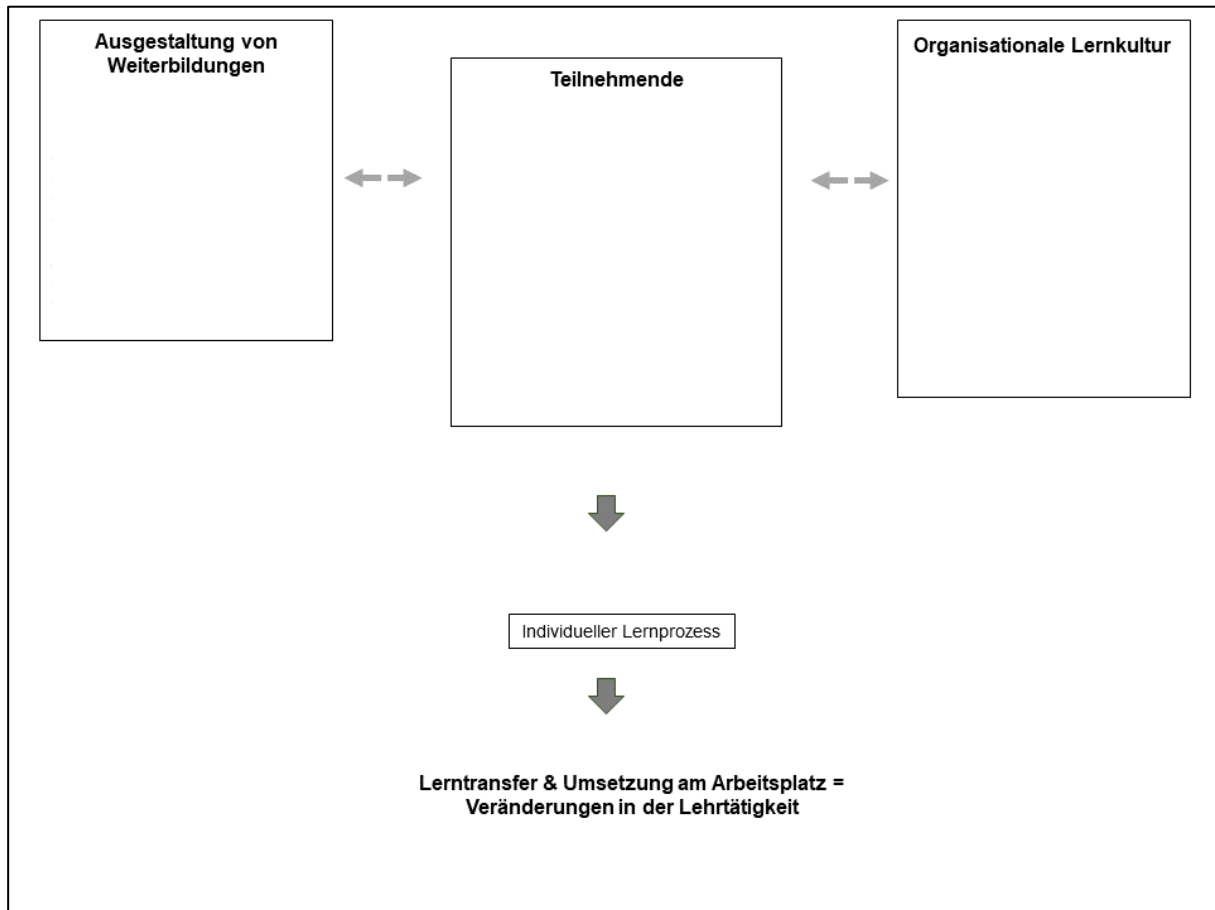


Abbildung 4: Modellkomponenten des theoretischen Rahmenmodells (eigene Darstellung)

Für die vorliegende Studie wurden jene Aspekte der Literaturrecherche, des Untersuchungskontextes und der theoretischen Grundlagen in das theoretische Rahmenmodell aufgenommen, die hilfreich zur Bearbeitung der Forschungsfrage erscheinen und im Rahmen dieser Arbeit erhoben werden können. Für diesen Entscheidungsprozess waren das geplante Forschungsdesign sowie die Machbarkeit und Umsetzbarkeit der Studie von Bedeutung. Daher liegt der Schwerpunkt dieser Arbeit auf jenen Merkmalen, die durch Interviews thematisiert werden können und einen Beitrag zur Bearbeitung der Forschungsfrage liefern können. Das in diesem Kapitel zu erarbeitende theoretische Rahmenmodell basiert auf den Befunden und Erkenntnissen der bisherigen Arbeit. Es wird davon ausgegangen, dass durch die Teilnahme an einer Weiterbildung ein Anstoß zum Lerntransfer gegeben wird, in dem Sinne, dass die Anwendung von Neuem eine mögliche



Wirkung der Weiterbildung darstellt und weitere, nicht intendierte Wirkungen möglich sind. Ferner wird davon ausgegangen, dass Lerntransfer als Anstoß zum Weiterlernen und Fortführen eines Lernprozesses fungieren kann (vgl. Kapitel 3.3). Um in dem theoretischen Rahmenmodell den Lerntransfer und die Umsetzung am Arbeitsplatz und damit einhergehend die Veränderungen in der Lehrtätigkeit zu veranschaulichen, wird von einem individuellen Lernprozess der Teilnehmenden ausgegangen, der den Lerntransfer anregen kann. Daher wird in Abbildung 4 ein individueller Lernprozess vor dem Lerntransfer eingefügt. In Kapitel 5 folgt eine weitergehende Beschäftigung mit dem Lernen Erwachsener und den lerntheoretischen Perspektiven auf Lerntransfer, wobei der individuelle Lernprozess weiter ausdifferenziert wird. Um die Modellkomponenten aufzuarbeiten, wird vorerst mit dem individuellen Lernprozess das theoretische Modell sukzessive erweitert.

Bevor auf die inhaltliche Ausgestaltung des theoretischen Rahmenmodells eingegangen wird, kann darauf verwiesen werden, dass die Ausprägungen der einzelnen Modellkomponenten auf unterschiedlicher Detailtiefe und Abstraktionsebene basieren. Grund dafür ist die unterschiedliche Bearbeitung im Lerntransferdiskurs; während beispielsweise die Ausgestaltung von Weiterbildungen durch konkrete methodisch-didaktische Elemente ausgeführt wird, verbleibt die Unterstützung der Vorgesetzten und Kolleg\*innen häufig auf einer übergeordneten Ebene. Überdies wird versucht, die Komplexität des theoretischen Rahmenmodells auf eine grafische Darstellung zu reduzieren, wodurch teilweise nur die übergeordneten Dimensionen der Modellkomponenten visualisiert werden können.

Bei der Erarbeitung des theoretischen Rahmenmodells können bereits erste Befunde zur medizinischen Lehre und dem Universitätsklinikum als Organisation unter der organisationalen Lernkultur gefasst werden. Demnach können, wie in Tabelle 4 und Abbildung 5 dargestellt, die Aufgabenvielfalt von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung, die spezifischen Lehr-/Lernsettings wie auch die Studierenden als Teil der Organisation unter den Rahmenbedingungen in das theoretische Modell integriert werden.

*Tabelle 4: Übersicht über theoretische Vorannahmen zur organisationalen Lernkultur*

<b>Organisationale Lernkultur</b>	
<b>Rahmenbedingungen</b>	
-	Aufgabenvielfalt
-	Spezifische Lehr-/Lernsettings
-	Studierende als Teil der Organisation

Insbesondere die spezifischen Lehr-/Lernsettings, die auf praktischen Fertigkeiten und Lehr-/Lernsettings mit den Patient\*innen basieren sowie Ansätze einer beruflichen Sozialisation beinhalten können, werden in dem theoretischen Rahmenmodell berücksichtigt. In diesem Zusammenhang kann die Aufgabenvielfalt als eine weitere Rahmenbedingung betrachtet

werden, die die Lehre der Teilnehmenden beeinflussen kann. In diesem Kontext ist vor allem auf den Stellenwert der Lehre neben der Patient\*innenversorgung und Forschung hinzuweisen. Da in dieser Studie untersucht wird, wie sich Lerntransfer gestaltet und welche Aspekte diesen beeinflussen können, müssen als weiteres Spezifikum der Organisation Krankenhaus die Studierenden als Teil von dieser im theoretischen Rahmenmodell berücksichtigt werden. Da die organisationale Lernkultur unter anderem durch die Organisationsmitglieder gestaltet wird, bedarf es deren Integration, da die Studierenden zeitweise als ein Teil der Organisation angesehen werden können. Basierend auf den bisherigen Ausführungen werden die Studierenden als Teil der Organisation unter den Rahmenbedingungen der organisationalen Lernkultur gefasst. Die Studierenden als Teil der Organisation stellen eine Besonderheit dar, da sie zeitweise in die Patient\*innenversorgung involviert sind und je nach Erfahrung und Kenntnisstand bei ärztlichen Aufgaben unterstützen.

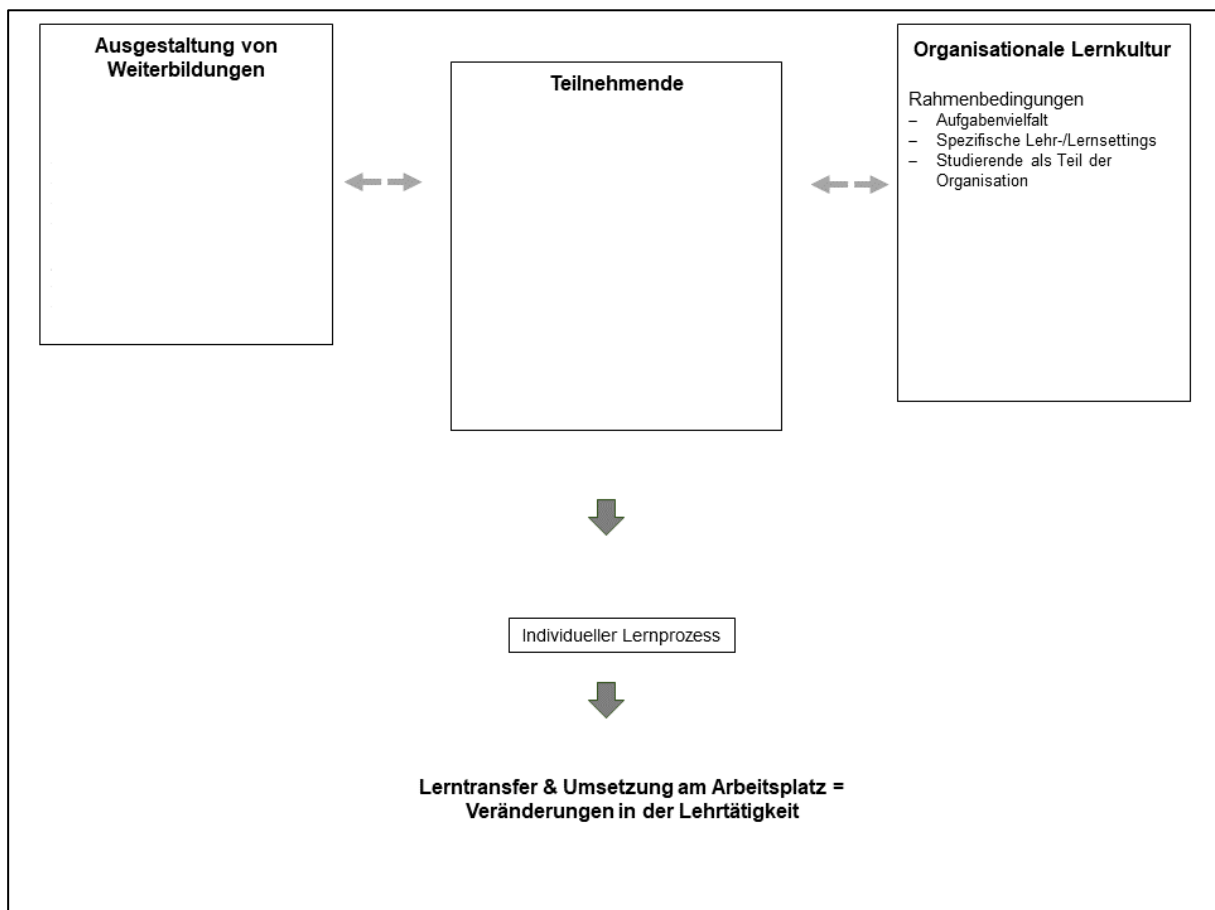


Abbildung 5: Erarbeitung des theoretischen Rahmenmodells des Lerntransfers (eigene Darstellung)

#### 4.7.1 Teilnehmende

Auf der Ebene der Teilnehmenden wurde bereits aufgezeigt, dass das Hauptaugenmerk der Transferforschung auf den Eigenschaften der Teilnehmenden, insbesondere der Motivation, liegt. Motivation wird von Zielen, Bedürfnissen, Werten, Handlungsanreizen und -

möglichkeiten bestimmt und verfolgt die Bereitschaft zum Handeln und einem zielgerichteten Verhalten. Die Motivation wird in dieser Arbeit differenziert in die Lern- und Teilnahmemotivation und die Transfermotivation. Unter der Lern- und Teilnahmemotivation subsumieren sich der Grad der Leistungsbereitschaft der Teilnehmenden für die Weiterbildung und der Wunsch und das Verlangen zum Erlernen der Weiterbildungsinhalte. Durch die Transferforschung kann herausgearbeitet werden, dass bei Teilnehmenden mit einer hohen Lern- und Teilnahmemotivation von einer größeren Verhaltensänderung und Leistungsverbesserung auszugehen ist. Insgesamt kann der Lern- und Teilnahmemotivation eine Bedeutung für den Lerntransfer zugesprochen werden. Innerhalb der Lern- und Teilnahmemotivation können verschiedene Teilnahme Gründe als Motive und Beweggründe für die Teilnahme an einer Weiterbildung agieren. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die Freiwilligkeit der Teilnahme, diese kann sich positiv auf den Lerntransfer auswirken. Im Kontext der Medizindidaktik ist zu beachten, dass die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung zum Zeitpunkt der Datenerhebung freiwillig war, jedoch eine baldige Verpflichtung im Rahmen der Habilitationsordnung bereits kommuniziert wurde. Daher ist die Lern- und Teilnahmemotivation sowohl vor dem Hintergrund des Lerntransferdiskurses als auch vor dem Hintergrund der Medizindidaktik und der Teilnahmebedingungen relevant für die Bearbeitung der Forschungsfrage und erhält somit eine Berücksichtigung im theoretischen Rahmenmodell (siehe Abbildung 6).

Überdies erhält die Transfermotivation, als Wunsch und Verlangen, neues Wissen und Fähigkeiten am Arbeitsplatz einzusetzen, eine Verankerung im theoretischen Rahmenmodell dieser Arbeit. Es kann aufgezeigt werden, dass die Bereitschaft, Veränderungen einzugehen und das erlernte Wissen einzusetzen, in einem Zusammenhang mit der Ausprägung der Transfermotivation stehen und somit den Lerntransfer positiv beeinflussen kann. Vor dem Hintergrund des Stellenwerts der Lehre neben der Krankenversorgung und Forschung erhält die Transfermotivation in der ärztlichen Berufspraxis eine Bedeutung für das theoretische Rahmenmodell dieser Arbeit (siehe Abbildung 6). Ihre Einbettung kann helfen aufzuklären, welche Aspekte den Lerntransfer beeinflussen und wie dieser sich in der Medizindidaktik gestaltet. Für die vorliegende Studie kann somit davon ausgegangen werden, dass die Transfermotivation eine zentrale Bedeutung im Lerntransferprozess einnehmen kann. Für die Teilnehmenden kann dies bedeuten, dass, wenn bereits vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung über eine ausgeprägte Lern- und Teilnahmemotivation verfügt wird, der Lerntransfer dadurch positiv unterstützt werden kann.

Das Engagement differenziert in das organisationale Engagement und das berufliche Engagement, die beide als Einflussfaktoren auf Lerntransfer fungieren können (siehe Abbildung 6). Unter dem organisationalen Engagement können die Identifikation und

persönliche Einbindung im Kontext der Organisation verstanden werden. Im Lerntransferdiskurs kann herausgestellt werden, dass Teilnehmende, die über ein ausgeprägtes organisationales Engagement verfügen, einen höheren Nutzen der Weiterbildung empfinden und engagierter an der Weiterbildung teilnehmen. Um zu untersuchen, wie sich Lerntransfer in der Medizindidaktik gestaltet, kann das organisationale Engagement einen potenziellen Einflussfaktor darstellen und erhält in dem theoretischen Rahmenmodell eine Berücksichtigung.

Das berufliche Engagement zeichnet sich durch die Identifikation mit der eigenen Arbeit aus, hierbei sind die berufliche Tätigkeit und der Berufsstand allgemein im Fokus. Im Lerntransferdiskurs kann aufgezeigt werden, dass Teilnehmende mit einem ausgeprägten beruflichen Engagement eher die Bereitschaft haben, Neues umzusetzen. Im Zusammenhang mit dem beruflichen Engagement stellt sich das Engagement für die eigene Karriere als förderlich für den Lerntransfer heraus. Im Kontext der Medizin erhält das berufliche Engagement eine besondere Bedeutung, da Ärzt\*innen als traditionelle Profession über definierte Aus- und Weiterbildungswege verfügen, die unter einem Statuszugewinn betrachtet werden können. Ferner kann herausgearbeitet werden, dass vor allem die Forschung und Patient\*innenversorgung für die Ärzt\*innen karrierewirksam erscheinen und Lehrenengagement eine untergeordnete Rolle einnimmt. Dies lässt vermuten, dass das berufliche Engagement ebenfalls eine Bedeutung für den Lerntransfer einnehmen kann; inwiefern sich diese Beeinflussung jedoch als positiv äußert, ist Teil der Bearbeitung der vorliegenden Forschungsfrage. Daher wird das berufliche Engagement als Teil des theoretischen Rahmenmodells verankert (siehe Abbildung 6).

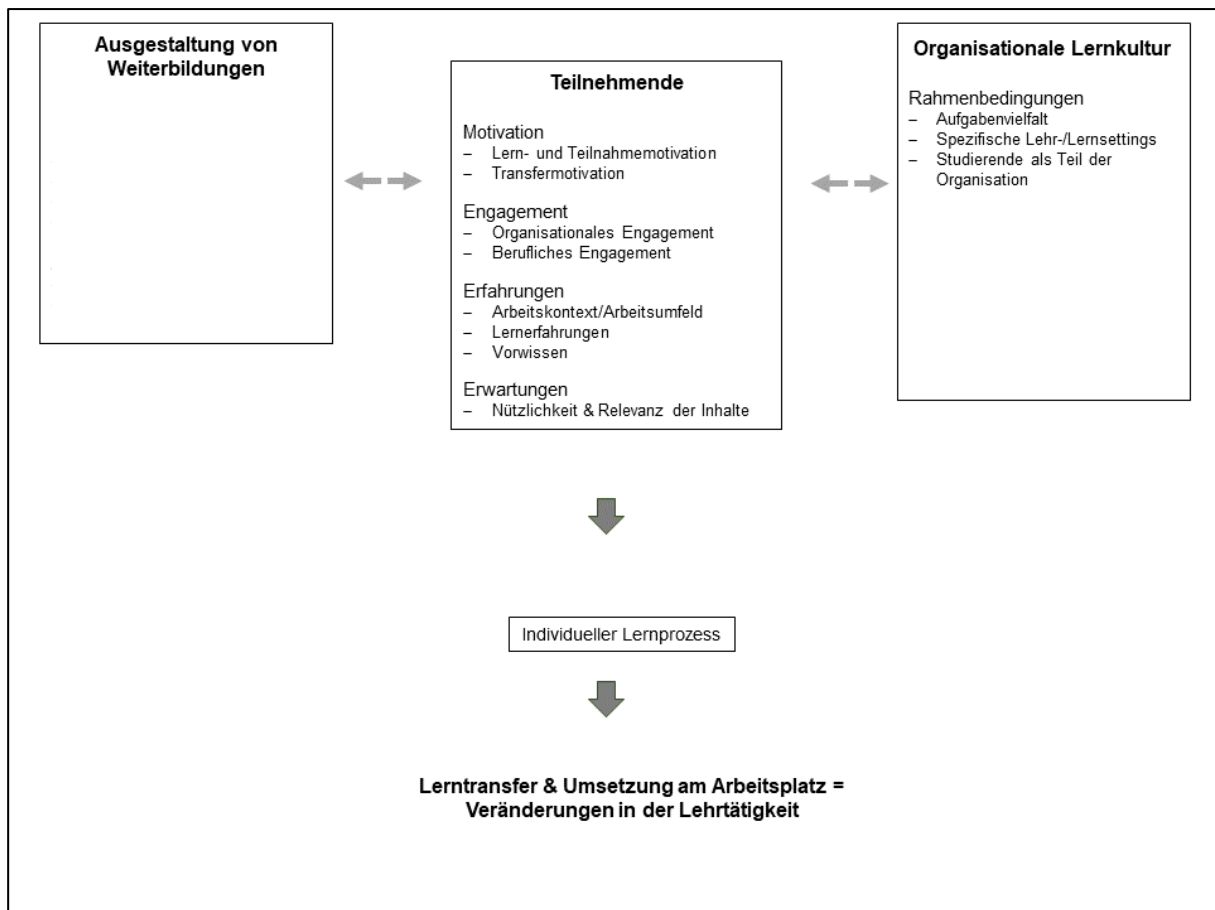


Abbildung 6: Erweiterung des theoretischen Rahmenmodells um die Perspektive der Teilnehmenden (eigene Darstellung)

Erfahrungen gelten in dieser Arbeit als Situationen, Konstellationen und Personen, die eine nachhaltige Wirkung hinterlassen können. Durch die subjektive Verarbeitung der Eindrücke können diese im Gedächtnis verbleiben und zu Interpretationen werden, die zukünftiges Handeln und zukünftige Situationen bestimmen können. Zu differenzieren sind die Arten der Erfahrungen; so erhalten Erfahrungen im Arbeitskontext/Arbeitsumfeld, Lernerfahrungen und Vorwissen als Erfahrungswissen bei der Erarbeitung des theoretischen Rahmenmodells eine Relevanz.

Die Erfahrungen im Arbeitskontext und Arbeitsumfeld sind geprägt von Personen, Konstellationen und Situationen, die im beruflichen Kontext einen Einfluss auf die Teilnehmenden ausgeübt haben. Im Lerntransferdiskurs können die Erfahrungen im Arbeitsumfeld als bedeutend für den Transferprozess bewertet werden, da sie Rückschlüsse auf mögliche Unterstützung liefern können. Demnach können die Erfahrungen im Arbeitskontext und Arbeitsumfeld zur Bearbeitung der Forschungsfrage beitragen, sodass sie in das theoretische Rahmenmodell integriert werden (siehe Abbildung 6).

Lernerfahrungen werden durch Situationen, Personen und Konstellationen erworben, die in der Vergangenheit in Lernkontexten (z. B. Schule, Ausbildung, Studium) relevant für die Teilnehmenden waren. Insbesondere im Kontext der Erwachsenen-/Weiterbildung wird davon

ausgegangen, dass Lernen und damit einhergehend Lerntransfer basierend auf früheren Lernerfahrungen ablaufen und somit zukünftiges Lernen beeinflussen können. Daher erhalten die Lernerfahrungen in dem theoretischen Rahmenmodell dieser Arbeit eine Berücksichtigung (siehe Abbildung 6).

Das Vorwissen als Wissen über die Inhalte von Weiterbildungen, bevor an diesen teilgenommen wird, stellt ein weiteres Element in dem theoretischen Rahmenmodell dar. Im Lerntransferdiskurs erhält das Vorwissen eine Bedeutung als Einflussfaktor auf Lerntransfer. Verfügen die Teilnehmenden über zu wenig oder zu viel Vorwissen, können die Inhalte und der Transfer zu anspruchsvoll oder zu trivial erscheinen. Im Kontext der Medizin und der unsystematischen Vorbereitung auf die Lehrtätigkeit der Ärzt\*innen kann das Vorwissen einen Stellenwert für den Transfer der Teilnehmenden einnehmen. Daher erfolgt eine Verankerung des Vorwissens, als Vorerfahrung, in dem theoretischen Rahmenmodell (siehe Abbildung 6).

Annahmen über Inhalte, Personal und Methoden sowie zu den Anforderungen und einem erfolgreichen Abschluss einer Weiterbildung beinhalten die Begriffsdefinition der Erwartungen in der Erwachsenen-/Weiterbildung. Im Lerntransferdiskurs können vor allem die Nützlichkeit und Relevanz der Inhalte als positive Einflussfaktoren auf Lerntransfer identifiziert werden. Werden die subjektive Nützlichkeit der Inhalte und die wahrgenommene Relevanz der Inhalte positiv bewertet, besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass Erlerntes in den Arbeitsalltag integriert wird. Auch innerhalb der Erwachsenen-/Weiterbildung wird der subjektive Nutzen als Erwartung über eine erfolgreiche Weiterbildungsteilnahme definiert und ihm ein Einfluss auf das Lernen zugesprochen. Zudem können Transferprobleme auftreten, wenn eine fehlende Einsicht bei der Anwendbarkeit der Lehrinhalte auftritt. Daraus lässt sich ableiten, dass die Erwartungen der Teilnehmenden in Bezug auf die Nützlichkeit und Relevanz der Inhalte eine Berücksichtigung in dem theoretischen Rahmenmodell erhalten (siehe Abbildung 6).

#### 4.7.2 Ausgestaltung von Weiterbildungen

Das didaktische Handeln und arbeitsplatzspezifische Themen erhalten im Kontext der Ausgestaltung von Weiterbildungen eine Berücksichtigung zur Bearbeitung der Forschungsfrage. Das didaktische Handeln bezieht sich auf die programmatische Ebene einer Weiterbildung und impliziert Modelle und Konzepte des Lehrens. Innerhalb der Transferforschung kann ein Einfluss der didaktischen Gestaltung einer Weiterbildungsveranstaltung auf den Lerntransfer herausgearbeitet werden. Bei der Ausgestaltung von Weiterbildungen sind vor allem der Einsatz von didaktischen Elementen und die Nutzung von arbeitsplatzspezifischen Themen als zentrale Dimensionen des theoretischen Rahmenmodells zu betrachten. Dabei erhalten unter anderem die Möglichkeiten

für Übungen, die Formulierung von Lernzielen und die Nutzung von Methoden als Einflussfaktoren eine Bedeutung im theoretischen Modell. Ferner kann durch Feedback und Nachbetreuung ein Einfluss auf die Teilnehmenden ausgeübt werden, der förderlich oder hinderlich für das eigene Lernen und den Lerntransfer sein kann. Die Ausrichtung einer Weiterbildung an arbeitsplatzspezifischen Themen, bei denen Beispiele aus dem Berufsalltag genutzt, Anwendungsbezüge hergestellt und Umgangsmöglichkeiten beim Auftreten von Schwierigkeiten und Problemen thematisiert werden, kann den Lerntransfer zusätzlich positiv unterstützen.

Die Lernzielformulierung beinhaltet die Verbalisierung von Zielen, welche am Ende einer Einheit / eines Kurses erreicht werden sollen. Die Formulierung von Lernzielen für Weiterbildungen kann den Teilnehmenden transparent die Ziele der Veranstaltung verdeutlichen. Im Lerntransferdiskurs kann das Formulieren von Lernzielen vor einer Weiterbildung als unterstützender Faktor von Lerntransfer angesehen werden. Herrscht hingegen Unklarheit über die Lernziele der Weiterbildung, kann sich dies hinderlich auf den Lerntransfer auswirken. Somit kann aus diesen Erkenntnissen geschlossen werden, dass die Formulierung von Lernzielen im Vorfeld einer Weiterbildung den Lerntransfer unterstützen kann. Für die Bearbeitung der Forschungsfrage wird das Formulieren von Lernzielen in das theoretische Rahmenmodell integriert (siehe Abbildung 7).

Die Methodik umfasst neben den Methoden, die im Lehr-/Lernprozess eingesetzt werden, unter anderem auch die Sozialform, die Zeiten und die Medien einer Veranstaltung. Bei der Methodik können die Teilnehmenden, die Rahmenbedingungen sowie die Ziele und Inhalte der Weiterbildung einen Einfluss auf die Auswahl der Methoden haben. Sowohl im Transferdiskurs als auch in der Erwachsenen-/Weiterbildung wird den Methoden eine transferunterstützende Wirkung im Lerntransferprozess zugesprochen. Insbesondere kann eine erwachsenengerechte methodische Gestaltung mit aktivierenden Methoden, Selbstartikulation, problemorientiertem Lernen und Variationen von Fallsituationen das Lernen und damit einhergehend den Lerntransfer unterstützen. Wie der Abbildung 7 zu entnehmen ist, erhält die Auswahl der Methodik eine Berücksichtigung in dem theoretischen Rahmenmodell dieser Arbeit.

Als Übung wird die Gelegenheit verstanden, praktische Erfahrungen in einer Tätigkeit zu sammeln und diese Handlung bei Bedarf zu wiederholen. Der Möglichkeit des Übens kann im Lerntransferdiskurs eine Bedeutung für den Lerntransfer zugesprochen werden. Das aktive Üben kann die Aneignung von Wissen verstärken und die Anwendung des Erlernten am Arbeitsplatz unterstützen. Im erwachsenenpädagogischen Diskurs um Lernen kann der Verbindung von Lernen und Anwenden durch aktive Mitarbeit und Mitsteuerung eine positive Wirkung zugeschrieben werden. Demnach können durch die Befunde der Transferforschung

und der Erwachsenen-/Weiterbildung zum Lernen die Möglichkeiten des Übens als ein Element im theoretischen Rahmenmodell verortet werden (siehe Abbildung 7).

Feedback kann als eine Kommunikation zwischen Menschen aufgefasst werden, bei der Informationen ausgetauscht werden und die Möglichkeit besteht, auf die Rückmeldungen des Gegenübers zu reagieren. Der Erhalt von konstruktivem Feedback kann sich positiv auf die Transfermotivation, den Transfererfolg wie auch auf die Leistung in einer Weiterbildung auswirken. Sowohl in der Transferforschung als auch in der Erwachsenen-/Weiterbildung wird betont, dass der Erhalt von Feedback, insbesondere im Kontext von Übungen, eine positive Wirkung auf den Lerntransfer ausüben kann. Basierend auf diesen Ausführungen kann resümiert werden, dass der Erhalt von Feedback einen Einfluss auf den Lerntransfer ausüben und somit zur Bearbeitung der Forschungsfrage verhelfen kann. Daher erfolgt eine Integration in das theoretische Rahmenmodell (siehe Abbildung 7).

Die Nachbetreuung als ergänzende Veranstaltung und Unterstützung nach der Teilnahme an einer Weiterbildung kann Herausforderungen bei der Umsetzung des Gelernten adressieren und zum Erfahrungsaustausch dienen. Im Lerntransferdiskurs wird die Wichtigkeit einer Nachbetreuung betont, da sich diese transferfördernd auswirken kann. Innerhalb der Erwachsenen-/Weiterbildung kann der Begleitung nach einer Weiterbildung, im Rahmen von Nachbereitungen und Hilfestellungen, ebenfalls ein Stellenwert im Transferprozess zugesprochen werden. Um herauszuarbeiten, wie sich der Lerntransfer gestaltet und welche Aspekte ihn beeinflussen, kann die Nachbetreuung in dem theoretischen Rahmenmodell dieser Arbeit berücksichtigt werden (siehe Abbildung 7).



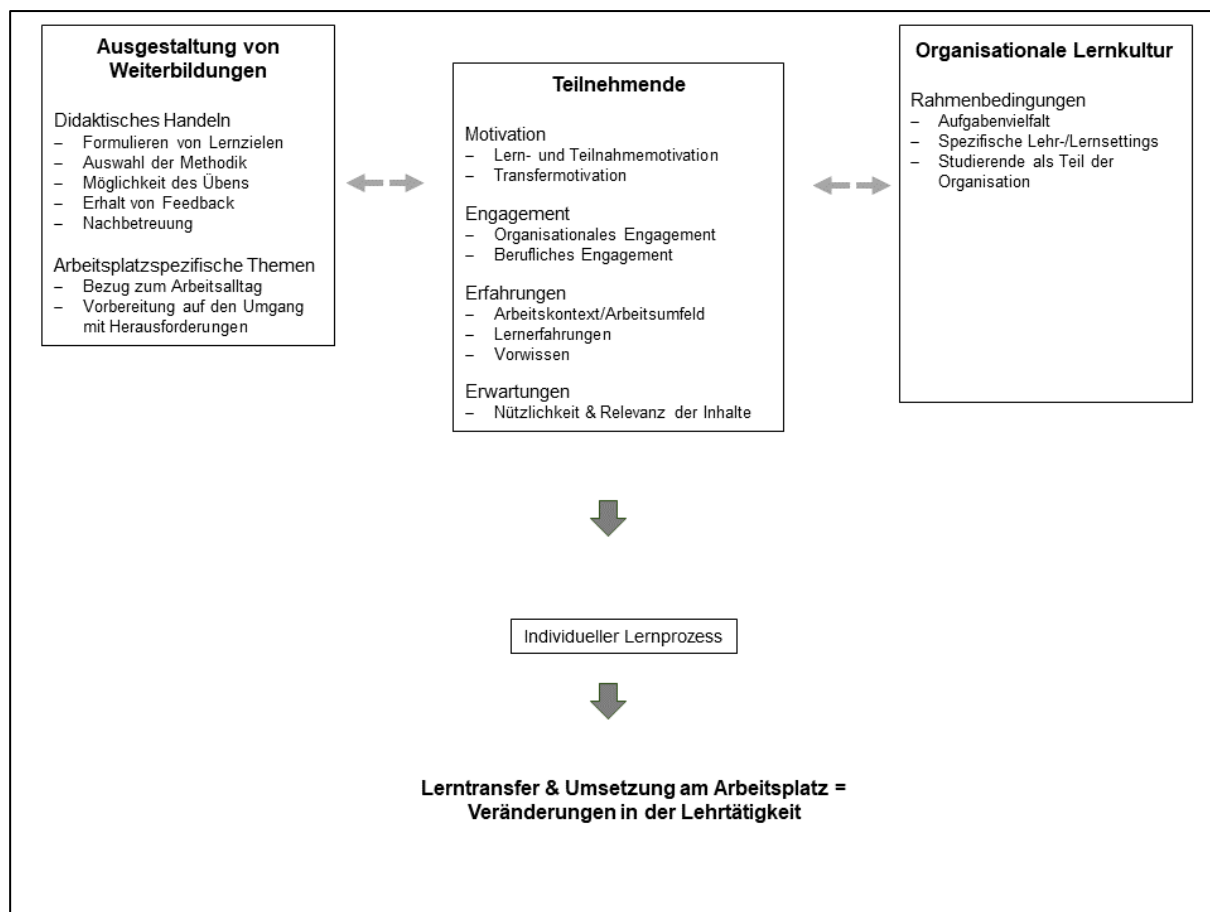


Abbildung 7: Erweiterung des theoretischen Rahmenmodells um die Perspektive der Ausgestaltung von Weiterbildungen (eigene Darstellung)

Die arbeitsplatzspezifischen Themen einer Weiterbildung stellen einen weiteren Aspekt der Ausgestaltung von Weiterbildungen dar, die einen Einfluss auf den Transferprozess ausüben können. Dabei kann differenziert werden zwischen dem Bezug zum Arbeitsalltag und der Vorbereitung auf den Umgang mit Herausforderungen.

Während der Weiterbildung kann der Bezug zum Arbeitsalltag der Teilnehmenden durch die Ähnlichkeit der Weiterbildung und deren Inhalte und der Arbeitsplatzumgebung hergestellt werden. Je ähnlicher die Inhalte und Aufgaben in einer Weiterbildung an dem Arbeitsalltag der Teilnehmenden konzipiert werden, desto eher kann ein positiver Lerntransfer unterstützt werden. Damit einhergehend kann der Bezug zum Arbeitsalltag durch die Relevanz der Inhalte hergestellt werden; erscheinen die Inhalte für den Arbeitsalltag relevant, kann dies als transferförderlich angesehen werden. Im Lerntransferdiskurs kann nachgewiesen werden, dass der Einbezug von Beispiele aus dem Arbeitsalltag sowie praxisorientierte Aufgaben einen positiven Einfluss auf die Teilnehmenden und deren Lerntransfer ausüben kann. Daher kann der Bezug zum Arbeitsalltag als potentieller beeinflussender Aspekt auf Lerntransfer in das theoretische Rahmenmodell integriert werden (siehe Abbildung 7).

Die Vorbereitung auf den Umgang mit Herausforderungen während der Weiterbildung kann ebenfalls dazu beitragen, den Lerntransfer zu fördern. Wird bereits in einer Weiterbildung auf

Herausforderungen und den Umgang mit diesen hingewiesen und potentielle Widerstände identifiziert, kann dies den Transfer unterstützen und zugleich Lösungsstrategien durch die Beschäftigung mit Herausforderungen bereitstellen. Basierend auf diesen Befunden wird die Vorbereitung auf den Umgang mit Herausforderungen in das theoretische Rahmenmodell dieser Arbeit aufgenommen, um zu untersuchen, wie sich der Lerntransfer in der Medizindidaktik gestaltet (siehe Abbildung 7).

#### 4.7.3 Organisationale Lernkultur

Die organisationale Lernkultur umfasst in dieser Arbeit neben dem Einfluss von Rahmenbedingungen, der Mitwirkung von Organisationsmitgliedern und Interaktionsmöglichkeiten zur Realisierung von Lernprozessen Normen, Werte, Rituale und die Atmosphäre in einer Organisation. Die Besonderheiten der speziellen Organisation Krankenhaus und der Studierenden als temporärer Teil von dieser müssen bei der Erarbeitung des Rahmenmodells berücksichtigt werden. Wie bereits in Abbildung 8 ersichtlich, basiert das theoretische Rahmenmodell auf den Besonderheiten der Medizin. Demnach haben die spezifischen Lehr-/Lernsettings, die Aufgabenvielfalt von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung sowie die Studierenden als Teil der Organisation bereits eine Berücksichtigung unter der Ebene der organisationalen Lernkultur erhalten.

Die Rahmenbedingungen der Organisation werden in dieser Studie übergeordnet mit der Möglichkeit, im Sinne der Verfügbarkeit von Ressourcen, und der Gelegenheit, als zeitlicher Gegebenheit, neues Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten auszuprobieren, definiert. Vor dem Hintergrund des Untersuchungskontextes Medizin erhalten die Möglichkeit und Gelegenheit, Neues auszuprobieren, eine weitere Relevanz, da durch die Aufgabenvielfalt von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung bereits eine Herausforderung in der Lehre und Berufspraxis der Ärzt\*innen besteht. Im Lerntransferdiskurs kann für die Möglichkeit, Neues auszuprobieren, hervorgehoben werden, dass die Arbeitsbelastung als transferhemmender Faktor fungieren kann. Ferner können im Kontext der Erwachsenen-/Weiterbildung Termine und Alltagsroutinen den Lerntransfer hemmen und zu Lernwiderständen führen (vgl. Faulstich & Zeuner, 2008). Somit kann für die Ausarbeitung des theoretischen Rahmenmodells geschlossen werden, dass die Möglichkeit, Neues auszuprobieren, sowohl im Lerntransferdiskurs als auch in der Erwachsenen-/Weiterbildung und darüber hinaus im Kontext der Medizin eine Bedeutung bei der Bearbeitung der Forschungsfrage einnehmen kann (siehe Abbildung 8).

Die Gelegenheit, Neues auszuprobieren, im Sinne der Schaffung von Freiräumen, wird sowohl in der Erwachsenen-/Weiterbildung als auch im Lerntransferdiskurs als transferförderlicher Aspekt definiert. Auch im medizinischen Kontext kann in einer qualitativen Studie die

vorhandene Zeit als ein positiver Einflussfaktor auf Lerntransfer identifiziert werden. Diese Erkenntnisse erhalten vor dem Hintergrund der Medizin eine weitere Bedeutung, da für die Aufgabenvielfalt der Ärzt\*innen nicht ausreichend Zeit im Berufsalltag vorhanden ist und die Lehre nicht den gleichen Stellenwert wie die Patient\*innenversorgung und Forschung erhält. Daher erhält die Gelegenheit, Neues auszuprobieren, eine Berücksichtigung in dem theoretischen Rahmenmodell dieser Arbeit (siehe Abbildung 8).

Als weiterer Aspekt der organisationalen Lernkultur kann das Transferklima eine Berücksichtigung bei der Untersuchung des Lerntransfers und der beeinflussenden Faktoren erhalten. Das Transferklima wird als Atmosphäre und Stimmung sowie als der Grad der Offenheit für Veränderungen und der Förderung des Transfers definiert.

In dem theoretischen Rahmenmodell erhalten die Einstellungen zu Lernen, Veränderungen und Weiterbildungen eine Berücksichtigung. Im Lerntransferdiskurs kann sich eine positive Einstellung gegenüber Weiterbildungen und Veränderungen positiv auf das Klima in der Organisation auswirken und dies den Transfer von Neuem begünstigen. Überdies kann der Umgang mit Lernen innerhalb einer Organisation das Lernen der Mitglieder beeinflussen. Für den Bereich der Medizin kann außerdem hervorgehoben werden, dass die Lehre im Vergleich zur Patient\*innenversorgung und Forschung eine weniger zeitintensive Aufgabe darstellt und der Stellenwert geringer ausfällt. Zudem werden die Ärzt\*innen nicht regelhaft auf die Lehraufgabe vorbereitet und das Lehrengagement beruht häufig auf Eigeninitiative der Ärzt\*innen. Da die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung eine Beschäftigung und Weiterbildung innerhalb der Lehre darstellt und der Stellenwert sowie die Vorbereitung nicht curricular verankert sind, kann unter dem Aspekt des Transferklimas, insbesondere der Einstellungen zu Lernen, Veränderungen und Weiterbildungen, eine Bedeutung für den Transferprozess vermutet werden. Auf dieser Grundlage und unter Berücksichtigung der Befunde aus der Transferforschung erfolgt eine Integration in das theoretische Rahmenmodell dieser Arbeit (siehe Abbildung 8).

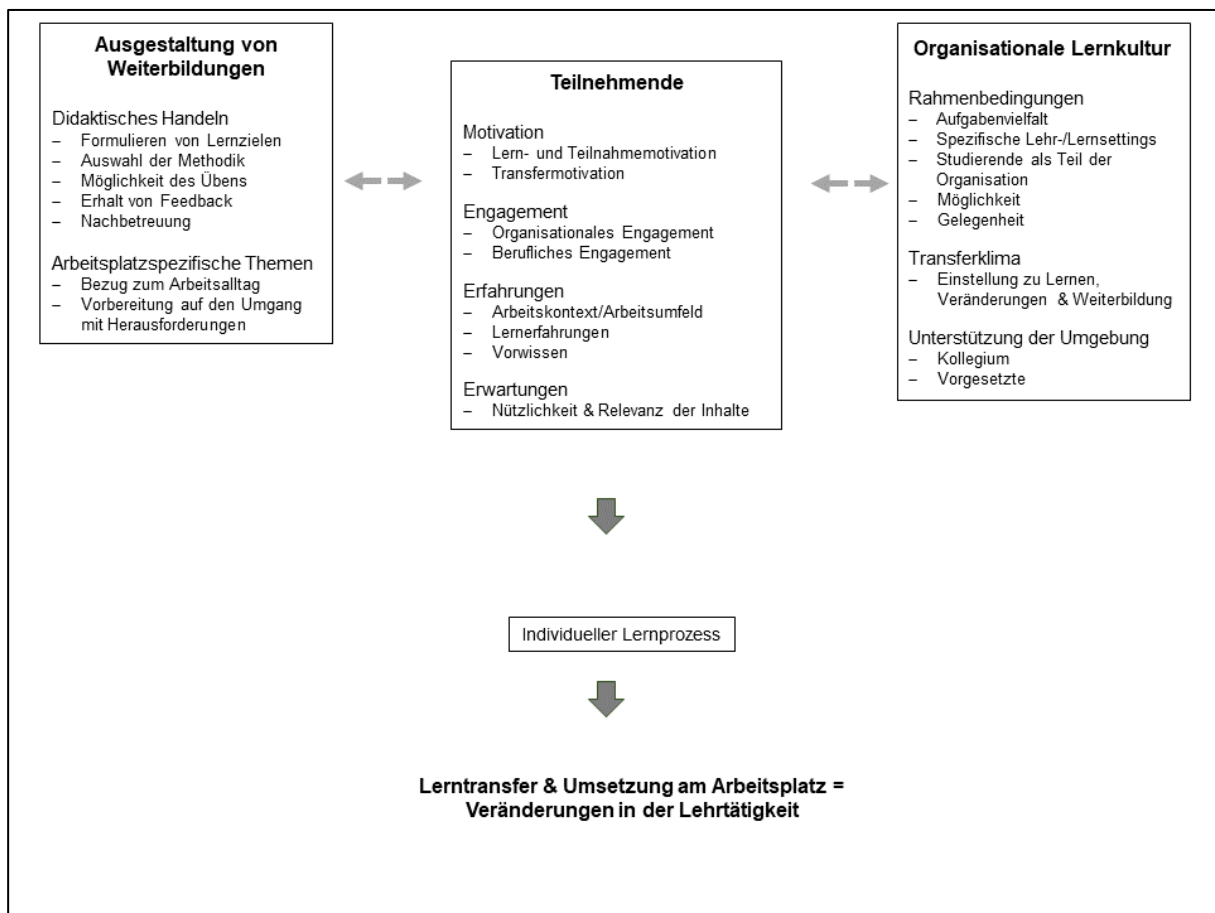


Abbildung 8: Erweiterung des theoretischen Rahmenmodells um die Perspektive der organisationalen Lernkultur (eigene Darstellung)

Die Unterstützung der Umgebung als weitere Komponente der organisationalen Lernkultur erhält ebenfalls eine Berücksichtigung im theoretischen Rahmenmodell dieser Arbeit. Die Unterstützung der Umgebung kann als Grad des Interesses, der Ermutigung und Diskussion über die Anwendung und Anwendbarkeit des Gelernten definiert werden. In diesem Zusammenhang kann dem Kollegium und den Vorgesetzten ein bedeutender Einfluss auf den Lerntransfer zugesprochen werden. Für die Bearbeitung der Forschungsfrage können die Kommunikation, das Feedback, der kollegiale Austausch und die Kooperation bei der Anwendung von Neuem als Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Um die Akzeptanz von Veränderungen und neuen Ideen zu unterstützen, können Arbeitsgruppen und Kolleg\*innen bereits in den Transferprozess eingebunden werden. Der Unterstützung der Vorgesetzten kann ebenfalls durch die Unterstützung bei Veränderungen, der Bereitstellung von Ressourcen, dem Umgang mit Fehlern, Transfergesprächen und Feedback eine positive Wirkung auf den Lerntransfer zugesprochen werden. Für das theoretische Rahmenmodell im Kontext der Medizin bedarf es an dieser Stelle erneut einer Berücksichtigung der speziellen Organisation Krankenhaus und der Profession der Ärzteschaft. Charakteristisch sind die vertikal-formelle Autoritätshierarchie und ein traditionelles Professionsverständnis. Diese

Aspekte müssen bei der Unterstützung der Umgebung als ein Teil der organisationalen Lernkultur in der Medizin berücksichtigt werden (siehe Abbildung 8).

Somit kann eine Erweiterung des bisherigen theoretischen Rahmenmodells vorgenommen werden, indem die Perspektive der organisationalen Lernkultur integriert wird. Diese ist insbesondere bei der speziellen Organisation Krankenhaus bei der Erfassung der beeinflussenden Aspekte auf den Lerntransfer zu berücksichtigen.

## 5. Lernen im Erwachsenenalter

Im vorangehenden Kapitel wurde ein theoretisches Rahmenmodell erarbeitet werden, das zentrale Einflussfaktoren auf den Lerntransfer berücksichtigt. In diesem Modell wird ein individueller Lernprozess als Voraussetzung für Lerntransfer impliziert. Um in einem nächsten Schritt Lernen aus einer erwachsenenpädagogischen Sichtweise zu betrachten und in das theoretische Rahmenmodell zu integrieren, werden im Folgenden Annahmen zum Lernen näher expliziert. Dies ist notwendig, um ein tieferes Verständnis von Lernen, Lernprozessen und Lerntheorien zu erlangen. Ziel dieses Kapitels ist es, neben den theoretischen Grundlagen des Lerntransfers und der Transferforschung lerntheoretische Perspektiven und weitere Erkenntnisse zum Lernen im Erwachsenenalter aus der Erwachsenen-/Weiterbildung zur Modifizierung des theoretischen Rahmenmodells zu nutzen.

Durch die Erwachsenen-/Weiterbildung als vierte/-r Säule/Sektor (Deutscher Bildungsrat, 1970) des Bildungssystems, neben Schule, Ausbildung und Hochschule, beginnt unter anderem der Diskurs um lebenslanges Lernen (vgl. Faulstich, 2003, 16). Wird Lernen unter der Prämisse der Erwachsenen-/Weiterbildung betrachtet, so ist lebenslanges Lernen impliziert (vgl. z. B. Kade, 1996, 15; Dewe, 1997, 91) und wird ausnahmslos als positiv und nützlich deklariert (vgl. Siebert, 2012, 114). Bereits in den Ausführungen des Deutschen Bildungsrates (1970, 195) wird dem lebenslangen Lernen für die Erwachsenen-/Weiterbildung eine große Bedeutung zugesprochen. Lernen vollzieht sich folglich nicht nur in regelhaften Institutionen, wie der Schule, sondern auch außerhalb von diesen an verschiedenen Lernorten. Somit erstreckt sich Lernen über das gesamte Leben (vgl. z. B. Marotzki et al., 2006, 145; Faulstich, 2003, 206) und ist nicht an bestimmte Einrichtungen und Lernzeiten gekoppelt. Die Auseinandersetzung mit Lernen stellt eine ursprünglich psychologische Perspektive dar, die jedoch in der Vergangenheit von anderen Disziplinen vermehrt Aufmerksamkeit erhalten hat. Durch die erziehungswissenschaftliche Betrachtung von Lernen wird dieses als ein Grundbegriff der Erziehungswissenschaften, neben Erziehung und Bildung, verstanden (vgl. Faulstich, 2008, 33). Demnach wird unter anderem für die Erwachsenen-/Weiterbildung im Rahmen des lebenslangen Lernens der Lernbegriff explizit betrachtet (vgl. Illeris, 2010, 16). Die Aktivität des Lernens wird allgemein als Erwerb von Wissen durch Schulung oder Instruktionen verstanden (vgl. Bodenmann et al., 2011, 14). Aus der Pädagogik können

Erkenntnisse zum Diskurs um Lernen beigetragen werden; so wird Lernen als Erfahrungsprozess definiert, der zur (dauerhaften) Änderung des Verhaltens führt (vgl. z. B. Dörpinghaus et al., 2012, 144; Dick & Marotzki, 2005, 5). Dies impliziert sowohl Wissen als auch Können (Fähigkeiten und Verhaltensweisen) (vgl. Göhlich & Zirfas, 2007, 180). Diese Veränderungen müssen abgegrenzt werden von temporären Zuständen und angeborenem Verhalten wie Müdigkeit, Reifung, Krankheit und Ähnlichem (vgl. Bodenmann et al., 2011, 14). Ebenso werden spontane Verhaltensänderungen ohne erkenntlichen Grund vom typischen Lernbegriff abgegrenzt (vgl. Dick & Marotzki, 2005, 5). Für die Erwachsenen-/Weiterbildung fasst Siebert zusammen, dass „eine neuere Definition [...] Lernen als Erweiterung des Wissens, der Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Bewältigung von Lebenssituationen“ (Siebert, 2010a, 1) versteht.

Da jegliche pädagogische Arbeit im Ansatz mit Lernen sowie dessen Unterstützung und Beförderung verknüpft ist, wird eine Betrachtung des pädagogischen Lernbegriffs gefordert (vgl. Göhlich et al., 2014, 7). Die pädagogische Sichtweise auf Lernen beschäftigt sich vor allem mit der Lernfähigkeit, dem Lernen aus Erfahrungen sowie mit Lernprozessen (vgl. Dörpinghaus et al., 2012, 145). Göhlich & Zirfas (2007) unternehmen die Bestrebung, Lernen als erziehungswissenschaftlichen Grundbegriff vor dem Hintergrund lebenslangen Lernens zu spezifizieren. In diesen Ausführungen ist Lernen eine Veränderung von Selbst- und Weltverhältnissen, die erfahrungsbasiert ausgelöst wird. Ferner bedingen die erlebten Erfahrungen eine Veränderung von Verhalten, Handlungen, Interpretations- und Deutungsmustern, die zur Gewinnung von neuem Wissen und Können führen (vgl. z. B. Göhlich & Zirfas, 2007, 17; Hof, 2011, 116). Neben den Erfahrungen sind die Interaktionen mit der Umwelt prägend für den pädagogischen Lernprozess (vgl. Ecarius, 2006, 92). Die Gründe für Lernaktivitäten Erwachsener stellen Situationen und Erfahrungen dar, die alltäglich, aber auch krisenhaft sein können (vgl. Maier-Gutheil, 2015, 6).

Werden Lernen und dessen Definition disziplinübergreifend betrachtet, ist die Beschäftigung mit den Begriffen Bildung, Wissen und Kompetenz unausweichlich. Da diese Begriffe inhaltlich nah an dem Lernbegriff verortet werden, wird dahingehend im Folgenden eine Abgrenzung zu diesen Begriffen und dem Lernbegriff expliziert.

Bildung und Lernen stellen zwei Begriffe dar, die in Relation zueinander stehen, jedoch einer expliziten Definition für diese Arbeit bedürfen. Hierbei ist zu beachten, in welcher Weite Lernen gefasst wird und inwiefern eine Definition disziplinabhängig formuliert werden kann (vgl. Dörpinghaus et al., 2012, 146). Lernen kann als Anhäufung von Wissen und Erfahrungen innerhalb der Lebensorientierung der Individuen definiert werden (Nohl et al., 2015, 142). In Abgrenzung dazu fungiert Bildung als Transformation solcher Lebensorientierungen (Nohl et al., 2015, 142). Bildung gilt als Prozess und Rahmen, in denen gelernt wird und Veränderungen möglich sind (vgl. Marotzki, 1990, 52).

„Lernprozesse, die diese Rahmen transformieren, habe ich Bildungsprozesse genannt. Sie stellen jene Prozesse dar, durch die sich Welt- und Selbstreferenzen qualitativ ändern. Bildungsprozesse beziehen sich als Lernprozesse auf die Interpunktionsprinzipien von Erfahrung; einen Sachverhalt, den ich im weiteren Gang der Arbeit als Verarbeitungsmodus von Erfahrung bezeichnen werde. Damit beziehen sie sich auf die Grundprinzipien der jeweiligen Welt- und Selbstauslegung des Subjektes“ (Marotzki, 1990, 52).

Folglich wird dem Bildungsprozess die Implikation des Lernens zugeschrieben, Lernen ist eingeschlossen in Bildung (vgl. Nohl et al., 2015, 139). Insbesondere im Kontext der transformativen Bildungsprozesse wird Lernen als Inbegriff der Bildung betrachtet (vgl. Nohl et al., 2015, 139). Wie bereits weiter oben thematisiert, erhalten die Erfahrungen bei der Definition der Bildung einen besonderen Stellenwert. So agiert Bildung als Rahmung und Fähigkeit, die durch Erfahrungen gefüllt werden und Dimensionen der Selbst-, Sozial- und Weltverhältnisse betreffen (ausführlich dazu Dörpinghaus, 2015, 464).

Ferner sind die Begriffe des Wissens und der Kompetenz vom Lernbegriff abzugrenzen. Der Inhalt von Lernen wird als Wissen bezeichnet (vgl. Faulstich, 2003, 188) und kann daher detailliert abgegrenzt bzw. verortet werden. Die Kompetenz hingegen beschreibt eine Verfügbarkeit möglicher Handlungen (vgl. Faulstich, 2003, 194). Eine Kompetenz wird nach Weinert (2001) anhand von drei Komponenten definiert. Das Wissen und die Fähigkeit zusammen mit der Einstellung und Bereitschaft, diese verantwortungsvoll einzusetzen, definieren eine Kompetenz (vgl. Weinert, 2001, 27). Durch Lernen kann eine Kompetenz erlangt werden (vgl. Nohl et al., 2015, 155). Somit stellt Lernen die Voraussetzung für Kompetenz dar. Der Schwerpunkt der Kompetenzdefinition liegt hierbei auf der konkreten Nutzung bzw. Anwendung einer Kompetenz (vgl. Faulstich, 2003, 194).

Durch diese Ausführungen lässt sich für diese Arbeit schlussfolgern, dass die Begriffe Bildung, Wissen, Kompetenz und Lernen miteinander verbunden bzw. ineinander eingebettet sind. Folglich erhalten die Bildung, das Wissen und die Kompetenz keine weitergehende, explizite Ausführung in dieser Arbeit, da der Fokus auf dem Lernen und weiterführend dem Lerntransfer liegt. Zu beachten ist jedoch, dass Lernen immer einen Bestandteil von Bildungsprozessen darstellt, in denen die Erwartungen impliziert sind, dass Wissen vermittelt und Kompetenzen erlernt werden. So kann Lerntransfer als Übertragung von Wissen und Fähigkeiten definiert werden (siehe Kapitel 3) und somit sind Wissen wie auch Fähigkeiten unweigerlich mit dem Begriff und der Verwendung des Begriffs Lerntransfer verbunden. Der Fokus dieser Arbeit liegt allerdings nicht auf der Erfassung von erworbenem Wissen, sondern auf der subjektiven Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden und somit dem erfahrenen Lerntransfer.

Auf die differenzierten Arten und Ausprägungen des Lernens wird im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen (ausführlich dazu z.B. Faulstich, 2003, oder Dörpinghaus, 2012). Jedoch werden relevante Aspekte ausgeführt, die für das tiefere Verständnis von Lernen von Bedeutung sind. Um herauszuarbeiten, wie sich der Lerntransfer in der Medizindidaktik ausgestaltet, können sich lerntheoretische Erkenntnisse für die Modifizierung des

theoretischen Rahmenmodells als hilfreich erweisen. Bisher wird ein individueller Lernprozess in dem theoretischen Rahmenmodell berücksichtigt; mit welcher lerntheoretischen Perspektive dieser Lernprozess jedoch spezifiziert wird, wird im Folgenden ausgeführt.

## 5.1 Lerntheoretische Perspektiven auf Lerntransfer

Um Lerntransfer zu untersuchen, muss die Art und Weise des Lernprozesses in den Fokus genommen werden. Es wird der Frage nachgegangen, wie und unter welchen Bedingungen Erwachsene lernen. Damit einhergehend wird in dem folgenden Kapitel definiert, welche lerntheoretische Sichtweise der vorliegenden Arbeit zugrunde gelegt wird.

Faulstich & Grell (2004) argumentieren aus einer subjektorientierten Perspektive und definieren Mindestanforderungen an eine Lerntheorie im erwachsenenpädagogischen Lernsetting. Somit soll diese Lerntheorie nicht nur Veränderungen von Systemen, wie Organisationen oder Regionen, erklären, sondern Lernen als Handlung begreifen. Damit einhergehend darf Lernen nicht kausal oder mechanisch betrachtet werden. Auch hierbei soll eine optimale Lerntheorie die Offenheit und Freiheit des Individuums in Bezug auf den Lernprozess ermöglichen. Aneignung von neuem Wissen bedarf der individuellen Entscheidung. Ferner sollte der Lerntheorie in der Erwachsenenpädagogik ein adäquates Konzept von Lehre zugrunde liegen, damit neues Wissen entstehen kann (vgl. Faulstich & Grell, 2004, 111). Überdies betont Faulstich (2006), dass das Lernen nicht als kausal und instrumentalistisch zu begreifen ist, sondern vielmehr das Verstehen des Sinns im Fokus stehen sollte (vgl. Faulstich, 2006, 15).

Anknüpfend an diese Forderungen einer Lerntheorie in der Erwachsenenpädagogik und aufgrund der Ausrichtung dieser Arbeit an der subjektiven Sichtweise der Teilnehmenden können behavioristische und kognitivistische Ansätze, die in der Vergangenheit konzeptionell für die Betrachtung von Lernen genutzt wurden, in dieser Arbeit keine Berücksichtigung finden – obwohl diese lerntheoretischen Perspektiven im psychologischen Diskurs lange Zeit in Bezug zum Transferlernen (vgl. Göhlich, 2012, 25) und speziell in den Gesundheitsberufen (vgl. Schmal et al., 2017, 29) näher beleuchtet wurden. Der Kognitivismus wie auch der Behaviorismus sprechen dem Individuum eine eher passive Rolle im Lernprozess zu. Innerhalb des Diskurses um Lernen in der Erwachsenen-/Weiterbildung können der Kognitivismus und Behaviorismus eher weniger rezipiert werden und erhalten eine weniger prominente Stellung (vgl. Käpplinger, 2016, 12). Auf diese genannten Ansätze, den Behaviorismus und den Kognitivismus, wird somit in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen. Vielmehr werden neuere Diskurse betrachtet, die das Lernen aus der individuellen und subjektiven Sichtweise erfassen. Insbesondere vor dem Hintergrund des lebenslangen



Lernens und der Erwachsenenpädagogik erscheint die Beschäftigung mit Lernen aus der subjektiven Perspektive angemessen. Der vollzogene Paradigmenwechsel von „Lernenden mit leeren Köpfen“ hin zu dem Subjekt mit Vergangenheit, Biografie, verschiedenen Wahrnehmungen und vielfältigen Kontexten (vgl. z. B. Faulstich & Zeuner, 2008, 36; Kade, 2012, 43) hat in lerntheoretischer Sicht Veränderungen gebracht (vgl. Faulstich, 2013, 86). Die Lernenden selbst und ihre aktive Rolle innerhalb des Lernprozesses werden vielmehr im Fokus der neueren lerntheoretischen Perspektiven fokussiert (vgl. z. B. Faulstich & Grell, 2004, 111; Ludwig, 2001, 29). Die vorliegende Studie greift diese Entwicklung auf und berücksichtigt die Art und Weise, wie Erwachsene lernen. Der Lernprozess ist ein überaus subjektiver Prozess, daher werden ausgewählte Perspektiven der Biografieforschung, des Konstruktivismus und der Subjektorientierung näher beleuchtet und im Folgenden weiter ausgeführt. Sowohl in der Biografieforschung als auch im Konstruktivismus und der Subjektorientierung wird Lernen von den Individuen intendiert und gesteuert. Um zu untersuchen, wie sich der Lerntransfer in der Medizindidaktik ausgestaltet und welche Aspekte einen Einfluss ausüben können, bedarf es einer Konkretisierung der lerntheoretischen Sichtweise dieser Arbeit. Durch die Perspektive auf Lernen kann das theoretische Rahmenmodell weiter spezifiziert werden. Ferner erhalten insbesondere der Konstruktivismus und die Subjektorientierung innerhalb der Erwachsenenbildung eine prominente Stellung (vgl. Käßlinger, 2016, 12).

## 5.2 Biografische Perspektiven

Um Lernen aus biografischer Perspektive zu verstehen, bedarf es zunächst einer Definition dieser lerntheoretischen Strömung und anschließend einer Überprüfung der Passgenauigkeit für die vorliegende Arbeit (Kapitel 5.5).

„Eine Biographie ist die wissenschaftliche, literarische oder mündliche Darstellung der Lebensgeschichte von Menschen. ‚Bios‘ bedeutet, aus dem Griechischen stammend, Leben, aber auch Lebensform; ‚Graphe‘ bedeutet Schrift. Biographie ist also gleichsam die Schrift eines Lebens, individuell oder kollektiv. Biografieforschung ist dementsprechend die Entzifferung dieser Schrift eines Lebens“ (Marotzki, 2006, 114).

Somit stehen im weitesten Sinne der Verlauf eines einzelnen Menschen und dessen Leben im Fokus der Biografieforschung. „Das Individuum erscheint ohne Biographie nicht denkbar wie umgekehrt diese nicht ohne das Individuum“ (Benedetti & Kade, 2012, 250). Folglich verfügt jedes Individuum über eine Lebensgeschichte, die bei einem Lernprozess berücksichtigt werden muss.

Die Biografieforschung mit ihren Ausprägungen stellt keine ursprünglich erziehungswissenschaftliche Disziplin dar. So setzen sich neben den Erziehungswissenschaften auch die Soziologie, Psychologie und Geschichte mit biografischen Prozessen von Individuen auseinander (vgl. Krüger, 2006, 14). Es etabliert sich

jedoch unter anderem ein eigenständiges erziehungswissenschaftlich-biografisches Forschungsgebiet (vgl. Benedetti & Kade, 2012, 254). Bereits Hans Tietgens (1986) begründet schon früh die Biografieforschung zu einer Grundlage der Erwachsenen-/Weiterbildung (vgl. Benedetti & Kade, 2012, 250). Auch Marotzki & Krüger charakterisieren eine Form erziehungswissenschaftlicher Biografieforschung (vgl. Krüger & Marotzki, 2006, 7). Spezifisch für die Perspektive des erziehungswissenschaftlichen Biografieverständnisses ist der Fokus auf Prozesse der Bildung, des Lernens, der Erziehung und der Entwicklung von Individuen. Das vorrangige Interesse der Pädagogik sind die Erfassung der „Innensicht“ der Individuen und damit einhergehend die Selbstdarstellung und Reflexion von Lebensabschnitten (vgl. von Felden, 2008c, 8). Ferner agiert die Art und Weise der Darstellung der Lebenszusammenhänge, in der Regel in verbaler oder schriftlicher Form, als eine Besonderheit der erziehungswissenschaftlichen Biografieforschung. Biografien werden nicht einfach chronologisch erzählt, vielmehr konstruiert jedes Individuum mit dem eigenen Blick die biografische Erzählung. Aus diesem Grund ist das „Wie“ der Erzählung eine forschungsleitende Frage in erziehungswissenschaftlichen biografischen Perspektiven (vgl. von Felden, 2008c, 11).

Hervorzuheben ist, dass biografische Prozesse nur über die Selbstdarstellung der Individuen zu erfassen sind (vgl. von Felden, 2008b, 43). Die Selbstdarstellungen können in Form von Schriften, wie Tagebüchern, Autobiografien oder Briefen (vgl. Marotzki, 1999, 328; von Felden, 2008c, 11), sowie Medien, beispielsweise Bildern oder Filmen, wie auch in der Gestalt von autobiografisch-narrativen Interviews vorliegen (vgl. von Felden, 2008c, 11). Das Individuum selbst selektiert durch die Inhalte der Erzählungen oder bereitgestellten Medien. Speziell beim Interview werden alle für das Individuum relevanten Erfahrungen und Veränderungen sowie Probleme und Barrieren in der Lebensgeschichte thematisiert (vgl. Schütze, 2009, 360). Folglich vollziehen sich während einer Erzählung oder Niederschrift von Texten eine Interpretation und Reflexion des eigenen Lebens bzw. von Ausschnitten daraus. Bedeutend hierbei ist, dass das Individuum selbst über diese Schwerpunktsetzung entscheidet.

Durch die Entstehung der erziehungswissenschaftlichen Biografieforschung wird eine Differenzierung der Kategorien Lebenslauf und Biografie notwendig (vgl. z. B. Maier-Gutheil, 2015, 2; Marotzki et al., 2006, 115). Während der Lebenslauf eine Aufzählung von objektiven Daten kennzeichnet, beschreibt die Biografie eine „subjektive Konstruktion des gelebten Lebens, d.h. das Resultat einer Bedeutungs- und Sinnverleihung, die situativ erfolgt“ (Maier-Gutheil, 2015, 2). Das subjektiv erfahrene und erzählte Leben bzw. die subjektiv erfahrenen und erzählten Lebensabschnitte sind für den Begriff der Biografieforschung grundlegend (vgl. Benedetti & Kade, 2012, 250). Somit wird die Biografie als Aktivität beschrieben, in der das Subjekt eine Reorganisation von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft vornimmt (vgl. Maier-Gutheil, 2015, 2; von Felden, 2008a, 112 f.).

Der Fokus der biografischen Perspektiven liegt auf den Möglichkeiten und Ressourcen, die dem Individuum aufgrund der eigenen Biografie zugeschrieben werden können. Die rekonstruierte Lebensgeschichte in Verbindung mit den individuellen Deutungsmustern und der Interpretation des eigenen Lebens stellt das zentrale Merkmal eines biografischen Ansatzes dar (vgl. Schütze, 1983, 284; Marotzki, 1999, 336). Hierbei wird die Biografie nicht ausschließlich als Hintergrundstruktur akzeptiert, sondern erhält eine besondere Betrachtung als Ressource. Die Biografie eines Individuums agiert folglich als Lernfeld (vgl. Dausien & Alheit, 2005, 30 f.). Die Ganzheitlichkeit des Subjektes wird erst durch die Kategorie der Biografie möglich (vgl. Maier-Gutheil, 2015, 2; Kade, 2005, 4). Dabei unterliegt lebenslanges Lernen einer biografischen Rahmung (vgl. Dausien & Alheit, 2005, 29; von Felden, 2008a, 109). Der Lernbegriff aus biografischer Perspektive unternimmt den Versuch, Lernen nicht nur auf der Grundlage von Institutionen zu definieren, sondern den Lernprozess auf die gesamte Lebenszeit zu betrachten (vgl. von Felden, 2008a, 111; Benedetti & Kade, 2012, 253). Demnach kann das Individuum basierend auf der Biografie, im Sinne einer Deutung und Interpretation von Lebensereignissen, als Potential und Lernfeld für zukünftiges Lernen fungieren. Lernen ist folglich auf der Grundlage der eigenen Biografie möglich und lebenslanges Lernen wird durch die Biografie der Individuen gerahmt.

Die Biografieforschung legt den Fokus, wie bereits oben beschrieben, nicht nur auf die Bedeutungen des Lernens mit und in der eigenen Biografie, sondern auf das Lernen aufgrund der eigenen Biografie (vgl. z. B. Göhlich & Zirfas, 2007, 55). Die Lebenswelt und Biografie der Individuen stellen im Wechselspiel von gesellschaftlichen Strukturen und individueller Verfasstheit den Lernprozess aus biografischer Sicht dar (vgl. z. B. Mikula, 2009, 5; Dick & Marotzki, 2005, 6). Dies impliziert, dass Lernen aus einem biografischen Verständnis nicht isoliert von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu betrachten ist. Erfahrungen und Erkenntnisse unterliegen einem kontinuierlichen Wandel, der durch soziale Welten und individuelle Sinngestalten heraus- und umgebildet wird (vgl. Dausien & Alheit, 2005, 29). Biografisches Lernen vollzieht sich unter bestimmten Bedingungen und Kontexten, die als Lernumwelten gefasst werden können (vgl. Alheit & von Felden, 2009, 11; Herzberg & Truschkat, 2009, 119). Diese Bedingungen und Kontexte bestehen vor allem als Spannungen im gesellschaftlichen und individuellen Verhältnis (vgl. Marotzki, 1999, 335; von Felden, 2008c, 11). „Man könnte auch sagen, die Biografie wird zum Ort des Lernens und an diesem speziellen Lernort werden die lebensgeschichtlich bedeutsamen Erfahrungen zur grundlegenden Orientierung im Leben eines Menschen“ (Mikula, 2009, 5). Dies impliziert, dass auf der Grundlage der eigenen Erfahrungen innerhalb der eigenen Biografie Lernen erst möglich wird. Basierend auf diesen Erfahrungen lernen Individuen, da man durch die selbst erlebte Erfahrung persönlich betroffen ist (vgl. Göhlich & Zirfas, 2007, 58; Schulze, 2006, 39). Viele einzelne Erfahrungen summieren sich zu einem Erfahrungszusammenhang; sie

repräsentieren die Biografie und werden von dem Individuum in einen Sinnzusammenhang gesetzt (vgl. Schulze, 2006, 39 f.; Marotzki et al., 2006, 151). Hierbei ist den Lebenserfahrungen besondere Aufmerksamkeit zu schenken, da sie eine Erkenntnis- und Steuerungsleistung innehaben (vgl. Schulze, 2006, 39 f.). Insbesondere im Diskurs über Lernen wird dem Individuum ein Wissensvorrat zugesprochen, der auf Erfahrungen und Dispositionen basiert. Die Dispositionen werden als Konfiguration von Handlungen, Wahrnehmungen und Bewertungen angesehen, die als ein Vorrat von Erfahrungs- und Deutungswissen fungieren (vgl. Dausien & Alheit, 2005, 29). Dieses Erfahrungswissen ist zu differenzieren von Sachwissen und wissenschaftlichen Theoremen (vgl. Schulze, 2006, 39 f.). Als subjektiv relevant werden Erfahrungen verbucht, wenn sie in Auseinandersetzung mit der Umwelt eine Bedeutung für das Subjekt aufweisen (vgl. Schulze, 2006, 39 f.; von Felden, 2008b, 50). Die Bedeutungszuschreibung durch das Subjekt erteilt einzelnen Erfahrungen einen Zusammenhang im Ganzen (vgl. von Felden, 2008a, 112 f.; von Felden, 2008b, 50). Hierbei sind vor allem Abweichungen von Routinen und Gewohntem durch „Störfahrungen“ ausschlaggebend für biografische Prozesse (vgl. Schulze, 2006, 39 f.). Insbesondere die Einbettung neuer Erfahrungen in bestehende Erfahrungs- und Deutungsstrukturen, vor dem Hintergrund der Gesamtheit biografischen Wissens und biografischer Erkenntnisse, stellt Lernprozesse aus biografischer Sichtweise dar (vgl. Dausien & Alheit, 2005, 30). Erst diese Reflexion über und innere Auseinandersetzung mit den Geschehnissen kennzeichnen biografische Erfahrungen (vgl. Schulze, 2006, 39 f.).

### 5.3 Konstruktivistische Perspektiven

Unter konstruktivistischen Perspektiven werden verschiedene Theorien und Konzepte gefasst, die allesamt konstruktivistische Grundannahmen vertreten (vgl. Arnold, 2003, 51; Siebert, 1998, 18), jedoch mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung und Intensität des konstruktivistischen Verständnisses. Die Grundannahmen umfassen, dass der Mensch keinen direkten Zugang zur Wirklichkeit erfährt und ferner nur solche Erkenntnisse sinnlich verarbeitet, die auf emotionalen und kognitiven Ressourcen basieren (vgl. Arnold, 2003, 51). Einen der dogmatischsten Ansätze stellt die Richtung des radikalen Konstruktivismus dar, der im Folgenden ausgeführt wird. Die Vertreter\*innen dieser Theorielinie, beispielsweise Glaserfeld als einer der Hauptvertreter, begründen die konstruktivistische Sichtweise auf der Grundlage der Kognitionsbiologie, Systemtheorie, Kybernetik und der Lerntheorie von Piaget (vgl. Glaserfeld, 1996; Arnold, 1995, 45 ff.). Glaserfeld (1996) betont, dass die konstruktivistischen Lerntheorien vor allem auf den Arbeiten von Piaget beruhen. So werden die Begriffe Akkommodation und Assimilation von Piagets Lerntheorie weiter aufgegriffen und erhalten insbesondere in den radikalen Ansätzen einen hohen Stellenwert. So wird der

Wissenserwerb nicht als Ereignis klassifiziert, sondern als Tätigkeit definiert (vgl. Glaserfeld, 1996, 43).

„Für Piagets, in letzter Konsequenz idealistische Theorie ist somit ab etwa 1940 der folgende Satz grundlegend: Denken heißt Beziehungen konstruieren. Das Individuum begreift die Außenwelt, indem es Beziehungen zwischen ihren Elementen herstellt. An sich, losgelöst vom Subjekt, existieren diese Relationen nicht. Die Basis für die konstruktive Aneignung der Realität bilden die individuellen Handlungen und Bewegungen“ (Vollmers, 1997, 79).

Die Vertreter\*innen des radikalen Konstruktivismus vertreten die Annahme, dass die Individuen selbst über keinen Zugang zur Wirklichkeit verfügen. Erst durch die Konstruktion von Beziehungen kann die Außenwelt begriffen werden. Basierend darauf werden Wahrnehmungen von den Individuen konstruiert, dies geschieht innerhalb des eigenen autopoietischen Systems (vgl. z. B. Siebert, 2010a, 1; Vollmers, 1997, 75). Lernen ist jedoch nur durch die aktive Beteiligung des Subjektes möglich (vgl. Glaserfeld, 1996, 43; Siebert, 1998, 15). Das Wissen wird durch die Individuen auf divergente Weise wahr- und angenommen. Damit einhergehend ist Wissen situationsspezifisch und basierend auf den eigenen Erfahrungen von den Individuen zu konstruieren. Dieses erworbene Wissen kann in vorhandene Strukturen eingebettet werden (vgl. z. B. Arnold, 2003, 55; Krapp & Weidenmann, 2006, 93). Ferner verarbeiten die Individuen das Wissen nach eigenen, subjektiven Anschlussmöglichkeiten, hierbei sind die eigene Biografie und die eigenen Erfahrungen immanent (vgl. Arnold, 2003, 55; Siebert, 1998, 16). Lernprozesse werden somit durch Irritationen (Impulse) von außen im System ausgelöst und Gelerntes wird unter dem Aspekt der Integrierbarkeit verwendet. Neues Wissen wird demnach in den Kontext der vorhandenen Ansichten und der Brauchbarkeit gesetzt (vgl. z. B. Wittpoth, 2013, 57; Glaserfeld, 1996, 121 f.).

Die Gesellschaft erhält in dem radikalen konstruktivistischen Konstrukt keinen Stellenwert, ebenso wird sich von praktischen Wahrheiten und kollektiver Vernunft distanziert (vgl. Arnold, 1995, 9; Siebert, 1998, 19). Das Individuum konstruiert sich die Welt auf der Grundlage seiner Erfahrungen, somit gibt es keine objektive Wahrheit/Wirklichkeit, da diese immer subjektiv von den Menschen als Lern- und Erkenntnisprozess erschaffen wird (vgl. Arnold, 1995, 1). Nach Auffassung des radikalen Konstruktivismus ist objektiv vermittelbares Wissen nicht vorhanden (vgl. Arnold, 1995, 8; Meißner, 2012, 23) und damit einhergehend ein Lerntransfer nicht möglich (vgl. Meißner, 2012, 23).

Neben dem radikalen Konstruktivismus gibt es auch einige gemäßigte Ansätze des Konstruktivismus. Als gemäßigte Sichtweisen können Ansätze des moderaten, pragmatischen, systemischen und sozialen Konstruktivismus angesehen werden. Die gemäßigten Konstruktivismusansätze erlauben die Existenz von Lerntransfer; dem Subjekt obliegt die Möglichkeit, aktiv zu lernen (vgl. Heuer, 2007, 39). Das Individuum ist in der Lage, Veränderungen und Rekonstruktionen der Wirklichkeit zuzulassen, wenn Konstrukte aus der

Vergangenheit nicht mehr anschlussfähig und passgenau erscheinen (vgl. Siebert, 1998, 16 & 37 f.). Lernen vollzieht sich somit im Kontext der Erfahrungen und Interaktionen und führt zu einem Wissenserwerb (vgl. Gerstenmaier & Mandl, 1995, 874 f.; Heuer, 2007, 39). Hierbei ist der Mensch in der Gesellschaft verankert bzw. versucht, sich in dieser zu orientieren (vgl. Arnold, 2013, 30), anstatt wie beim radikalen Ansatz von ihr isoliert zu sein, und konstruiert basierend auf Kommunikations- und Interaktionsprozessen Wissen (vgl. Arnold, 2003, 53; Siebert, 1998, 16). Die Umwelt wird nicht ungefiltert als Information angenommen, sondern vom Individuum konstruiert. Dies geschieht auf der Grundlage von Bedeutungszuschreibungen, die auf den früheren biografischen und lebensweltlichen Erfahrungen basieren (vgl. Arnold, 2003, 53). Lernen unter konstruktivistischer Perspektive stellt somit einen individuellen Prozess dar, der aus den gemäßigten konstruktivistischen Sichtweisen durch das Individuum in Abhängigkeit von seinen Vorerfahrungen, Erwartungen und seiner Biografie zu rekonstruieren ist (vgl. Arnold, 2003, 55; Heuer, 2007, 39).

Im Kontext der Erwachsenen-/Weiterbildung formuliert Arnold (1995) den Stellenwert und die Funktion von konstruktivistischen Lernansätzen in Weiterbildungsveranstaltungen wie folgt:

„Erwachsenenbildung stellt sich somit bereits immer schon als Deutungslernen, d.h. als die systematische, mehrfachreflexive und auf Selbsttätigkeit verwiesene Auseinandersetzung des Erwachsenen mit eigenen und fremden Deutungen dar. Verfügbare Konstruktionen von Wirklichkeit können in den Veranstaltungen der Erwachsenenbildung artikuliert, miteinander verglichen, auf ihre Tragfähigkeit angesichts neuer Situationen überprüft und weiterentwickelt werden. Erwachsenenlernen ist dabei nicht nur ‚Aneignung neuen Wissens, sondern auch die Vergewisserung, Überprüfung und Modifizierung vorhandener Deutungen“ (Arnold, 1995, 5).

Konstruktivistische Ansätze finden im erwachsenenpädagogischen Diskurs um Lernen im Rahmen betrieblicher Weiterbildungen bereits Anwendung (vgl. Gerstenmaier & Mandl, 2011, 169). Hierbei werden vor allem problemorientiertes, kooperatives (vgl. Gerstenmaier & Mandl, 2011, 169) und selbst gesteuertes Lernen fokussiert (vgl. Gerstenmaier & Mandl, 2011, 169; Heuer, 2007, 39). Insbesondere konstruktivistische Ansätze ermöglichen die Analyse von Mikroprozessen innerhalb der Lebenswelt und der Wissenskonstruktion der Akteur\*innen (vgl. Schüßler, 2012a, 83).

## 5.4 Subjektorientierte Perspektiven

Subjektwissenschaftliche Fragestellungen beschäftigen sich unter anderem mit dem Begründungsdiskurs von Handlungen. Hierbei bringt das Individuum „gute Gründe“ für das eigene Handeln mit; wie verhält es sich jedoch, wenn ein Handlungsproblem nicht mit der üblichen Handlungsroutine zu lösen ist? Diese Frage nach dem Umgang mit dem Handlungsproblem versuchen subjektorientierte Fragestellungen unter anderem zu beantworten (vgl. Holzkamp, 1995, 182). Als Grundlage dient im Folgenden die subjektwissenschaftliche Lerntheorie von Klaus Holzkamp, da dieser einen der bekanntesten Vertreter der Subjektorientierung darstellt. Zusätzlich findet sich diese lerntheoretische

Sichtweise in vielen Forschungen innerhalb der Erwachsenen-/Weiterbildung (vgl. Faulstich & Zeuner, 2005, 129), bei denen das Individuum im Fokus der Arbeit steht. Auch neuere Perspektiven und Forschungsprojekte orientieren sich an dem Grundkonstrukt der Subjektorientierung nach Klaus Holzkamp. Somit beziehen sich die weiteren Ausführungen auf die Arbeiten Holzkamps. Die Ziele der subjektorientierten Lerntheorie nach Holzkamp sind die Herstellung der Relevanz und die Verknüpfung von Lerninhalten in Bezug auf die Lebensinhalte der Individuen (vgl. Faulstich & Zeuner, 2008, 30).

Gemeinsam verstehen alle subjektorientierten Lerntheorien Lernen als eigenständigen Prozess, der durch das Subjekt rekonstruiert wird (vgl. Holzkamp, 1995; Bromberg, 2014, 235). Die Perspektive des Lernens wird von den Subjekten, je nach Lerninteresse und Sinnhorizonten, entwickelt und ergibt Lernhandlungen (vgl. Holzkamp, 1995; Bromberg, 2014, 235). Subjektwissenschaftliche Lerntheorien fokussieren Motivationen, Interessen, Erwartungen und Gründe des Lernens sowie Lernbehinderungen, da diese Faktoren allesamt eine Bedeutung für das Lernen des Subjektes aufweisen können (vgl. z. B. Holzkamp, 1995; Faulstich, 2013, 79). Gründe stellen in diesem Kontext die individuellen Anlässe der Subjekte dar, davon abzugrenzen sind Bedingungen, Ereignisse oder Ursachen (vgl. Holzkamp, 1995, 24).

„Der Standpunkt des Subjektes schließt – phänomenologisch gesehen – eine Perspektive, d.h. eine besondere ‚Ansicht‘ der Welt (einschließlich der eigenen Person) eben von jedem Standpunkt ein. Darin ist – da ja hier der Standpunkt als der des Subjektes akzentuiert wird – mitgesagt, daß diese Perspektive intentionalen Charakter hat, d.h. daß sich damit das Subjekt mit seinen Absichten, Plänen, Vorsätzen bewußt auf die Welt und sich selbst bezieht“ (Holzkamp, 1995, 21).

Ein Handlungsproblem entsteht, wie oben bereits kurz angesprochen, wenn Handlungen nicht mehr mit den gewohnten Routinen ausgeführt werden können. Diese Handlungsproblematik kann sich hin zu einer Lernproblematik entwickeln, deren Bewältigung nun durch Lernen möglich ist (vgl. z. B. Holzkamp, 1995, 182; Faulstich, 2013, 82). Diese Aneignungsprozesse geschehen durch konkrete Erfahrungen des Subjektes und werden in Bedeutungszusammenhänge eingebettet (vgl. Holzkamp, 1995; Faulstich & Grell, 2004, 113). Das Subjekt selbst entscheidet über die Intensität, die Gründe und die Inhalte des Lernens (vgl. Heuer, 2007, 40). Somit sind keine objektiven, rationalen Bedingungen maßgeblich für den Lernprozess des Individuums, sondern vielmehr die subjektiv empfundenen Lernbegründungen. Überdies werden diese – wie Holzkamp sie betitelt – „äußeren Ereignisse“ (Holzkamp, 1995, 24) mit in die Handlungsbegründung einfließen, jedoch wird von dem Subjekt vorher aktiv selektiert. Diese subjektiven Handlungsbegründungen implizieren somit auch die Wahrung der eigenen Lebensinteressen (vgl. Holzkamp, 1995, 24 f.). Es werden Handlungen intersubjektiv begründet und somit für die Individuen nach dem subjektiven Handlungsvorsatz gehandelt (vgl. Holzkamp, 1995, 25). Diese Lebensinteressen des Subjektes lassen sich als „elementare subjektive Notwendigkeit, Verfügung über individuell

relevante gesellschaftliche Lebensbedingungen zu gewinnen bzw. zu bewahren“ (Holzkamp, 1995, 189), definieren. Die Gewinnung von Weltverfügung wie auch deren Schutz dienen keinem Selbstzweck, sondern bestimmen die subjektive vielfältige Verfassung des Individuums. Die Weltverfügung wird zusammenfassend bei Holzkamp als die allgemeine Lebensqualität bezeichnet (vgl. Holzkamp, 1995, 189). Somit kann ein Streben nach einer Erhöhung und Erweiterung der Lebensqualität und Weltverfügung im Sinne Holzkamps als Lernbegründung dienen und als Anreiz zum Lernen fungieren.

Die subjektiven Handlungsgründe sind jedoch nicht immer rational zu betrachten, da nicht jeder menschliche Handlungsvorsatz stets gute Gründe aufweist oder als vernünftig gilt. Diese Vorgänge sind vor allem kausale Ereignisse, die entweder nicht im Handlungsspielraum des Subjektes liegen oder von Dritten herbeigeführt werden. In diesem Zusammenhang führt Holzkamp das Beispiel der überkochenden Milch an. Bei dieser Situation herrscht weder eine begründete/vernünftige noch unbegründete/unvernünftige Handlungs begründung vor, sondern das Überkochen der Milch stellt ein kausal bedingtes Ereignis dar (vgl. Holzkamp, 1995, 25). Die subjektiven Handlungs begründungen unterliegen ferner auch keiner restriktiven Prüfung von außen bzw. einem Modell rationalen Handelns. Es besteht kein Handeln im normativen Sinne, um beispielsweise im gesellschaftlichen Interesse zu handeln. Bei Holzkamps Theorie beruhen die Handlungs begründungen rein auf den Lebensinteressen des Subjektes, die in der konkreten Situation gewahrt und aus dem Standpunkt begründet werden (vgl. Holzkamp, 1995, 26). Als weiterer Grundsatz dieser Theorie betont Holzkamp, dass kein Individuum bewusst entgegen seiner eigenen Interessen handelt (vgl. Holzkamp, 1995, 27). Vor diesem Hintergrund wird unterschieden zwischen expansivem und defensivem Lernen. Wird Lernen aus den Lebensinteressen des Subjektes begründet, liegt ein expansives Lernen vor (vgl. z.B. Holzkamp, 1995, 23). Geschehen Lernhandlungen aus motivationalen Beweggründen, sind sie ebenfalls dem expansiven Lernen zuzuordnen (vgl. Holzkamp, 1995, 190). Hierbei kann die expansive Lernbegründung zur Erhöhung und Erweiterung der eigenen Lebensqualität und Weltverfügung führen (vgl. Holzkamp, 1995, 215 & 190). In diesem Kontext stellt das Individuum einen inneren Zusammenhang zwischen der Erweiterung der eigenen Verfügung und der Erhöhung der Lebensqualität her, um mit Lernen der Lernproblematik zu entgehen (vgl. Holzkamp, 1995, 190).

„Expansiv begründetes Lernen bedeutet ja gerade nicht Lernen um ‚seiner selbst‘, sondern Lernen um der mit dem Eindringen in den Gegenstand erreichbaren Erweiterung der Verfügung/Lebensqualität willen. Damit im Zusammenhang geht es in expansiv begründeten Lernhandlungen eben nicht um die Rückbeziehung des Lernens auf einen bloß individuellen „Spaß an der Sache“ o.ä., sondern um die Überwindung meiner Isolation in Richtung auf die mit dem lernenden Gegenstandaufschluß erreichbare Realisierung verallgemeinerter gesellschaftlicher Handlungsmöglichkeiten in meinem subjektiven Erleben“ (Holzkamp, 1995, 191).

Ist keine Motivation und kein Anlass vorhanden, so steht es dem Subjekt frei, diese Lernhandlung zu vollziehen (vgl. Holzkamp, 1995, 190). Jedoch können auch Lernhandlungen



entstehen, obwohl keine Motivation vorhanden ist. Hierbei beugt das Subjekt einer Beeinträchtigung der Lebensqualität und Weltverfügung vor. Durch die Lernhandlung wird dieser Beeinträchtigung entgangen, so muss nicht zwangsläufig eine Erhöhung der Lebensqualität angestrebt werden (vgl. Holzkamp, 1995, 191). In diesem Fall spricht Holzkamp von defensivem Lernen, da „gezwungenermaßen“ gelernt wird, um eine Bedrohung und Beeinträchtigung zu umgehen (vgl. Holzkamp, 1995, 191). Das Lernen wird somit nur so lange fortgeführt, wie der Zwang (die Gefährdung der eigenen Interessen und der eigenen Lebensqualität) besteht (vgl. Holzkamp, 1995). Holzkamp betont überdies, dass sein Konzept des expansiven und defensiven Lernens keineswegs mit einer früheren Diskussion um intrinsische und extrinsische Motivation zu verwechseln ist (vgl. Holzkamp, 1995, 191). Die Gleichsetzung dieser Begrifflichkeiten erscheint somit nicht adäquat. Während extrinsische Motivation eine Operationalisierung und Konditionierung auf der instrumentellen Ebene beschreibt, zielt das defensive Lernen auf das Verhindern eines Verlustes der Weltverfügung. Bei der extrinsischen Motivation stehen zusätzlich eher die positive und negative Verstärkung im Fokus (vgl. Holzkamp, 1995, 192).

Folglich kann für das Lernen im Kontext der Erwachsenen-/Weiterbildung insbesondere die subjektive Bedeutungszuweisung der Individuen hervorgehoben werden. Lernen vollzieht sich somit basierend auf den guten Gründen der Individuen, die aufgrund der subjektiven Lern- und Handlungsbegründungen formuliert werden. Demnach können, neben dem Auftreten einer Handlungsproblematik, die Wahrung und Erweiterung der eigenen Lebensinteressen und der eigenen Handlungsfähigkeit als Grundlage von Lernprozessen verstanden werden. Wesentlich ist hierbei die Bedeutungszuschreibung der Individuen im Kontext des Erfahrungs- und Bedeutungszusammenhangs.

## 5.5 Auseinandersetzung mit den Ansätzen

In diesem Kapitel werden die Perspektiven auf Lernen, die oben beschrieben wurden, im Kontext der Zielsetzung dieser Arbeit kritisch betrachtet. Dies geschieht nach den oben ausgeführten Perspektiven und wird von einer Zusammenfassung mit den Implikationen für diese Arbeit wie auch einer Modifizierung des theoretischen Rahmenmodells fortgeführt.

Der Studie wird, im Hinblick auf das Lernen von Erwachsenen, ein theoretisches Konstrukt zugrunde gelegt. Dieses hilft, die Aussagen der Teilnehmenden im Kontext von Lernen theoretisch zu begründen und zu verstehen. So argumentieren auch von Kardorff & Schöneberger (2010), dass erst über die theoretischen Konzepte und den spezifischen Kontext gewonnene Ergebnisse eine Generalisierbarkeit erlangen können. Vor allem werden bei dieser Argumentation vermehrt subjektive Theorien berücksichtigt, die sich auf das Lebens- und Handlungsfeld der Individuen stützen (vgl. z. B. von Kardorff & Schöneberger, 2010, 372; Dörpinghaus et al., 2012, 145). „Erwachsenenbildung aus einer subjektorientierten

Theorieperspektive zu analysieren, ist der Struktur lebenslangen Lernens dabei in besonderer Weise angemessen, da dieses in der Regel nicht durch einen einzigen institutionell stabilisierten Lernkontext in seinem Verlauf dauerhaft vorstrukturiert ist“ (Kade, 1996, 20). Somit erhalten mit einer subjektorientierten Perspektive sowohl die Lebens- und Handlungsfelder Berücksichtigung als auch der Aspekt des lebenslangen Lernens, der für die Erwachsenenbildung tragend ist.

Biografisches Lernen erhält insbesondere vor dem Hintergrund des lebenslangen Lernens einen hohen Stellenwert. Da lebenslanges Lernen das Lernen über die Lebensspanne hinweg und im Kontext früherer Erfahrungen betrachtet, eignet sich diese Sichtweise für die Betrachtung des Untersuchungskontextes im Sinne einer beruflichen Weiterbildung.

Einen Vorteil der biografischen Perspektiven auf Lernen stellt die Art und Weise der Informationen dar. Durch die Selbstdarstellung der Individuen werden bereits jene Informationen angesprochen, die für das Individuum eine subjektive Relevanz besitzen. Dies kann insofern für die Bearbeitung der Forschungsfrage hilfreich sein, als die Teilnehmenden ihre bedeutenden Erfahrungen und Ereignisse in der medizindidaktischen Qualifizierung sowie in der ärztlichen Berufspraxis vor dem Hintergrund ihrer subjektiven Selektion darstellen. Ein weiterer Vorteil ist die Auseinandersetzung mit der Umwelt; basierend darauf können Erfahrungen als relevant verbucht werden. Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stellen eine Art Prägung der Biografie dar und verdeutlichen den Umgang mit diesen Bedingungen. In dieser Studie, vor allem in Bezug zu dem entwickelten theoretischen Rahmenmodell, nimmt die Umwelt die Dimension der organisationalen Lernkultur ein. Somit sind der Einbezug und Stellenwert der Umwelt zur Bearbeitung der Forschungsfrage anschlussfähig. Ferner kann diese lerntheoretische Perspektive mit Störfahrungen arbeiten. So werden Abweichungen von Gewohntem wie auch routinemäßige Erfahrungen als prägend für biografische Prozesse angesehen. Die ausgeführten Aspekte verhelfen, Lernen im Kontext dieser Arbeit zu betrachten. Fraglich erscheint jedoch der Stellenwert der Biografie im Lernprozess. Biografisches Lernen geschieht ausschließlich aufgrund der eigenen Biografie und der Auseinandersetzung mit dieser, sie wird als Ressource und Lernfeld definiert. Zur Bearbeitung der Forschungsfrage ist die Auseinandersetzung mit der Biografie zwingend erforderlich, jedoch eher als Hintergrundstruktur bzw. Teilaspekt. Eine Konzentration auf die Biografie würde eine Verschiebung des theoretischen Rahmenmodells bedeuten, bei dem die Motivation, das Engagement und die Erwartungen der Teilnehmenden jedoch einen gleich hohen Stellenwert haben. Folglich wird Lernen für diese Arbeit nicht aus biografischer Perspektive betrachtet, bedient sich aber des Konstrukts der Biografie auf der Grundlage von Erfahrungen und deren Reflexion. Somit kann geschlussfolgert werden, dass Aspekte der Biografie innerhalb der Dimension der Teilnehmenden eine Berücksichtigung erhalten.

Konstruktivistische Perspektiven erhalten in der Erwachsenen-/Weiterbildung einen Stellenwert; dabei gehen vor allem die Strömungen des radikalen Konstruktivismus davon aus, dass kein Lerntransfer möglich ist (vgl. Meißner, 2012, 23). Wissen, das in einer konkreten Situation konstruiert wird, kann nicht auf andere, ähnliche Situationen übertragen werden. Dies ist eine ausschließende Option, die für die Frage nach dem subjektiv erfahrenen Lerntransfer dieser Studie hinfällig erscheint. Ferner erhält die Umwelt keinen Stellenwert im radikalen Ansatz dieser Theorielinie und Wahrheiten und kollektive Vernunft werden angezweifelt. Diese Annahmen des radikalen Konstruktivismus sind mit der vorliegenden Forschungsfrage und dem Untersuchungsfeld nicht vereinbar. Insbesondere die Frage nach beeinflussenden Aspekten des Lerntransfers kann nach der hier erarbeiteten Systematik (Teilnehmende, Ausgestaltung von Weiterbildungen und organisationale Lernkultur) nicht bearbeitet werden. Die organisationale Lernkultur kann demnach aufgrund des fehlenden Stellenwerts der Umwelt unter radikalen konstruktivistischen Sichtweisen keine Berücksichtigung erhalten.

Gemäßigte Ansätze des Konstruktivismus beschäftigen sich vor allem mit dem Lernen im Kontext von Erfahrungen, Biografie und Erwartungen. Diese Betrachtung ist wichtig und stellt einen Aspekt dieser Arbeit dar. Die Einbettung in Rahmenbedingungen und die Umwelt wird bei den gemäßigten Konstruktivismusansätzen berücksichtigt und entspricht somit auch der vorliegenden Forschungsfrage. Dennoch wird bei den gemäßigten Ansätzen des Konstruktivismus überwiegend in der Außenperspektive auf Lernen verblieben (vgl. Schüßler & Thurnes, 2005, 39) und folglich können Gründe der Subjekte nicht erschlossen werden. Jedoch soll der subjektiv erfahrene Lerntransfer untersucht und damit die Innenperspektive der Teilnehmenden verstanden werden. Ferner steht das Lernen als Prozess nicht im Fokus dieser Arbeit. Daher ist die Konstruktion von Wissen als Vorgang weit weniger relevant als die subjektive Bedeutungszuweisung der Teilnehmenden und der erfahrene Lerntransfer. Schlussendlich erscheinen die Perspektiven des gemäßigten Konstruktivismus eher geeignet zur Bearbeitung der Forschungsfrage als die radikalen Ansätze, jedoch auch nicht passgenau. Da diese Arbeit die für das Individuum relevanten Aspekte aus der Innenperspektive aufarbeitet und der Fokus auf dem erfahrenen Transfer liegt, kann die Forschungsfrage nicht unter einer konstruktivistischen Perspektive auf Lernen beantwortet werden.

Holzamps subjektorientierte Lerntheorie eignet sich vor allem für die individuelle Weiterbildungsforschung (vgl. Göhlich, 2012, 27). Diese gewinnt in der erwachsenenpädagogischen Diskussion im Kontext akademischer Lehre immer mehr an Bedeutung (vgl. Bromberg, 2014, 234). Für die vorliegende Arbeit wird die Subjektorientierung nach Holzkamp als lerntheoretische Perspektive dienen. Diese Entscheidung kann basierend auf der Unterscheidung von expansivem und defensivem Lernen, der Berücksichtigung von Lernwiderständen, der Lern- und Handlungsbegründung aufgrund von subjektiven guten

Gründen und dem Stellenwert des Bedeutungs- und Erfahrungszusammenhangs getroffen werden.

Im Kontext von Weiterbildungen erhält vor allem der Ansatz des expansiven Lernens nach Holzkamp große Beachtung (vgl. Göhlich, 2012, 27). Insbesondere die Unterscheidung von defensivem und expansivem Lernen hilft, Lernprobleme und Lernbegründungen zu identifizieren. Schüßler & Thurnes (2005) betonen in diesem Zusammenhang, dass nicht immer ein Motiv oder Freiwilligkeit hinter einer Lernhandlung steht. Dies gilt auch für den Bereich der beruflichen Weiterbildung, da hier eventuell eine Weiterbildungsteilnahme erfolgt, um Sanktionen zu entgehen (vgl. Schüßler & Thurnes, 2005, 41). Für diese Arbeit ist die Unterscheidung von defensivem und expansivem Lernen fundamental, da die Intentionen der Teilnehmenden Auswirkungen auf den erfahrenen Lerntransfer zeigen können. Demnach kann es einen Unterschied machen, ob die Teilnehmenden die Wahrung der Lebensinteressen und der Handlungsfähigkeit anstreben oder ob deren Erweiterung die Lern- und Handlungsbegründung darstellt. Nach Holzkamp kann bei dem defensiven Lernen neu erworbenes Wissen schnell vergessen werden, da keine Erweiterung der subjektiv relevanten Lebensinteressen für die Individuen besteht. Diese Ausprägungen des Lernbegriffs werden in das sich entwickelnde theoretische Rahmenmodell einfließen und damit eine Unterscheidung zwischen den Kategorien „expansives“ und „defensives“ Lernen kennzeichnen. Die Differenzierung bildet eine Grundlage für die Konstruktion der Leitfäden und die Analyse.

Ferner können die Interaktionen und die Anforderungen an Lernen sowie die Widerstände bei der subjektorientierten Lerntheorie Holzkamps berücksichtigt werden (vgl. Bromberg, 2014, 234). Lernwiderstände lassen sich nur ganzheitlich betrachten, demnach kann keine isolierte Betrachtung des Individuums geschehen. Vielmehr wird ein Welt- und Gesellschaftsbezug benötigt, denn dadurch können diese Widerstände erst hinlänglich verstanden werden (vgl. Faulstich & Grell, 2004, 107). Holzkamp betont in diesem Zusammenhang, dass die traditionellen Lerntheorien Lernen als Problem nicht fassen, da die Außenperspektive als Verständnis eingenommen wird (vgl. Holzkamp, 1995, 14).

Überdies kann im Rahmen der Subjektorientierung dafür plädiert werden, dass nicht nur die Bedingungen zu erforschen sind, unter denen ein Verhalten zu beobachten ist, sondern auch die subjektiven Gründe erfasst werden müssen. Diese müssen unter Berücksichtigung der Lebensumstände und gesellschaftlichen Verhältnisse aus der Perspektive des Subjektes verstanden werden (vgl. Holzkamp, 1995). Diese Aspekte erhalten in dieser Studie eine besondere Bedeutung. Empfundene Lernwiderstände können als hinderliche Faktoren rezipiert und auf den drei Ebenen des theoretischen Rahmenmodells verortet werden. Hierbei wird auch die Ganzheitlichkeit bewahrt, da jegliche Aspekte der Teilnehmenden, der Ausgestaltung von Weiterbildungen wie auch der organisationalen Lernkultur im theoretischen Rahmenmodell wie auch in der Datenanalyse Berücksichtigung finden (ausführlich dazu siehe

Kapitel 4.7 & 6). Infolgedessen werden in dieser Arbeit nicht nur die Aspekte eruiert, die Lerntransfer beeinflussen, sondern auch die subjektiv erfahrenen Gründe werden in dieser Arbeit fokussiert. Dies kann jedoch, nach Holzkamp, nur dann geschehen, wenn sowohl die Lebensumstände (Teilnehmende) als auch die Umwelt (organisationale Lernkultur) aus der Perspektive des Subjektes betrachtet werden. Um diesem Aspekt Rechnung zu tragen, wird der Lerntransfer von den Teilnehmenden selbst definiert; sie beschreiben ihren erfahrenen Transfer, der basierend auf einer Einbettung in den Erfahrungs- und Bedeutungszusammenhang durchgeführt wird. Dieser hat keine Referenzpunkte zu objektiven Merkmalen oder Vergleichen zu anderen Personen. Das einzelne Individuum mit seinen subjektiven Lern- und Handlungsbegründungen steht im Zentrum der Untersuchung. Folglich werden alle Dimensionen des Lerntransfers unter der subjektiven Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden betrachtet.

Weitergehend erhalten die Aspekte der Erfahrung und des Vorwissens bei Holzkamps Lerntheorie einen großen Stellenwert. Lernen geschieht somit immer im Spannungsfeld der Lebenswelt und der Erfahrungen. Für die vorliegende Forschungsfrage ist dies ein höchst relevanter Aspekt. Die Teilnehmenden sprechen über ihren eigenen subjektiv erfahrenen Lerntransfer, wobei die eigene Lebenswelt im Fokus steht. Jedoch lässt sich diese nicht losgelöst von der Umwelt und den Rahmenbedingungen betrachten. Aus diesem Grund erhält die organisationale Lernkultur in dieser Arbeit einen gleich hohen Stellenwert wie Ausgestaltung von Weiterbildungen und die Teilnehmenden. Wie bereits oben beschrieben, verhilft dies, die Ganzheitlichkeit wie auch die Orientierung an den subjektiven Lernbegründungen zu berücksichtigen. Wesentlich ist bei der Gleichstellung der organisationalen Lernkultur, der Ausgestaltung von Weiterbildungen und der Teilnehmenden, dass eine Bedeutungszuweisung für den Lerntransfer nur über die Teilnehmenden möglich ist. Durch eine Einbettung in den Erfahrungs- und Bedeutungszusammenhang der Teilnehmenden können Aspekte der organisationalen Lernkultur und der Ausgestaltung von Weiterbildungen eine Relevanz erhalten.

Die Subjektorientierung wird demnach als lerntheoretische Perspektive dieser Arbeit dienen und das weitere Vorgehen und die Bearbeitung der Forschungsfrage prägen (siehe Kapitel 6). Um den Lerntransfer zu untersuchen und beeinflussende Aspekte zu identifizieren, werden im Folgenden die Implikationen für diese Arbeit, basierend auf der Wahl der Subjektorientierung als lerntheoretische Perspektive, und eine Erweiterung und Modifizierung des theoretischen Rahmenmodells herausgearbeitet.

## 5.6 Implikationen für diese Arbeit & Modifizierung des theoretischen Rahmenmodells

Zusammenfassend lassen sich Implikationen für die vorliegende Arbeit ableiten, die für das Verständnis der Datenanalyse und des theoretischen Rahmenmodells notwendig sind. Neben einer zusammenfassenden Betrachtung der relevanten Aspekte, die die Bearbeitung der Forschungsfrage unterstützen, können Abgrenzungen zu den ausgeführten lerntheoretischen Perspektiven vorgenommen werden. Überdies erfolgt eine Modifizierung des theoretischen Rahmenmodells auf zwei Ebenen. Zum einen wird die Subjektorientierung in das theoretische Modell integriert und zum anderen können durch die subjektorientierte Sichtweise weitere inhaltliche Modifizierungen und Ergänzungen an der bestehenden Modellkomponente der Teilnehmenden vorgenommen werden.

In Abgrenzung zum biografischen Ansatz, der ebenfalls die subjektive Sichtweise der Individuen fokussiert, stützt sich die Lerntheorie nach Holzkamp zusätzlich auf die Lernproblematiken, die ein Lerninteresse bei den Individuen auslösen können. Wie bereits oben ausgeführt, stellt auch die Unterscheidung von expansivem und defensivem Lernen eine angemessene theoretische Grundlage für die vorliegende Forschungsfrage dar. Trotzdem erscheint die Biografieforschung wichtig für diese Arbeit. Durch ihre Ausführungen wird das Verhältnis zur Biografie und den Erfahrungen deutlich. Dies kann als Hintergrundwissen und -struktur für die vorliegende Studie von Nutzen sein. Insbesondere unter der Dimension der Teilnehmenden werden biografische Prozesse besondere Beachtung erhalten. Während die konstruktivistischen Ansätze die Didaktik und das Verständnis von Lernen in einer Weiterbildung stark beeinflussen, können sie nicht als lerntheoretische Grundlage dieser Arbeit eingesetzt werden. Der Konstruktivismus geht auch von einer starken Subjektorientierung aus, jedoch kann bei dem Ansatz von Holzkamp eine verstärkte subjektive Ausrichtung beobachtet werden. Deswegen führt bei Holzkamp die Subjektorientierung über die konstruktivistischen Ansätze hinaus (vgl. Ludwig, 1999, 667; Schüßler, 2007, 178). Bei Holzkamp erhalten die subjektiven Faktoren der Individuen eine übergeordnete Rolle.

Als theoretisches Konstrukt liegt dieser Arbeit somit eine subjektorientierte Lerntheorie zugrunde, im Speziellen die Ausführungen von Holzkamp. Dieses theoretische Konstrukt dient dazu, Lernen unter einer spezifischen Perspektive zu betrachten. Die Erkenntnisse der Subjektorientierung werden im Folgenden in das theoretische Rahmenmodell dieser Arbeit integriert. Ferner wird die Forschungsfrage dieser Arbeit mit Hilfe der subjektiven Lerntheorie untersucht und bearbeitet. Die Relevanz des subjektiven Zugangs wird anhand der Forschungsfrage bereits deutlich. Die Teilnehmenden sollen ihren subjektiv erfahrenen Lerntransfer beschreiben und damit einhergehend Aspekte identifizieren, die für sie sowohl förderlich als auch hinderlich erscheinen. Holzkamp gibt überdies der Thematik des Lerntransfers einen eigenen Platz in seiner Lerntheorie und beruft sich dabei unter anderem

auf bekannte transfertheoretische Vertreter wie Thorndike und Judd (vgl. Holzkamp, 1995, 487). Die Gründe für das Lernen sowie den Umgang mit Problemen stellen nicht nur in der subjektorientierten Sichtweise, sondern auch im Lerntransferdiskurs einen wichtigen Aspekt dar. Diese möglichen Lernbehinderungen sowie die Erfahrungen der Individuen finden auch im theoretischen Rahmenmodell und den Leitfäden dieser Arbeit Berücksichtigung. Es soll untersucht werden, wie und unter welchen Bedingungen subjektiv erfahrener Lerntransfer möglich ist. Nicht die objektiv „messbaren“ oder „sichtbaren“ Veränderungen im Lernen und Transfer sollen erfasst werden, sondern die Perspektive des Subjektes steht im Fokus dieser Arbeit.

Es ist zu betonen, dass das in Kapitel 4.7 vorgestellte theoretische Rahmenmodell dieser Arbeit eine erwachsenenpädagogische Sichtweise aufweist und die zusammengefassten Einflussfaktoren auf Lerntransfer (4.6) nur einem groben Überblick über die disziplinübergreifenden Studien und theoretischen Ausführungen zum Lerntransfer in der Weiterbildung dienen. An dieser Stelle werden zentrale Aspekte aus der subjektorientierten Lerntheorie Holzkamps in das theoretische Rahmenmodell integriert und die Bedeutung vor dem Hintergrund der Forschungsfrage dieser Arbeit erläutert.

Klaus Holzkamp beschäftigt sich aus einer lerntheoretischen Sichtweise mit förderlichen und hinderlichen Elementen des Lernens. Lerngründe werden demnach von den Individuen als gute Gründe deklariert, da sie aus den Lebensinteressen des Individuums heraus zu begründen sind. Das Individuum hegt somit stets gute Gründe für eine (Lern)handlung (Holzkamp, 1995), die beispielsweise als subjektive Anreize (Faulstich, 2006) definiert werden können. Nach Holzkamp sind die Grundbestimmungen des Lernens in der Welt- und Selbstsicht der Individuen als Lernsubjekte zu suchen (Holzkamp, 1995, 180). Die guten Gründe werden von den Individuen immer im Kontext des Erfahrungs- und Bedeutungszusammenhangs sowie der Lebensinteressen begründet (vgl. Holzkamp, 1995; siehe Kapitel 5.4). Die subjektiven Lebensinteressen, spezifischer die Wahrung der eigenen Weltverfügung und Lebensqualität, sollen aufrechterhalten oder optimiert werden (Holzkamp, 1995, 189). Auch Faulstich & Grell (2004) rechnen den guten Gründen der Individuen eine zentrale Bedeutung bei Lernanlässen und Teilnahmegründen von Weiterbildungen zu (Faulstich & Grell, 2004, 114). Bei ihrer theoretischen Beschäftigung mit Lernwiderständen beschreiben Faulstich & Grell (2004) die subjektiven Anreize, die vom Individuum ausgehenden Gründe wie beispielsweise die eigene Biografie, bereits gemachte Erfahrungen, Verwendungsinteressen, Verwertungsinteressen, Lerninteressen und Erwartungen, als ausschlaggebend für Lernprozesse (Faulstich & Grell, 2004, 114 f.; Faulstich, 2006, 20).

Basierend auf diesen Annahmen ergibt sich für die vorliegende Arbeit eine Modellkomponente, die das Transferlernen und Aspekte einer subjektorientierten Lerntheorie berücksichtigt. Die Teilnehmenden und ihre besondere Stellung als Subjekte sind im Kontext der Erfahrungen, der Bedeutungszusammenhänge, der Lebensinteressen, der subjektiven Anreize wie auch der eigenen guten Gründe zu begreifen (detaillierter siehe Kapitel 5.4). All jene Aspekte, die basierend auf Holzkamps subjektorientierter Lerntheorie in dieses Rahmenmodell eingearbeitet werden, sind mit einem grünen Rahmen unterlegt; dieser soll die besondere Bedeutung der subjektiven Sichtweisen und der Relevanzsetzung der Teilnehmenden betonen (siehe Abbildung 9). Zu jedem Zeitpunkt müssen die Erkenntnisse und Prozesse vom Subjekt in dessen Bedeutungszusammenhang und Erfahrungswissen eingebettet werden. Hierbei erhalten die Prämissen der subjektorientierten Lerntheorie nach Holzkamp eine besondere Bedeutung, da sie den lerntheoretischen Blick der Arbeit darstellen. Wie in Abbildung 9 dargestellt, müssen die Teilnehmenden potentielle Einflüsse und Gegebenheiten durch eine subjektive Bedeutungszuschreibung und Überprüfung der Relevanz für die eigene Lehrtätigkeit betrachten. Erst wenn dies erfolgt, können die Teilnehmenden jenen Aspekten eine Bedeutung beimessen, sodass folglich ein Lern- und Transferprozess stattfinden kann. In einem weiteren Schritt, dem Lernen, wird nach der subjektorientierten Lerntheorie von Holzkamp (1995) zwischen defensivem und expansivem Lernen unterschieden. Werden Lernhandlungen aus den Lebensinteressen der Individuen begründet, dienen sie zur Erhöhung und Erweiterung der eigenen Handlungsfähigkeit und werden nach Holzkamp dem expansiven Lernen zugeschrieben. Damit einhergehend ist für das expansive Lernen charakteristisch, dass das Lernen bei fehlender Motivation und guten Gründen unterlassen werden kann, ohne dass Nachteile entstehen. Jedoch gibt es, nach Holzkamp, auch Lernhandlungen ohne Motivation; hierbei beugt das Individuum einer Beeinträchtigung der Lebensqualität und Verfügung vor. Diese defensiven Lerngründe stellen für das Individuum einen Zwang dar, der zum Schutz der eigenen Handlungsfähigkeit und deren Aufrechterhaltung eine Lernhandlung intendiert. Je nach Lernanlass kann es dann beim Übergang zum Transfer zu Lernwiderständen und/oder Lernhandlungen kommen. Um den Lerntransfer zu untersuchen, wird, wie in Abbildung 9 grafisch dargestellt, eine Unterscheidung zwischen dem expansiven und defensiven Lernen vorgenommen. Diese Differenzierung umschließt den individuellen Lernprozess, der in Anlehnung an die Transfermodelle von Baldwin & Ford sowie Rank & Wakenhut formuliert wird, jedoch eine Spezifizierung für die Erwachsenen-/Weiterbildung beinhaltet. Dies soll zum einen die Anschlussfähigkeit an den Lerntransferdiskurs sichern und zum anderen verdeutlichen, dass Lernen einen höchst individuellen Prozess darstellt. Der Lerntransfer und die Umsetzung am Arbeitsplatz bedürfen an dieser Stelle wieder einer Einbettung in die Erfahrungs- und Bedeutungszusammenhänge der Individuen, daher sind auch hier die grünen Pfeile zwischen den Modellkomponenten



abgebildet. Als Lerntransfer wird in dieser Arbeit eine Veränderung in der Lehrtätigkeit der Teilnehmenden verstanden. Es werden vor allem Aspekte des Lerntransfers fokussiert, bei denen es Hinweise gibt, dass eine oder mehrere Modellkomponenten eine beeinflussende Wirkung ausüben könnten.

Bei dem weiteren sukzessiven Aufbau des theoretischen Rahmenmodells werden gestrichelte Pfeillinien zwischen den weiteren Modellkomponenten eingeführt. Diese gestrichelten Pfeillinien, ebenfalls in Abbildung 9 zu sehen, dienen zur Veranschaulichung der möglichen Einflussnahme der verschiedenen Komponenten des theoretischen Rahmenmodells. So kann jedes Merkmal zu jedem Zeitpunkt einen Einfluss auf die Teilnehmenden ausüben. Im Kontext von Lernen kann jegliche Aktivität eines Individuums (so auch bei Transferaktivitäten) durch die Interaktion mit der Umwelt beeinflusst werden (vgl. Schüßler, 2007, 122). Zentral ist hierbei, dass die Beeinflussung sich immer nur unmittelbar über die Teilnehmenden produzieren lässt. Die Ausgestaltung der Weiterbildung und die organisationale Lernkultur können den Lerntransfer insofern nur bedingt beeinflussen, als die Individuen innerhalb der eigenen Welt- und Selbstsicht ihrer Wirklichkeit eine subjektive Wertung geben (vgl. Mutzeck, 2005, 83; Holzkamp, 1995). So kann beispielsweise die Ausgestaltung keinen direkten Einfluss auf den individuellen Lernprozess ausüben, sondern die Ausgestaltung kann einen Einfluss auf die Teilnehmenden ausüben, die wiederum die eigene Relevanz dessen prüfen und gegebenenfalls daraus einen Einfluss auf das Lernen individuell für sich definieren.

Somit kann geschlussfolgert werden, dass die Modifizierung des theoretischen Rahmenmodells im Hinblick auf die Perspektive der Subjektorientierung (siehe Abbildung 9) den Fokus des theoretischen Rahmenmodells bestimmt. Um den Lerntransfer und die beeinflussenden Aspekte zu untersuchen, wird ausgehend von den Teilnehmenden und der subjektiven Bedeutungszuschreibung sowie der Relevanz für die Lehrtätigkeit argumentiert. Die Teilnehmenden ordnen jegliche Aspekte der Modellkomponenten in ihren Erfahrungs- und Bedeutungszusammenhang ein, um basierend darauf gute Gründe für eine Lernhandlung zu definieren. Diese Lerngründe werden anschließend einem Reflexionsprozess, in Bezug zur subjektiven Bedeutungszuschreibung und Relevanz für die Lehrtätigkeit, unterzogen, bevor der individuelle Lernprozess, erneut durch eine subjektive Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden auf die Umsetzung am Arbeitsplatz, gestaltet werden kann.

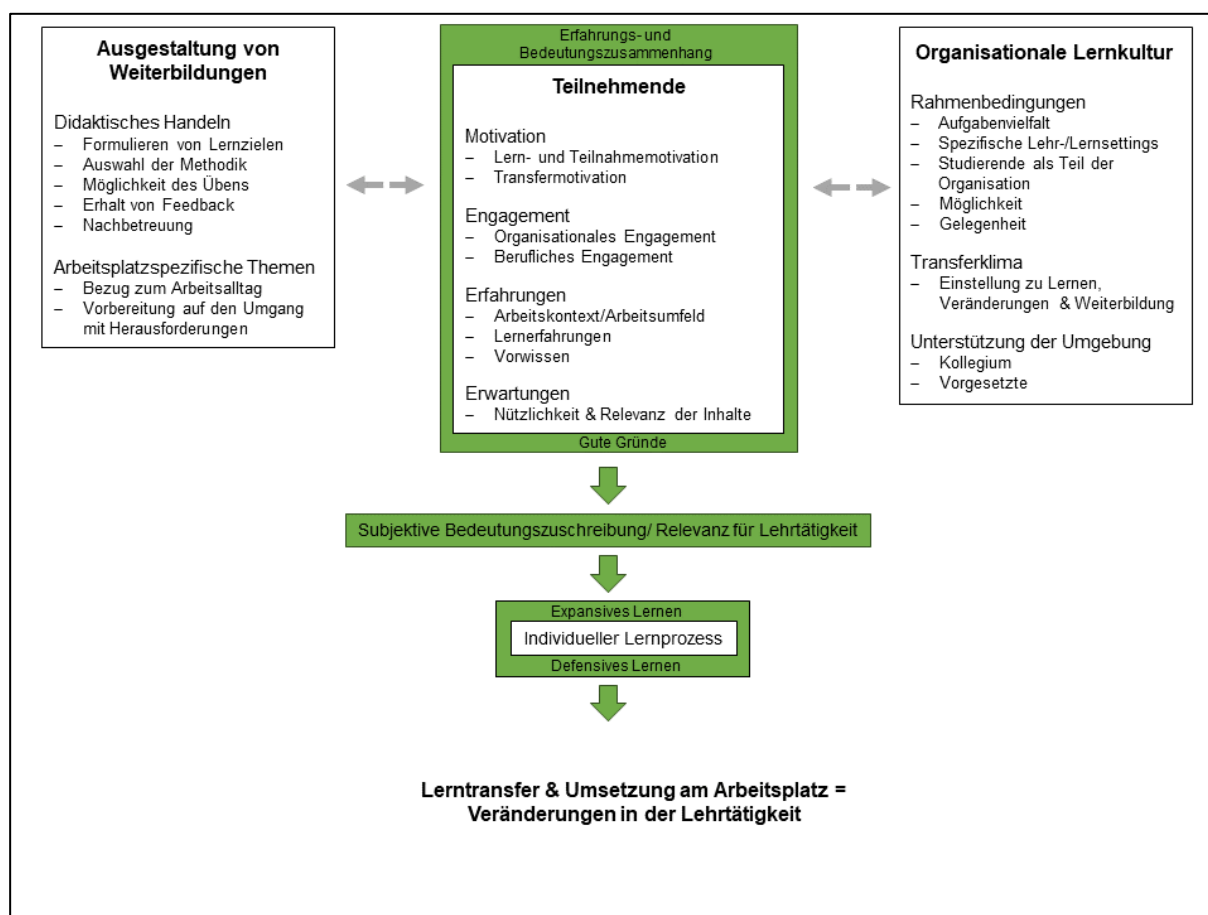


Abbildung 9: Erweiterung des theoretischen Rahmenmodells um die Perspektive der Subjektorientierung (eigene Darstellung)

Neben den grünen Unterlegungen im theoretischen Rahmenmodell, die die Subjektorientierung hervorheben, können an der bestehenden Modellkomponente der Teilnehmenden Ergänzungen durch die subjektorientierte Lerntheorie geleistet werden.

Die Motivation stellt bei Holzkamps Annahmen zum Lernen einen relevanten Aspekt dar, weil expansive und defensive Lerngründe motivationale Aspekte beinhalten und Lernbegründungen eine motivational-emotionale Qualität aufweisen können (vgl. Holzkamp, 1995). Da dieser Arbeit eine subjektorientierte Lerntheorie zugrunde gelegt wird, sind die Gründe für die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung besonders relevant, da sie individuell von den Teilnehmenden begründet werden und Ausgangspunkte für Lernprozesse darstellen können. Inhaltlich können die Teilnahmegründe unter dem Aspekt der Lern- und Teilnahmemotivation betrachtet werden, die durch die Lebensinteressen der Teilnehmenden begründet werden. Innerhalb der Erwachsenen-/Weiterbildung kann den subjektiven Anreizen nach Faulstich (2006) und Faulstich & Grell (2004) als Teilnahmegründen eine Relevanz für diese Arbeit zugesprochen werden. Unter den subjektiven Anreizen subsumieren sich unter anderem Erfahrungen, Erwartungen, Lerninteressen, Einstellungen und Werthaltungen, die für die Teilnehmenden und die Teilnahme an der Weiterbildung eine Bedeutung erhalten können (Faulstich, 2006, 20). Bei

ihrer theoretischen Beschäftigung mit Lernwiderständen beschreiben Faulstich & Grell (2004, 114 f.) unter anderem Zertifikate und Abschlüsse als mögliche Gründe für eine Weiterbildungsteilnahme. Diese Lerngründe implizieren Erwartungen über den Lernerfolg, hierbei wird hinterfragt, inwiefern das Erlernete vor dem Erfahrungshorizont verwertet werden kann. Da eine Weiterbildungsteilnahme Anschlusslernen darstellt, verfügen die Teilnehmenden bereits über Lebens- und Lernerfahrungen, die zukünftiges Lernen beeinflussen können. Ferner haben die Teilnehmenden Erfahrungen in ihren sozialen Milieus gemacht und Herausforderungen durch Institutionen des Lernens erfahren, die durch die Bedeutungszuweisung als subjektive Anreize und gute Gründe innerhalb der Subjektorientierung auf Lernen fungieren (vgl. Faulstich, 2006, 18 ff.). Ferner kann die Lernbegründung im Zusammenhang mit der Wahrung und Erweiterung der Handlungsfähigkeit verstanden werden.

Durch die Ergänzungen an der Modellkomponente der Teilnehmenden kann in einem weiteren Schritt die Subjektorientierung in dieser Studie verstärkt werden. Dies kann helfen zu untersuchen, wie sich der Lerntransfer in der Medizindidaktik gestaltet und welche Aspekte für die Teilnehmenden als förderlich und hinderlich empfunden werden. Insgesamt kann durch die Modifizierung des theoretischen Rahmenmodells die subjektive Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden im Lerntransferprozess verdeutlicht werden. Erst durch eine Einbettung in den Erfahrungs- und Bedeutungszusammenhang der Teilnehmenden kann überhaupt Lerntransfer erfasst werden. Ferner können die organisationale Lernkultur und die Ausgestaltung von Weiterbildungen durch eine subjektive Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden eine Relevanz für die Teilnehmenden und die Lehrtätigkeit einnehmen.

## FORSCHUNGSDESIGN

### 6. Methodisches Vorgehen

Aus den bisherigen Ausführungen kann ein methodischer Schwerpunkt der Transferforschung durch eine Vielzahl quantitativer Studien (siehe Kapitel 4) auf einer objektiven Messung anhand von vordefinierten Kriterien vermutet werden. Neue und nicht intendierte Aspekte können dabei nicht berücksichtigt werden. Das methodische Vorgehen von Tonhäuser (2017) mit einem qualitativen Ansatz setzt hingegen den Fokus auf die individuelle Ebene der Weiterbildungsteilnehmenden. Dieser methodische Ansatz dient als Anknüpfungspunkt für die subjektive Erfassung des Lerntransfers. Zusätzlich wird Lerntransfer in dieser Studie nicht nur über einen Workshop oder ein Thema untersucht, sondern beinhaltet verschiedene Themen und Aspekte aus insgesamt sieben Workshop-Tagen der medizindidaktischen Qualifizierung. Aus diesen Gründen wird für das vorliegende Forschungsvorhaben ein qualitatives Design gewählt; dieses ermöglicht die Offenheit für die Interpretation der Individuen und erlaubt, auch Themen anzusprechen, die in einem standardisierten Fragebogen nicht berücksichtigt werden können (siehe Kapitel 6.1). Da die subjektive Sichtweise der Teilnehmenden fokussiert wird, werden auf der individuellen Ebene Veränderungen (Vorher-nachher-Vergleich) erfasst und die Individuen selbst in den Fokus der Studie gestellt. Daher eignet sich für die Bearbeitung der vorliegenden Forschungsfrage eine qualitative Panelerhebung. Um konkrete Veränderungen nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung erfassen zu können, sind zwei Erhebungszeitpunkte notwendig. Der erste Zeitpunkt (t1) ist vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung gewählt. Neben einem Begleitfragebogen dienen zwei fokussierte Interviews als Datenmaterial (siehe Kapitel 6.2). Um den Leitfaden auf die inhaltlichen Aspekte der Studie zu fokussieren, werden die Teilnehmenden im Vorfeld des Interviews um das Ausfüllen eines Begleitfragebogens gebeten. Auf diesem können demografische Daten sowie die Aufgabenverteilung von Patient\*innenversorgung, Forschung und Lehre in Prozentangaben abgefragt werden. Dies hat den Vorteil, dass während des Interviews nur inhaltliche Fragen besprochen und demografische Daten schon im Vorfeld erhoben werden (vgl. Kuckartz et al., 2008, 20; Helfferich, 2009, 187). Auf diese Weise können Hintergrundinformationen schnell erschlossen und eine Verlängerung der Interviewdauer verhindert werden (vgl. Kuckartz et al., 2008, 23). Der erste Erhebungszeitpunkt erfüllt die Aufgaben der Erfassung des Ist-Zustandes, der Erfahrungen, der Erwartungen und der Motive für die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung. Der zweite Erhebungszeitpunkt (t2) ist zeitlich nach der medizindidaktischen Qualifizierung terminiert, um konkretes Transferverhalten zu eruieren. Dies geschieht anhand

eines auf dem theoretischen Rahmenmodell dieser Arbeit basierenden Leitfadens (siehe Kapitel 6.3). Wie in Abbildung 10 visualisiert, ergeben sich somit zwei Erhebungszeitpunkte. In dem Interview nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung (t2) wird unter anderem auf die Erwartungen aus dem ersten Interview Bezug genommen. Zusätzlich wird explizit nach dem Verhalten zurück am Arbeitsplatzgefragt. Die Schwierigkeiten bei der Umsetzung in der Praxis stellen ein weiteres Thema dar. Somit können individuelle Veränderungen in den Handlungs- und Sichtweisen der Teilnehmenden herausgearbeitet werden. Dies ist erst durch die Wahl der qualitativen Panelerhebung möglich. Die Teilnehmenden können ihre subjektiven Sichtweisen an zwei zeitlich versetzten Interviews äußern. Bei dieser Panelerhebung sollen die verschiedenen Zeitpunkte, an denen die gleichen Teilnehmenden interviewt werden, Entwicklungen, Veränderungen und individuelle Verläufe aufzeigen. Diese Prozesse können nur in Kombination mit allen Daten untersucht werden.

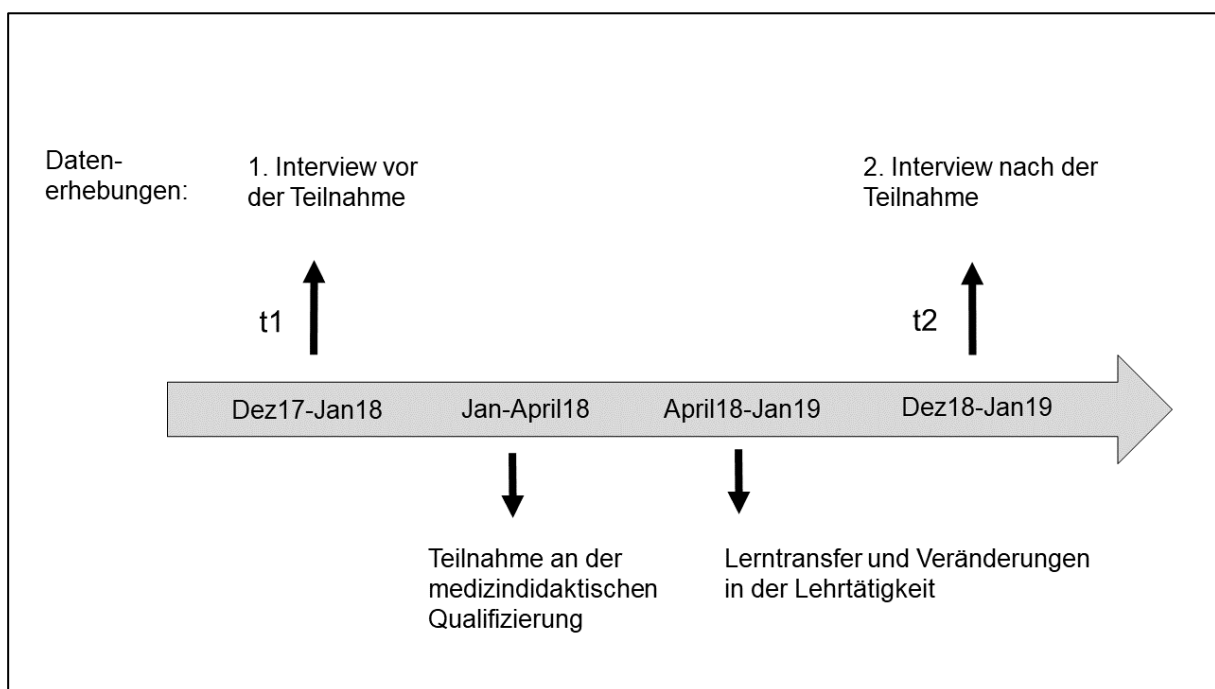


Abbildung 10: Überblick über die Datenerhebungen (eigene Darstellung)

Für die Auswertung wird somit der Bezug zu beiden Interviews hergestellt, dadurch wird die Detailtiefe als Vorteil einer Panelerhebung genutzt (siehe Kapitel 6.5). Wie Abbildung 10 zu entnehmen ist, liegen zwischen dem ersten Interview (t1) und der zweiten Erhebung (t2) die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung und ein vollständiges Semester (April bis Oktober) Zeit, um neues Wissen und neue Fertigkeiten in der Praxis zu berücksichtigen und zu erproben. Die Teilnehmenden müssen die zeitliche Gelegenheit zur Erprobung haben, damit Aussagen zu ihrem Transferverhalten untersucht werden können.

## 6.1 Qualitative Panelerhebung

Charakteristisch für das Längsschnittdesign ist die Datenerhebung zu mehreren Zeitpunkten über einen längeren Zeitraum (vgl. z.B. Fischer & Kade, 2012, 614; Flick, 2008, 256; Diekmann, 2009, 305; Witzel, 2010, 292). Vorteil einer Längsschnittuntersuchung ist die Detailtiefe, die durch sich wiederholende Erhebungszeitpunkte erreicht werden kann. Prozesse, Folgen und Veränderungen können erst durch die wiederholten Zeitpunkte sichtbar gemacht werden (vgl. Fischer & Kade, 2012, 615). Zu unterscheiden sind zwei Arten der Längsschnitterhebungen: das Trenddesign und die Panelstudie. Bei der Trendstudie werden Daten von unterschiedlichen Stichproben zu mehreren Zeitpunkten zu einer Forschungsfrage erhoben. Als Panelstudien werden Projekte bezeichnet, die eine feste Gruppe von Teilnehmenden über einen vordefinierten Forschungszeitraum untersuchen und mindestens zwei Erhebungszeitpunkte beinhalten (vgl. Witzel, 2010, 292; Diekmann, 2009, 305). Um den Ansprüchen einer klassischen Panelstudie gerecht zu werden, besteht diese Studie aus Interviews mit den gleichen Teilnehmenden. Die Panelerhebung umfasst Interviews mit den gleichen Teilnehmenden zu zwei Erhebungszeitpunkten. Der Inhalt wird jedoch unterschiedlich gestaltet, da die Interviews zu den verschiedenen Zeitpunkten unterschiedliche Funktionen erfüllen. Die ersten Interviews erheben den Ist-Zustand der Lehrgestaltung und fragen nach Erwartungen, Erfahrungen und Motivationen. Das Erkenntnisinteresse der zweiten Erhebung fokussiert den Lerntransfer, die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung sowie Informationen zur Lehrgestaltung nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung. Überdies dienen die Interviewdaten aus beiden Erhebungszeitpunkten dazu, den Großteil der Ebene der Teilnehmenden zu eruieren sowie die organisationale Lernkultur und die Lehre in der Medizin zu untersuchen. Veränderungen in Bezug auf die Umwelt der Teilnehmenden, in dieser Studie die organisationale Lernkultur, stellen eine zentrale Dimension dieser Arbeit dar und können durch das gewählte Design berücksichtigt werden. Zu betonen ist, dass die Panelstudie nicht im klassischen Sinne durchgeführt wird, sondern die Panelerhebung als Methodik genutzt wird, die Datenauswertung jedoch nicht dem klassischen Paneldesign folgt. In den Sozialwissenschaften dient die Panelstudie insbesondere dazu, unter Zuhilfenahme von quantitativen Messinstrumenten Hypothesen zu testen und Aussagen über kausale Bedingungen zu treffen, die durch eine mehrfache Datenerhebung der gleichen Teilnehmenden analysiert werden können (vgl. Pforr & Schröder, 2015, 1). Die vorliegende Arbeit ist davon abzugrenzen, da erstens ein qualitatives Vorgehen zur Erfassung des Lerntransfers dient, um diesen Lerntransfer nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung zu untersuchen. Hierbei erhalten sowohl zuvor definierte Kriterien, durch die Erstellung des theoretischen Rahmenmodells, als auch nicht intendierte Aspekte der Teilnehmenden eine Berücksichtigung. Dieser Offenheit kann nur eine qualitative

Datenerhebung gerecht werden. Damit einhergehend stehen zweitens die Teilnehmenden mit ihren subjektiven Sichtweisen und Begründungen im Mittelpunkt dieser Arbeit. Dieser Fokus kann nur durch eine qualitative Bearbeitung gewährleistet werden, da nicht intendierte Themen und Aspekte der Teilnehmenden berücksichtigt werden können. Ferner kann eine Schwerpunktsetzung individuell von den Interviewteilnehmenden vorgenommen werden. Ziel ist es, den subjektiv erfahrenen Lerntransfer zu untersuchen und dabei die Auswertung stets durch die subjektive Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden zu bestimmen. Aspekte, die den Lerntransfer beeinflussen können, sind durch die Teilnehmenden zu definieren, ebenso wie Veränderungen in der Lehrtätigkeit, da keine Nutzung von objektiven Maßstäben zur Erfassung des Lerntransfers dient. Daher stellt die Panelerhebung, als eine Ausprägung des Längsschnittdesigns, den methodologischen Rahmen dieser Arbeit dar, um Veränderungen in der Lehrtätigkeit der Teilnehmenden zu eruieren und durch ein qualitatives Vorgehen zu analysieren.

Einen Vorteil dieser Panelerhebung stellt die Erfassung von Veränderungen in Handlungs- und Sichtweisen der Befragten dar (vgl. Flick, 2008, 256; Fischer & Kade, 2012, 615). Vor allem für die individuellen Sichtweisen und die prozesshafte Forschung ist die Panelerhebung anwendbar (vgl. Witzel, 2010, 299; Diekmann, 2009, 305). Daher eignet sich die Panelerhebung, um den Lerntransfer in der Medizindidaktik zu untersuchen. Die in dieser Studie gewählten Erhebungszeitpunkte, vor und nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung, sind notwendig, um Auswirkungen und Veränderungen im Verhalten zu erfassen (vgl. z. B. Reischmann, 2006, 155; Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006, 54; Fabry et al., 2010, 3). Zu berücksichtigen ist die Möglichkeit, dass die Teilnehmenden aus strukturellen oder personellen Gründen keine Gelegenheit zur Anwendung des Erlernten hatten. Auch dies wäre ein Erkenntnisgewinn, da die medizindidaktische Qualifizierung eventuell an bestehende Strukturen angepasst werden muss (vgl. Reischmann, 2006, 109). Diese Art der Datenerhebung wird innerhalb der qualitativen Forschung eher selten gewählt (vgl. Flick, 2008, 256). Gründe stellen das zeit- und ressourcenaufwendige Design dar (vgl. Witzel, 2010, 299). Jedoch hat die qualitative Panelerhebung in den letzten Jahren insbesondere in der Entwicklungspsychologie an Bedeutsamkeit gewonnen (vgl. Witzel, 2010, 290). Zentral für die qualitative Panelerhebung ist die Fokussierung auf die subjektive Sichtweise der Interviewten. Hierbei werden die Teilnehmenden im Spannungsfeld ihrer Umwelt betrachtet (vgl. Witzel, 2010, 291). Für die Bearbeitung der vorliegenden Forschungsfrage kann die qualitative Panelerhebung die Fokussierung auf die subjektiven Bedeutungszuschreibungen der Teilnehmenden in Bezug auf die Veränderungen in der Lehre unterstützen. Da ein Vorteil in der Erfassung der Veränderungen in den Sicht- und Handlungsweisen der Teilnehmenden liegt, kann diese Erhebungsmethode helfen, den subjektiven Lerntransfer der Teilnehmenden zu untersuchen. Durch die Wahl der qualitativen

Panelerhebung können die subjektiven Sichtweisen sowie der prozesshafte Charakter im Sinne einer Veränderung und Entwicklung über den Zeitraum der Studie im Mittelpunkt der Datenerhebung stehen; daher eignet sie sich, um die vorliegende Forschungsfrage basierend auf den Daten des qualitativen Panels zu bearbeiten.

## 6.2 Fokussierte Interviews

Im klassischen fokussierten Interview nach Merton & Kendall (1979) dient die Fokussierung, beispielsweise ein zuvor geschauter Film, gelesener Artikel oder eine zuvor erlebte Situation, als Gesprächsanreiz (vgl. Hopf, 2008, 353; Kruse, 2015, 156). Interviews, Beobachtungen, Gruppendiskussionen und Aufzeichnungen können als Material für das fokussierte Interview dienen (vgl. Witzel, 2010, 292; Hopf, 2008, 354), da sie den Grundformen qualitativer Daten entsprechen (vgl. Patton, 2002, 4). Bei der gewählten Interviewform werden spezifische Erfahrungen der Individuen auf einer gemeinsamen Interessen- und Gegenstandsbasis untersucht (vgl. Friebertshäuser & Langer, 2010, 441; Hopf, 2008, 355). Ziel eines fokussierten Interviews ist die Erfragung von subjektiven Wahrnehmungen, Definitionen und Reaktionen (vgl. Friebertshäuser & Langer, 2010, 441). Die Erfassung der subjektiven Bewertungen und Erfahrungen der interviewten Personen kann im Kontext der Fokussierung besonders gehaltvoll sein (vgl. Mey & Mruck, 2011, 267; Kruse, 2015, 156). Beim klassischen fokussierten Interview wird der erste Erhebungszeitraum kontextspezifisch gewählt, die subjektive Relevanz sollte für die interviewten Personen nachvollziehbar sein. Der Zeitpunkt kann wahllos sein oder auf einem bevorstehenden Ereignis basieren (vgl. Witzel, 2010, 292). Da der subjektiv erfahrene Lerntransfer im Mittelpunkt dieser Arbeit steht, wird als Interviewform das fokussierte Interview gewählt. In diesem können die Teilnehmenden ihre subjektiven Erfahrungen und Bedeutungszuweisungen zu den angesprochenen Themen äußern. Als Fokus der Interviews dient die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung als gemeinsamer Gegenstand. Somit wird kein aktiver Reiz/Fokus gesetzt, vielmehr wird die inhaltliche Fokussierung auf die bevorstehende medizindidaktische Qualifizierung als gemeinsame Basis betrachtet. Das erste Interview dient als Ausgangssituation (Ist-Zustand) und wird vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung erhoben, da Erwartungen und Erfahrungen im Kontext der Medizindidaktik thematisiert werden. Um den Lerntransfer und die Veränderungen in der Lehrtätigkeit zu untersuchen, wird ein zweiter Erhebungszeitpunkt benötigt, in dem auf konkrete Veränderungen in der Lehrtätigkeit eingegangen werden kann. Insgesamt erhält die persönliche Bedeutung in dieser Interviewform eine besondere Relevanz und kann die Subjektorientierung dieser Arbeit unterstützen. Lerntransfer kann demnach erst durch eine Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden erfasst werden. Um die Erwartungen, Erfahrungen und den Lerntransfer,



basierend auf den individuellen Settings der Teilnehmenden, zu erfassen, wird dieses qualitative Forschungsdesign gewählt.

Einen weiteren Grund für die Wahl des fokussierten Interviews stellt die Option dar, dass die Befragten ihre persönlichen Erfahrungen und Bewertungen zu den angesprochenen Themen äußern können. Insgesamt dient das fokussierte Interview dazu, gegenstandsbezogene Ausführungen und die persönliche Bedeutung zu den gestellten Fragen zu erhalten (vgl. Hopf, 2008, 355). Ein weiteres Ziel des fokussierten Interviews ist es, den Befragten die Möglichkeit zu geben, nicht intendierte Themen anzusprechen und den Bereich der Themen zu maximieren (vgl. Hopf, 2008, 354).

In Anlehnung an diese Ausführungen eignet sich das fokussierte Interview zum einen dazu, die vorliegende Forschungsfrage zu bearbeiten, und zum anderen unterstützt diese Art der Datenerhebung die Subjektorientierung in dieser Arbeit. So kann basierend auf der von Holzkamp ausgeführten subjektorientierten Lerntheorie eine Adressierung der subjektwissenschaftlichen Erwachsenenbildungsforschung nahegelegt werden (vgl. Göhlich, 2012, 27).

### 6.3 Leitfadenkonstruktion

Die Leitfadenkonstruktion dient als Unterstützung bei der Datenerhebung und basiert auf dem theoretischen Rahmenmodell dieser Arbeit. Im Folgenden wird daher auf den Sinn und Zweck von Leitfäden, das theoretische Rahmenmodell dieser Arbeit als Begründung für den Aufbau der Leitfäden, die Systematik der Leitfäden sowie auf die zwei verwendeten Leitfäden für die Interviewzeitpunkte vor und nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung eingegangen.

Um die zu führenden Interviews zu strukturieren und eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wird im Vorfeld ein Leitfaden für beide Erhebungszeitpunkte konzipiert (Leitfäden siehe Anhang). Die Ziele eines Leitfadens sind, eine Strukturierung der Themen zu ermöglichen (vgl. Kruse, 2015, 209; Patton, 2002, 343), das Wissen der Forschenden zu organisieren (vgl. Mey & Mruck, 2011, 278) und auf inhaltlicher Ebene eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten (vgl. Gläser & Laudel, 2010a, 61 ff.; Kruse, 2015, 209; Patton, 2002, 343). Der Vorteil von Interviews mit Leitfäden gegenüber standardisierten Fragebögen ist im Allgemeinen die relativ offene Gestaltung des Interviews (vgl. Flick, 2011, 194). Dadurch wird den Interviewten mehr Raum für die subjektiven Sichtweisen zugesprochen (vgl. Flick, 2011, 194; Kruse, 2015, 212). Daher wird zur Untersuchung des Lerntransfers aus der subjektiven Sichtweise der Teilnehmenden ein Leitfaden genutzt.

Das theoretische Rahmenmodell dieser Studie dient als Orientierung für die Konzeption der Leitfäden. Wie Abbildung 9 zu entnehmen ist, hat das theoretische Rahmenmodell zur Aufgabe, die Bearbeitung der Forschungsfrage zu unterstützen. Hierbei wird untersucht, wie

sich Lerntransfer in der Medizindidaktik gestaltet. Insbesondere Veränderungen in der Lehrtätigkeit der Teilnehmenden stehen im Fokus des Lerntransfers. Daher erhalten Fragen zur „eigenen Lehre“ der Teilnehmenden einen großen Stellenwert in den Leitfäden. Während das erste Interview den Ist-Zustand erfasst, können durch das zweite Interview Entwicklungstendenzen durch die Ausführungen der Teilnehmenden untersucht werden. Aus diesem Grund sind ausführliche Schilderungen zur Lehrgestaltung, der Reflexion der eigenen Lehre, dem Anspruch an Lehre sowie zu den Rahmenbedingungen der Lehre (siehe Leitfaden) notwendig. Ferner sind jene Aspekte in den Leitfäden des ersten Interviews integriert, die sich auf die Erfahrungen, die Motivation, das Engagement und die Erwartungen im Kontext der Medizindidaktik und der medizindidaktischen Qualifizierung beziehen. Diese Dimensionen sind dem theoretischen Rahmenmodell dieser Arbeit auf der Ebene der Teilnehmenden entnommen. Spezifisch sind Fragen zu der Lern- und Teilnahmemotivation, dem Vorwissen, dem Engagement sowie den Erwartungen zur Nützlichkeit und Relevanz der Inhalte aus dem theoretischen Rahmenmodell in den Leitfäden integriert.

Neben den inhaltlichen, am theoretischen Rahmenmodell orientierten Fragen dient eine Eingangsfrage zur Eröffnung und eine Ausgangsfrage zum Abschluss der Interviews. Diese Fragen sind ebenfalls strukturiert gestaltet. Als Eröffnungsfrage bei dem Interview vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung fungiert die Erzählaufforderung „Können Sie mir bitte etwas dazu erzählen, in welchem Kontext Sie lehren?“. Als Abschlussfrage werden die Teilnehmenden nach ergänzenden Aspekten oder Ausführungen im Vorfeld der medizindidaktischen Qualifizierung gefragt, auf die noch nicht eingegangen wurde. Auch an dieser Stelle wird die subjektive Relevanzsetzung der Teilnehmenden berücksichtigt und nach Aspekten gefragt, die die Teilnehmenden noch ansprechen möchten. Somit kann die Offenheit gestärkt und noch nicht angesprochene Themen besprochen werden (vgl. Helfferich, 2009, 181; Gläser & Laudel, 2010a, 90 ff.).

Die Systematik des Leitfadens gestaltet sich durch die Aufführung der Inhalte und Themen, die um die Hauptfrage ergänzt und schließlich durch mehrere Nachfragen zu detaillierten Aspekten ausgeführt werden. Bei den Nachfragen wird hinter der jeweiligen Frage das Thema konkretisiert. Der Begriff des Themas taucht jedoch nicht wörtlich in der Frage auf, vielmehr dient er als Ankerpunkt für die Interviewerin. Beispielsweise wird bei der Kategorie „Eigene Lehre“ das Thema „Gestaltung der eigenen Lehre“ erfragt. Hierbei wird die Frage „Wie machen Sie Lehre?“ als Hauptfrage genutzt. Als konkrete Nachfragen auf den unterschiedlichen Ebenen dienen auszugsweise „Wie bereiten Sie sich auf Ihre Lehre vor?“, „Wie läuft Ihre Lehre ab?“ und „Welche Methoden verwenden Sie in Ihrer Lehre?“. Hierbei stehen die Aspekte Vorbereitung, Ablauf und Gestaltung als Nachfragen zur Verfügung. Die Nachfragen werden jedoch nur dann gestellt, wenn die Teilnehmenden die Themen nicht selbständig ansprechen. Durch diese Konzeption und vor allem die relativ weit gefasste Hauptfrage und die detaillierten

Nachfragen wird versucht, dem Spannungsfeld von Offenheit und Strukturiertheit zu begegnen. Dieser Spannung kann im Vorfeld Rechnung getragen werden, wenn sie bei der Leitfadenskonstruktion berücksichtigt wird (vgl. Kruse, 2015, 212). Demnach kann ein Leitfaden so konzipiert sein, dass er dynamisch und flexibel handhabbar ist und dennoch eine Struktur aufweist. Dadurch können sowohl die Offenheit als auch die Strukturiertheit berücksichtigt werden (vgl. Kruse, 2015, 212; Helfferich, 2009, 180).

Nach drei Probeinterviews mit zwei Personen aus der Zielgruppe und einem Kollegen, der nicht in das Forschungsprojekt involviert ist, wurde der erste Leitfaden, insbesondere die Eingangs- bzw. Eröffnungsfrage, modifiziert. Die Frage „Wie kam es dazu, dass Sie Lehre in der Medizin machen?“ assoziierte bei den Probeinterviews immer den Zwang der Lehre neben Forschung und Patient\*innenversorgung. In den Rückmeldungen nach den Interviews wurde diese Frage als eher hinderlich beschrieben. Da die Lehre obligatorisch für die Ärzt\*innen ist, erscheint diese Frage auch eher als eine rhetorische Frage. Somit wird die Eingangsfrage „In welchem Kontext machen Sie Lehre?“ gestellt. Damit wird ein weites und neutrales Feld für die Interviewten aufgemacht. Die Frage nach der eigenen Lehre wird in einem separaten Abschnitt des Interviews behandelt. Zusätzlich wurden Verständnisprobleme durch die Probeinterviews deutlich. Anhand dessen wurden an einigen Äußerungen sprachliche Veränderungen vorgenommen, um Missverständnissen vorzubeugen. Insgesamt wurde der Leitfaden von den drei Interviewten als gut und hinreichend eingeschätzt.

Bei der Konstruktion des zweiten Leitfadens für das Interview nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung steht ebenfalls eine Erzählaufforderung über die „eigene Lehre“ der Teilnehmenden im Fokus. Diese dient dazu, Veränderungen in der Lehrtätigkeit durch die Erzählungen im ersten Interview zu erfassen. Ferner erhalten jene Aspekte des theoretischen Rahmenmodells eine Berücksichtigung, die im Rahmen dieser Arbeit untersucht werden können und die bei der Bearbeitung der Forschungsfrage dienlich erscheinen. Trotz dieser Selektion ergab sich ein inhaltlich vielseitiger Leitfaden, der auf dem theoretischen Rahmenmodell dieser Arbeit basiert. Aus dem theoretischen Rahmenmodell werden auf der Ebene der Teilnehmenden die Erwartungen, die Erfahrungen, das Engagement und die Motivation bei der Konstruktion des Leitfadens berücksichtigt. Bei der Ausgestaltung von Weiterbildungen können die didaktische Gestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung wie auch die Nutzung von arbeitsplatzspezifischen Themen aus dem theoretischen Modell in den Leitfaden übernommen werden. Im Kontext der organisationalen Lernkultur können aus dem theoretischen Rahmenmodell die Rahmenbedingungen, das Transferklima und die Unterstützung der Umgebung zur Leitfadenskonstruktion beitragen. Die übergeordneten Themen gliedern sich in mehrere Unterfragen auf, die im Leitfaden ausdifferenziert werden (siehe Anhang). Auch dieser Leitfaden wurde basierend auf drei Probeinterviews inklusive Rückmeldungen und der kritischen Betrachtung im Rahmen zweier Kolloquien verändert und

modifiziert. Hierbei wurde insbesondere eine Reduzierung der Fragen vorgenommen und eine verstärkte Offenheit bei den Fragen angestrebt.

#### 6.4 Datenerhebung & -aufbereitung

Die Interviews wurden sowohl am Arbeitsplatz der Teilnehmenden, in einem Büro auf der Station oder Ambulanz als auch in den Räumlichkeiten des Instituts für Medizinische Lehre und Ausbildungsforschung geführt. Vor Beginn des ersten Interviews willigten alle Teilnehmenden in die Einwilligungserklärung dieser Studie zum Datenschutz und dem Umgang mit den Daten dieser Studie ein. Insbesondere bei Panelerhebungen ist zu bedenken, dass die Einwilligung der Teilnehmenden bereits zu Beginn der Studie für den gesamten Zeitraum vorliegt (vgl. Witzel, 2010, 293).

Die Interviews wurden mit einem Audiogerät aufgezeichnet und anschließend mit der Transkriptionssoftware f4transkript transkribiert. Da die empirische Sozialforschung über keine feststehenden Transkriptionsgesetze verfügt (vgl. Kuckartz, 2010, 41), orientiert sich die Transkription der Interviewdaten an den einfachen Transkriptionsregeln (inhaltlich-semantische Transkription) nach Kuckartz et al. (2010) und Dresing & Pehl (2018). Somit sind in dieser Interviewstudie die Transkriptionsregeln definiert, um dem Forschungszweck des Projektes gerecht zu werden (vgl. Kuckartz, 2010, 41). Hierbei ist keine Übernahme von Dialekten oder sprachlichen Färbungen notwendig. Insgesamt erfolgen eine wörtliche Transkription und eine Übertragung des Textes in normales Schriftdeutsch (vgl. Kuckartz, 2010, 44; Dresing & Pehl, 2018, 18 ff.). Die Inhalte der Interviews stellen in dieser Studie den Fokus dar (vgl. Dresing & Pehl, 2018, 18), die Art der sprachlichen Ausführungen ist für den Forschungszweck zweitrangig. Jegliche Angaben, die Rückschlüsse auf die interviewte Person zulassen, sind anonymisiert (vgl. Kuckartz, 2010, 44). Neben der Fachrichtung der Interviewten betrifft dies beispielsweise auch Äußerungen zu Lehrthemen, typischen Verletzungen der Fachrichtung, Untersuchungen und weiteren Berufen im Gesundheitswesen. Diese sind insofern anonymisiert, als kein Rückschluss auf die Teilnehmenden und die Fachdisziplin möglich ist (z. B. @Fachrichtung 1@, @Ausbildungsberuf 2 im Gesundheitswesen@, @Besprechung der medizinischen Maßnahme 1@). Sprechakte der Befragten sind mit dem Buchstaben B gekennzeichnet. Die Interviewerin ist am Anfang der Lautäußerung mit dem Buchstaben I aufgeführt (vgl. Kuckartz, 2010, 44; Dresing & Pehl, 2018, 22). Jeder Redebeitrag erhält einen eigenen Absatz (vgl. Dresing & Pehl, 2018, 22), der mit Zeitmarken markiert und mit einer Zeilennummerierung versehen ist. Pausen sind erst nach drei Sekunden gekennzeichnet (...). Gleichzeitiges Sprechen ist mit # markiert, Inhalte, die zwischen den #-Symbolen liegen, wurden gleichzeitig gesprochen. Bei langen Sätzen sind, wenn möglich, Interpunktionen zur besseren Lesbarkeit gesetzt. Hier wird darauf geachtet, dass Sinneinheiten beibehalten werden (vgl. Dresing & Pehl, 2018, 21). Die Transkripte sind nach den Teilnehmenden benannt; so ist jedes Interviewzitat wie folgt kenntlich gemacht:

Transkript\_*Pseudonym\_Interviewzeitpunkt*, *Position im Transkript mit Zeilenangabe* (z. B. Transkript\_P1\_1, Pos. 1–2). Der Interviewzeitpunkt ist mit 1 vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung und 2 nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung aufgeführt.

Bei dem Interview nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung wird ein Bezug zu den Erwartungen und dem Vorwissen der Teilnehmenden geschaffen. Dies geschieht durch die zum Teil wortwörtlichen Wiederholungen der Erwartungen und des Vorwissens der Teilnehmenden und die Frage, inwiefern die Erwartungen erfüllt wurden und das Vorwissen bei der medizindidaktischen Qualifizierung hilfreich war. Dies hat den Zweck, an die Erwartungen der Teilnehmenden anzuknüpfen und basierend auf dem Vorwissen den Lerntransfer zu untersuchen.

Im Anschluss an die Interviews fertigt die Interviewerin Notizen zu den Umständen, Räumlichkeiten und der Gesprächsatmosphäre an. Diese Aufzeichnungen können mögliche unklare Aspekte in der Analyse unterstützen oder teilweise begründen. Eine Reflexion der Interviewsituation direkt im Anschluss niederzuschreiben, kann während der Interpretation der Daten hilfreich sein, da der Kontext und die Hintergrundinformationen notiert wurden (vgl. Patton, 2002, 384).

## 6.5 Ablauf des inhaltsanalytischen Vorgehens

Das Prinzip der Offenheit wie auch das theoriegeleitete Herangehen, in Bezug auf die Auswertung der Interviews, liegen dieser Arbeit zugrunde. Vereinbar ist dies nur mit einem deduktiv-induktiven Vorgehen. Der variablenorientierte Ansatz von Gläser & Laudel (1999) wie auch das deduktiv-induktive Vorgehen bei Kuckartz (2016) zeigen Vorteile gegenüber der entweder rein deduktiven oder rein induktiven Vorgehensweise bei anderen qualitativen Ansätzen. Diese Arbeit folgt in Anlehnung an Mayring (1999 & 2000) und Kuckartz (2016) der inhaltlichen Strukturierung mit Hilfe von formalen und materialen Kategorien. Formale Kategorien beziehen sich dabei auf einen Teil des Untersuchungsgegenstandes und dienen der Dimensionierung, können jedoch noch keine inhaltlichen Ergebnisse liefern. Die materialen Kategorien hingegen helfen, die Forschungsfrage zu bearbeiten, und füllen die zuvor eröffneten Kategorien mit Inhalt (vgl. Mayring, 2000, 85; Mayring, 1999, 80). In Anlehnung an diese beiden Ansätze ist somit auf der Basis des theoretischen Rahmenmodells, das auch schon in der Leitfadenskonstruktion Berücksichtigung erhalten hat, ein Kategoriensystem mit überwiegend formalen Haupt- und Unterkategorien entstanden. Die Basis für die Codierung der Daten bildet die inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz. Dieser Ansatz eignet sich insbesondere dann, wenn eine Kategorienbildung sowohl aus der Theorie wie auch aus der Empirie angefertigt wird (vgl. Kuckartz, 2016, 96). Als

deduktive Kategorien fungieren alle Aspekte des theoretischen Rahmenmodells, da diese als theoretische Vorannahmen zum Lerntransfer in der Medizindidaktik dienen.

Die mit Hilfe von MAXQDA codierten Daten orientieren sich in der Datenaufbereitung an Gläser & Laudel (1999) und Kuckartz (2016). Hierbei dient ein Kategoriensystem aus der Theorie und Vorüberlegungen, welches im Prozess der Analyse basierend auf dem Material erweitert und angepasst wird, als Orientierung und Strukturierung (vgl. Schmidt, 2010, 477; Gläser & Laudel, 2010, 205). Aufgrund der fokussierten Interviews erhält die Inhaltsanalyse keine objektive Dimension, sondern stellt die subjektiven Sichtweisen der Teilnehmenden im Kontext des Gegenstandes dar (vgl. Friebertshäuser & Langer, 2010, 441). Bei der Codierung der Interviews sind zwei Vorgehensweisen zu unterscheiden. Für die Erarbeitung des empirischen Modells erfolgt das oben beschriebene deduktiv-induktive Vorgehen, da bereits differenzierte theoretische und empirische Befunde aus dem Lerntransferdiskurs bekannt sind (siehe theoretisches Rahmenmodell dieser Arbeit). Diese Vorannahmen, die auch im Leitfaden Verwendung finden, dienen als deduktiv-formale Kategorien, die durch die materialen Kategorien, die aus den Interviews gewonnen werden, vervollständigt werden. Der Lerntransfer und die Lehre in der Medizin hingegen sind, wie ebenfalls im empirischen Rahmenmodell abgebildet, direkt am Material zu erschließen, da es zu dem spezifischen Untersuchungsfeld und -gegenstand wenig theoretische Vorannahmen und vor allem wenig wissenschaftliche Erkenntnisse gibt und darüber hinaus die subjektive Sichtweise der Teilnehmenden im Fokus steht. Ferner ist für die Besonderheit der medizinischen Lehre unter dem Aspekt der Bedeutungszuweisung der Teilnehmenden ebenfalls ein rein induktives Vorgehen zu vermerken. Da diese Komponenten im empirischen Rahmenmodell einen neuen Aspekt darstellen, sind diese Ergebnisse nicht in Abgrenzung zum theoretischen Rahmenmodell zu diskutieren. Vielmehr können die Ergebnisse helfen, die Bedeutung für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden und den Lerntransfer auf den Ebenen der Teilnehmenden, der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung und der organisationalen Lernkultur zu verdeutlichen. Bei dieser induktiven Kategorienbildung folgt eine Anlehnung an das Vorgehen des offenen Codierens der Grounded Theory (vgl. Kuckartz, 2016, 82), das in einem mehrstufigen Prozess abläuft. Nach einer ersten Codierung ist es besonders wichtig, erscheinende Kategorien der Lehre in der Medizin und des Lerntransfers herauszuarbeiten und dabei die Teilnehmenden und deren Bedeutungszuweisungen stets im Fokus zu behalten. Bevor auf die einzelnen Schritte des inhaltsanalytischen Vorgehens detailliert eingegangen wird, besteht die Notwendigkeit, die Verwendung der zwei Interviews im Sinne des Erkenntnisinteresses für diese Arbeit, insbesondere im Hinblick auf die Erarbeitung des empirischen Rahmenmodells, zu erläutern. Zu differenzieren sind hierbei die Daten des Interviews vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung und die Interviewdaten nach der Teilnahme sowie die Daten beider Interviews dieser Studie

zusammen. Wie bereits an einigen Stellen dieser Arbeit ausgeführt (siehe Kapitel 6, 6.2 & 6.3), dient das erste Interview vor allem der Erfassung des Ist-Zustandes. Um die Forschungsfrage dieser Arbeit zu bearbeiten, sind die Daten der ersten Erhebung vor allem für die Ebene der Teilnehmenden relevant. Die Daten der ersten Erhebung bilden die Grundlage der Analyse des Engagements, der Erfahrungen wie auch der Erwartungen aus den Interviews vor der Teilnahme. Ziel ist es, die subjektiven Sichtweisen der Teilnehmenden vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung zu erfassen und dabei vor allem die Erwartungen, im Sinne der didaktischen Ausgestaltung, die Erfahrungen, vor allem didaktisches Vorwissen und Erfahrungen in Lehr-/Lernsettings, und das Engagement, in Bezug auf die Organisation und den Beruf, zu erheben. Dies erscheint durch die Nutzung der Daten des ersten Interviews möglich, da die Teilnehmenden zum Zeitpunkt des Interviews noch nicht an der medizindidaktischen Qualifizierung teilgenommen haben und somit nicht auf Wissen und Erfahrungen aus der Qualifizierung zurückgreifen können. Dies stellt eine Möglichkeit dar, den Ist-Zustand sowohl für die Lehrgestaltung als auch für die Erwartungen, Erfahrungen und das Engagement unabhängig von der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung zu erfassen. Daraus ergibt sich die Chance, Veränderungen in der Lehrtätigkeit zu analysieren. Diese Veränderungen, im Sinne des Lerntransfers, beruhen somit auf der Analyse der Interviews nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung. Hierbei erscheint ein zeitlicher Abstand zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung notwendig, damit die Teilnehmenden Veränderungen in der Lehrtätigkeit benennen können. Daher erfolgt die Erschließung der Modellkomponente des Lerntransfers ausschließlich basierend auf den Interviewdaten nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung. Darüber hinaus können auf der Ebene der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung die Daten nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung als Interpretationsgrundlage dienen. Dies erscheint notwendig, da die Teilnehmenden die didaktische Gestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung beurteilen und dies die Teilnahme an der Qualifizierung voraussetzt.

Neben der Verwendung der Daten jeweils eines Interviewzeitpunktes basiert das inhaltsanalytische Vorgehen auch auf der Nutzung der Daten beider Datenerhebungen. Die Daten beider Interviews können hilfreich sein, um Einblicke in die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden zu erhalten. Darüber hinaus erhalten die Daten des ersten und zweiten Interviews eine Bedeutung, um die Lehre in der Medizin, als neue Modellkomponente, induktiv zu erschließen (siehe unten). Hierbei kann durch die zwei Erhebungszeitpunkte eine Detailtiefe angestrebt werden. Da in dieser Arbeit neben dem Lerntransfer auch beeinflussende Aspekte identifiziert werden, tragen die Daten beider Interviews dazu bei, die Modellkomponente der organisationalen Lernkultur auszugestalten. Überdies geben die Daten sowohl vor als auch nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung Aufschluss

über einen Teil der Modellkomponente der Teilnehmenden. In diesem Zusammenhang verhelfen die Daten beider Erhebungszeitpunkte bei der Erfassung der Motivation. Da die Motivation eine differenzierte Betrachtung in Form der Lern- und Teilnahmemotivation wie auch der Transfermotivation erhält, kann die Nutzung beider Erhebungszeitpunkte dazu verhelfen, die Motivation übergreifend zu erfassen. Dies gelingt, indem beide Interviews, vor und nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung, zum inhaltsanalytischen Vorgehen und damit einhergehend zur Erarbeitung des empirischen Rahmenmodells beitragen. Somit können beispielsweise Lernmotive sowohl vor als auch nach der Teilnahme an der Qualifizierung dazu beitragen, zu erklären, welche Aspekte den Lerntransfer beeinflussen können. An gegebener Stelle erfolgt ein weiterer Hinweis auf die Nutzung der unterschiedlichen Daten der Erhebungszeitpunkte.

Der Ablauf des inhaltsanalytischen Vorgehens basiert auf einem Neun-Schritte-Plan (siehe Tabelle 5), der die Forschungsfrage mit Hilfe eines deduktiv-induktiven Vorgehens bearbeitet. Hierbei erfolgt an unterschiedlichen Stellen im Analyseprozess die Nutzung von spezifischen Daten, um ein empirisches Rahmenmodell zu erstellen (siehe oben).

Als erster Schritt des inhaltsanalytischen Vorgehens dieser Arbeit (Vorbereitung auf Datenanalyse) steht die Vorbereitung der Daten, mit dem Ziel, einen Überblick über die Interviewdaten zu erhalten. Das mehrmalige vollständige Lesen der vorhandenen Transkripte und das Notieren von Themen, die behandelt werden, dienen dazu, einen ersten Überblick über die Interviews zu erhalten. Dies geschieht zum einem vor dem Hintergrund der Fragestellung dieser Arbeit und zum anderen auch mit der Absicht, nicht intendierte Themen zu sichten und wird von Schmidt (2010) als eine wesentliche Vorarbeit beschrieben, bevor die Aspekte Kategorien zugeordnet werden (vgl. Schmidt, 2010, 450). Überdies wird dadurch versucht, ein Gesamtverständnis der jeweiligen Interviewdaten zu erhalten (vgl. Kuckartz, 2016, 56). Die Textarbeit schließt an die erste Sichtung der Transkripte an. Für eine Zusammenfassung der Interviews folgt die Anfertigung von Case-Summarys zu allen Interviews. Diese fassen systematisch, vor dem Hintergrund der Forschungsfrage, zentrale Aspekte der Interviews zusammen (vgl. Kuckartz, 2016, 58 ff.). Dies dient einer ersten Systematisierung anhand der Dimensionen des theoretischen Rahmenmodells und der Forschungsfrage. Durch eine Ausweitung der Textarbeit verhilft diese zu einem erweiterten Überblick über die Daten – ergänzt durch die Markierung von wichtigen Textstellen, wobei die vorliegende Fragestellung und deren Bearbeitung im Mittelpunkt der Markierungen stehen (vgl. Kuckartz, 2016, 56 f.; siehe Tabelle 5).










In einem nächsten Schritt (Entwicklung eines formalen Kategoriensystems) stehen das formale Kategoriensystem und eine erste Version eines Codierleitfadens im Fokus, die insbesondere auf dem theoretischen Rahmenmodell und dessen Systematik basieren. Das



theoretische Rahmenmodell baut auf den operationalisierten Merkmalen des Lerntransfers in der Medizindidaktik auf und kann durch die Dimensionierung die Arbeit systematisieren. Um die Nachvollziehbarkeit der Datenauswertung zu gewährleisten, folgt die Erstellung eines Codierleitfadens für jede Kategorie. Diese Codierleitfäden sind für alle Dimensionen des empirischen Rahmenmodells im Anhang dieser Arbeit einsehbar. Der Codierleitfaden fungiert als Hilfestellung, das Material anhand der Kategorien, mit den dazugehörigen Ankerbeispielen, Definitionen und Abgrenzungen, zu analysieren (vgl. Mayring, 2010, 97; Gläser & Laudel, 1999, 13).

Um daran anschließend die Interviews vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung in einem ersten Durchgang zu strukturieren und zu systematisieren (Codierung eines Teils des Datenmaterials), dient das formale Kategoriensystem als Grundlage für die Codierung. Dieser erste Codierprozess besteht aus dem sequenziellen Lesen der Interviews vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung und dem Zuweisen der Textabschnitte zu den thematischen Kategorien (vgl. Kuckartz, 2016, 102). Als Analyseeinheiten fungieren Satzteile bis zu einem ganzen Textabsatz, die auf der Grundlage einer nachvollziehbaren Sinneinheit am Material zu definieren sind (vgl. Gläser & Laudel, 2010b, 210). Dabei ist eine gleichzeitige Zuordnung der Textabschnitte zu mehreren Themen möglich (vgl. Kuckartz, 2016, 102).

Tabelle 5: Übersicht über den Ablauf des inhaltsanalytischen Vorgehens

<b>Ablauf des inhaltsanalytischen Vorgehens</b>	
	<b>1. Vorbereitung auf Datenanalyse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sichtung der Transkripte</li> <li>• Notizen zur Bearbeitung der Forschungsfrage und der nicht intendierten Themen</li> </ul>
	<b>2. Textarbeit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verfassen von Case-Summarys</li> <li>• Markierung von wichtigen Textstellen</li> </ul>
	<b>3. Entwicklung eines formalen Kategoriensystems</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deduktives Vorgehen, basierend auf dem theoretischen Rahmenmodell</li> <li>• Erstellung von Codierleitfäden</li> </ul>
	<b>4. Codierung eines Teils des Datenmaterials</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviews vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung (t1)</li> <li>• Nutzung des formalen Kategoriensystems</li> </ul>
	<b>5. Weiterentwicklung des Kategoriensystems</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erweiterung der formalen Kategorien in Rückbezug auf das theoretische Rahmenmodell</li> <li>• Entwicklung von materialen Kategorien anhand eines überwiegend induktiven Vorgehens</li> <li>• Strukturierung durch die Systematik des theoretischen Rahmenmodells</li> <li>• Erweiterung der Codierleitfäden</li> </ul>
	<b>6. Codierung des gesamten Datenmaterials mit erweitertem Kategoriensystem</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviews vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung (t1)</li> <li>• Interviews nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung (t2)</li> </ul>
	<b>7. Erweiterung des Kategoriensystems</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Basierend auf den Interviews nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung (t2)</li> <li>• Entwicklung von formalen und materialen Kategorien anhand eines überwiegend induktiven Vorgehens</li> <li>• Erweiterung der Codierleitfäden</li> </ul>
	<b>8. Codierung des gesamten Datenmaterials mit ausdifferenziertem Kategoriensystem</b>
	<b>9. Analyse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kategorienbasierte Erarbeitung eines empirischen Rahmenmodells</li> <li>• Herausarbeiten von ebenenspezifischen Zusammenhängen</li> <li>• Herausarbeiten von ebenenübergreifenden Zusammenhängen</li> </ul>

Durch eine Erweiterung des Kategoriensystems, als weiterer Schritt (Weiterentwicklung des Kategoriensystems), zielt das inhaltsanalytische Vorgehen auf eine weitere Strukturierung und Präzisierung des Kategoriensystems ab. Wie Tabelle 5 zu entnehmen ist, schließen eine Erweiterung der deduktiv-formalen Kategorien in Rückbezug zum theoretischen Rahmenmodell und eine induktive Erarbeitung von materialen Kategorien an dem Material an.

Diese materialen Kategorien dienen der Ausdifferenzierung der übergeordneten formalen Kategorien und bearbeiten die Forschungsfrage (vgl. Kuckartz, 2016, 106). Die Kategorienbildung am Material basiert auf dem offenen Codieren der Grounded Theory, wonach die Bearbeitung der Daten eine Zuordnung von Codes bezeichnet, die eine Analyseeinheit theoretisch darstellt (vgl. Kuckartz, 2016, 80). Das offene Codieren eignet sich besonders zur Bearbeitung der Forschungsfrage, da der Fokus auf einer offenen Vorgehensweise liegt und gleichzeitig eine zunehmende Fokussierung erfolgt. Ferner erhalten die Interviewten und ihre Begriffe eine Bedeutung bei der Erarbeitung der induktiven Kategorien (vgl. Kuckartz, 2016, 82). Die Codierleitfäden bedürfen durch die induktiven Kategorien und Erweiterungen in den formalen Kategorien einer Überarbeitung. Bei der Weiterentwicklung des Kategoriensystems ist es wichtig, dass eine Flexibilität und Offenheit erhalten bleiben. Bei Veränderungen und Erweiterungen kann ein Anknüpfen an die Entwicklung eines formalen Kategoriensystems wie auch der Codierung eines Teils des Datenmaterials notwendig erscheinen (siehe Tabelle 5).

Um das erweiterte Kategoriensystem, das bisher ausschließlich auf den Daten des ersten Interviews basiert, zu erweitern und die Aspekte einzuschließen, die durch die Nutzung der Interviews nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung zur Bearbeitung der Forschungsfrage dienen, folgen ein Einbezug beider Erhebungszeitpunkte und deren Codierung. Ziel ist es, über die Daten beider Interviewe eine Zuordnung auf der Grundlage des erweiterten Kategoriensystems zu ermöglichen. Daher stellt eine Codierung des gesamten Datenmaterials mit dem erweiterten Kategoriensystem den nächsten Schritt der Analyse dar (siehe Tabelle 5). Hierfür dienen sowohl die Daten aus den Interviews vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung (t1) als auch die Daten aus den Interviews nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung (t2). Hierbei erfolgt eine Zuordnung der Interviewsequenzen zu den im vorherigen Schritt erarbeiteten materialen Kategorien. Um die Anzahl der Codierungen zu kontrollieren und die Qualität zu gewährleisten, ist in diesem Zusammenhang eine Selektion der Daten im Hinblick auf die Nützlichkeit zur Bearbeitung der Forschungsfrage leitend. Alle Codierungen, die beispielsweise Aspekte des theoretischen Rahmenmodells thematisieren, darüber hinaus jedoch keine Relevanz für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden aufweisen, erhalten im weiteren Verlauf keine Berücksichtigung. Überwiegend dienen die Daten zu beiden Interviewzeitpunkten dazu, einen möglichen Einfluss auf den Lerntransfer zu erklären. Jedoch untersuchen die verschiedenen Erhebungszeitpunkte teilweise unterschiedliche inhaltliche Dimensionen (siehe oben). Während beispielsweise die Erwartungen und das didaktische Vorwissen der Teilnehmenden in Bezug auf die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung nur durch die Interviews vor der Teilnahme zu eruieren sind, ist die Thematisierung von neuen Aspekten aus den Interviews nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung in dem darauffolgenden Analyseschritt

(Erweiterung des Kategoriensystems) möglich. Der Interviewzeitpunkt ist durch die Darstellung der Interviewzitate kenntlich gemacht (vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung durch \_1 bzw. nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung durch \_2 nach der Zitation der Interviewsequenz). Durch die Erweiterung des Kategoriensystems auf der Basis der Interviews nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung erhalten vor allem die Aspekte des Lerntransfers und der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung einen Stellenwert, da die Codierung ausschließlich durch die Daten nach der Teilnahme erfolgt. Darüber hinaus ergeben sich durch den Einbezug der Daten nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung Veränderungen bei den bereits erstellten Kategorien, die darauf abzielen, das Kategoriensystem zu erweitern und zu spezifizieren. Diese Modifizierungen betreffen insbesondere die Kategorien der organisationalen Lernkultur, der Lehre in der Medizin sowie der Lern-, Teilnahme- und Transfermotivation, die auf beiden Interviewzeitpunkten basieren. Wie bereits oben beschrieben, ist die Bildung von formalen und materialen Kategorien anhand eines induktiven Vorgehens notwendig, um neue Modellkomponenten im empirischen Rahmenmodell zu erklären. Da Veränderungen und Prozesse durch die Panelerhebung im Fokus stehen (vgl. Fischer & Kade, 2012, 615), dienen zur induktiven Erfassung des Lerntransfers, im Sinne einer Veränderung der Lehrtätigkeit, nur Daten aus den Interviews nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung. Insbesondere liegt der Fokus auf Hinweisen in den Interviews, die eine Veränderung betonen oder eine Abgrenzung zu einem früheren Verhalten beschreiben. Als eine neue Dimension ist die Lehre in der Medizin ebenfalls rein induktiv am Material erarbeitet, um die subjektive Relevanzsetzung der Teilnehmenden im Hinblick auf ihre Lehrtätigkeit zu wahren. Somit ergibt sich eine Modifizierung des Kategoriensystems, auf dessen Änderung eine Erweiterung und Ergänzung der Codierleitfäden folgen.

Um daran anschließend in einem nächsten Codierprozess (Codierung des gesamten Datenmaterials mit ausdifferenziertem Kategoriensystem; siehe Tabelle 5) die Forschungsfrage dieser Arbeit zu bearbeiten, werden alle Daten basierend auf einem Kategoriensystem, das bereits durch die Betrachtung beider Interviewzeitpunkte erweitert und ausdifferenziert ist, durch die Zuordnung der Interviewsequenzen zu den materialen Kategorien ausdifferenziert.

Das Kategoriensystem, basierend auf beiden Interviewdaten mit den induktiv-materialen Kategorien, umfasst neben den ausdifferenzierten Dimensionen des theoretischen Rahmenmodells die Lehre in der Medizin, als ein wichtiges Kriterium für das empirische Rahmenmodell in der Medizindidaktik, und den Lerntransfer, als ein zentrales Ergebnis dieser Arbeit. Durch Modifizierungen an dem Kategoriensystem während des Codierprozesses erscheint es notwendig, eine erneute Erweiterung des Kategoriensystems (Schritt 7)

vorzunehmen. Dies ermöglicht es, die Veränderungen des Kategoriensystems transparent in den Codierleitfäden abzubilden und gleichzeitig die Interviewdaten den modifizierten Kategorien zuzuordnen.

Um die Forschungsfrage zu bearbeiten, folgt in einem letzten Schritt (Analyse) die Erarbeitung des empirischen Rahmenmodells dieser Arbeit; hierfür ist die Nutzung der Daten aus beiden Interviewzeitpunkten notwendig, an einigen Stellen jedoch nur die Daten des Interviews vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung (z. B. Erwartungen, Vorwissen) und an anderer Stelle nur die Daten nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung (z. B. Lerntransfer) (zu der Nutzung der Daten siehe oben). Dies ist anhand der Benennung der Transkripte kenntlich gemacht. Da neben der Erarbeitung des empirischen Rahmenmodells auch Hinweise auf Zusammenhänge, im Sinne einer Beeinflussung des Lerntransfers, innerhalb der Kategorien (ebenesspezifisch) und zwischen den Kategorien (ebenenübergreifend) im Fokus dieser Arbeit stehen, erfolgen neben der Erarbeitung der Dimensionen des empirischen Rahmenmodells darüber hinaus eine ebenesspezifische und eine ebenenübergreifende Analyse der Zusammenhänge (vgl. Gläser & Laudel, 1999, 11 & Kuckartz, 2016, 118 f.). Diese dienen vor allem dazu, mögliche Beeinflussungen auf den Lerntransfer zu adressieren. Die Darstellung der Auswertung erfolgt kategorienbasiert anhand der formalen Kategorien, die auch die Dimensionen des theoretischen und empirischen Rahmenmodells darstellen, und einer kategorienübergreifenden Analyse, um die Zusammenhänge zwischen den Kategorien darzustellen (vgl. Kuckartz, 2016, 118).

Bei den Auswertungen sind vor dem Hintergrund der Forschungsfrage besonders relevante Themenaspekte herausgegriffen, die zur Bearbeitung der Forschungsfrage dienlich erscheinen. Um darzustellen, wie sich der Lerntransfer in der Medizindidaktik ausgestaltet, erfolgt eine fallübergreifende Datenauswertung; dabei liegt der Fokus stets auf dem subjektorientierten Blick auf die Bedeutungszuweisung der Teilnehmenden. So dienen nur solche Interviewsequenzen zur Bearbeitung der Forschungsfrage, die auf eine Relevanzsetzung der Teilnehmenden für die Lehrtätigkeit beruhen. Um über alle Fälle hinweg die zentralen Aspekte des Lerntransfers und beeinflussende Aspekte zu erfassen, eignet sich die thematische Auswertung (vgl. Döring & Bortz, 2016, 604; Kuckartz, 2016, 111). Das inhaltsanalytische Vorgehen stellt immer nur eine Beschreibung zweiter Ordnung dar, weil durch die Forscherin nicht mit Sicherheit bestimmt werden kann, wann und ob für die Teilnehmenden eine Bedeutungszuschreibung und Relevanzsetzung erfolgen (vgl. Schüßler, 2012a, 80). Es können lediglich Hinweise herausgearbeitet werden, die einen Lerntransfer und eine Beeinflussung durch eine Modellkomponente vermuten lassen. Ferner lassen die Daten keinen Rückschluss auf die Wirkung der medizindidaktischen Qualifizierung auf die Lehre und die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden zu. Vielmehr ist es möglich, aus den Interviewpassagen Hinweise auf einen Vorher-nachher-Vergleich aus der Perspektive der Teilnehmenden zu

ziehen. Inwiefern die medizindidaktische Qualifizierung zu einer Veränderung innerhalb der Lehre und der Lehrtätigkeit führt, kann in dieser Arbeit mit dem empirischen Forschungsdesign nicht eruiert werden. Daher steht das Sammeln von Indizien, die Hinweise auf Veränderungen nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung liefern, im Fokus; worauf diese Veränderungen jedoch zurückzuführen sind, kann nicht benannt werden.

## 6.6 Auswahl & Beschreibung des Samples

Da die Auswahl der Teilnehmenden sich an der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung orientiert, besteht eine Begrenzung durch die Thematik der Medizindidaktik, die Teilnahme an dem Qualifizierungsangebot und die Zielgruppe der Lehrenden in der Medizin (vgl. Merkens, 2008, 287). Um eine Vergleichbarkeit und Transparenz zu gewährleisten, sind Kriterien zur Fallauswahl notwendig (vgl. Merkens, 2008, 287). Überdies stellt die Zugänglichkeit zu den Personen in der qualitativen Forschung einen nennenswerten Aspekt dar und erscheint für eine transparente Darstellung des Forschungsprozesses ebenfalls notwendig. Zusätzlich ist eine Beurteilung der Grenzen dieser Arbeit durch die Ausführungen zur Auswahl des Samples möglich. Daher folgt eine kurze Einbettung über die Erreichbarkeit, die Rückmeldungen und die Hindernisse bei der Auswahl des Samples (vgl. Merkens, 2008, 288).

In der vorliegenden Arbeit sind die Teilnehmenden zur Fallauswahl herangezogen worden, die alle medizindidaktischen Kurse der Grundstufe innerhalb einer Kohorte (Januar bis April 2018) am Institut für Medizinische Lehre und Ausbildungsforschung in Würzburg absolvierten. Hierbei liegt der Fokus auf Mediziner\*innen. Somit wurden elf Teilnehmende per E-Mail zur Beteiligung an der Studie angeschrieben. Es antworteten sieben Teilnehmende und erklärten ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie. Ein konkreter erster Interviewtermin konnte mit sechs Personen identifiziert werden. Bei diesen Personen handelt es sich um überwiegend klinisch tätige Mediziner\*innen, die in unterschiedlichen Fachrichtungen praktizieren und sowohl am Universitätsklinikum als auch in einem assoziierten Lehrkrankenhaus arbeiten. Für diese Studie bedeutet dies, dass Mediziner\*innen aus unterschiedlichen Disziplinen und Hierarchiestufen als Teilnehmende fungieren. Zusätzlich sind nicht nur Teilnehmende aus dem Universitätsklinikum Würzburg in das Sampling mit aufgenommen, sondern auch Mediziner\*innen aus einem Lehrkrankenhaus. Die Auswahl der Teilnehmenden unterliegt einer natürlichen Selektion, da nur diejenigen angeschrieben wurden, die alle Workshops innerhalb eines Blocks (Januar bis April 2018) absolvieren. Dieses Merkmal ist als Kriterium für die Teilnahme an der Studie definiert. Dieses Vorgehen stellt eine Möglichkeit dar, die Stichprobe dieser Studie zu ziehen. Hierbei wird vor Beginn ein bestimmtes Merkmal festgelegt, das alle Teilnehmenden bedienen müssen, um an der Studie teilzunehmen (vgl.

Merkens, 2008, 291; Patton, 2002, 238). Um Veränderungen in den Sicht- und Handlungsweisen der Teilnehmenden zu untersuchen, wird die Detailtiefe der Panelerhebung genutzt, da zwei Arten von Daten für eine/-n Teilnehmende\*n vorhanden sind. Im Zentrum steht dabei das individuelle Verstehen der Bedeutungen der Teilnehmenden und deswegen wird Wert auf die Qualität der Daten gelegt und nicht nach Quantität bewertet. Aus diesem Grund ist das Sampling auf sechs Teilnehmende beschränkt, um bei diesen ein vollumfängliches Verständnis der Thematik zu erlangen. Auch in der Literatur wird keine Anzahl für die Mindestgröße eines Samples definiert. Dies ist dadurch bedingt, dass die Größe des Samples maßgeblich von dem Forschungsprojekt und dessen Zielsetzung abhängig ist (vgl. Patton, 2002, 244).

Um einen Überblick über die Teilnehmenden dieser Studie zu ermöglichen und einen Einblick in deren Lehrtätigkeit zu erhalten, beruht die Beschreibung des Samples zum einen auf dem Begleitfragebogen dieser Studie, der neben den demografischen Daten der Teilnehmenden die Arbeitsteilung von Patient\*innenversorgung, Forschung und Lehre in Prozent erfragt. Zum anderen kann an dieser Stelle bereits auf Deskriptionen der Teilnehmenden zu Beginn der Interviews eingegangen werden. Dies dient zur besseren Nachvollziehbarkeit der Lehrtätigkeit der Teilnehmenden und damit einhergehend dem Lerntransfer, der auf Veränderungen in Bezug auf die Lehrtätigkeit, nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung, beruht.

An dieser Studie nahmen sechs Ärzt\*innen teil, davon sind zwei weiblich (siehe Tabelle 6). Das Alter der Teilnehmenden variiert zwischen 33 und 51 Jahren und damit auch die ärztliche Position. Zwei interviewte Personen haben eine Chefärzt\*innenstellung inne, zwei weitere Personen sind Fachärzt\*innen und die anderen zwei Teilnehmenden sind zum Zeitpunkt des ersten Interviews Assistenzärzt\*innen. Fachlich sind die Teilnehmenden nach operativen und konservativen Fächern zu differenzieren, um ihre Anonymität zu wahren. Drei Personen sind einer operativen Tätigkeit zuzuordnen, wohingegen die anderen drei Personen eine konservative Tätigkeit, im Sinne nicht invasiver Eingriffe, durchführen. Zwei Teilnehmende sind nicht an der Universität bzw. einem Universitätskrankenhaus angestellt, sondern in einem Krankenhaus, das die Erlaubnis zur Ausbildung angehender Mediziner\*innen anstrebt. Alle sind zum Zeitpunkt der Studie promoviert bzw. eine Person darf formal noch nicht den Dokortitel führen, hat jedoch die Dissertation bereits eingereicht. Vier Personen streben die Habilitation an, zwei verneinen das Interesse an einer Habilitation. Auf die Frage, wie die Arbeitseinteilung von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung persönlich für die Teilnehmenden ausdifferenziert ist, beschreiben die interviewten Personen, dass sie durchschnittlich 70 % ihrer Arbeitszeit für die Patient\*innenversorgung, 15 % für die Forschung und 11 % für die Lehre aufwenden. Die übrigen 4 % sind durch weitere leitende Tätigkeiten

innerhalb des Krankenhauses von einer interviewten Person angegeben. Im Hinblick auf die Konzeption der Studie ist zu bedenken, dass die interviewten Personen in sehr divergenten Fächern, Abteilungen und Krankenhäusern arbeiten, die je unterschiedliche Anforderungen an die ärztliche Berufspraxis und die Lehrtätigkeit stellen können.

*Tabelle 6: Übersicht über das Sample dieser Studie*

Zitation	Fachrichtung	Qualifikationsniveau	Geschlecht	Dauer Interview 1	Dauer Interview 2
P1	konservativ	Assistenzarzt	männlich	58 Min.	1:44 Std.
P2	konservativ	Chefarzt	männlich	45 Min.	1:33 Std.
P3	operativ	Chefarzt	männlich	20 Min.	1:36 Std.
P4	konservativ	Fachärztin	weiblich	12 Min.	37 Min.
P5	operativ	Assistenzarzt	männlich	15 Min.	30 Min.
P6	operativ	Fachärztin	weiblich	16 Min.	22 Min.

Aus den Interviews lassen sich darüber hinaus die Art der Lehrveranstaltungen, die Themen der Lehre und die Lehrformate auf der deskriptiven Ebene herausarbeiten. Eine Interpretation dieser Aussagen und eine Einbettung in den Gesamtzusammenhang dieser Studie erfolgen dabei an dieser Stelle nicht. Vielmehr sollen diese Schilderungen zu einem besseren Verständnis der Daten verhelfen und einen Überblick über die interviewten Teilnehmenden und deren Lehrtätigkeit geben. Wie bereits in Kapitel 6.3 dargestellt, erfolgt zu Beginn der Interviews eine Erzählaufforderung zu der „eigenen Lehre“ der Teilnehmenden. Aus diesen Ausführungen werden Beschreibungen über die Art der Lehrveranstaltungen, die Themen der Lehre, die Lehrformate und die Zielgruppe der Lehre (die Lernenden) erhalten.

Aus den Daten lässt sich herausarbeiten, dass zwei der interviewten Personen nicht ausschließlich in der Medizin lehren, sondern zusätzlich auch in anderen Gesundheitsberufen (Transkript\_P1\_1, Pos. 12–15; Transkript\_P2\_1, Pos. 121). Hierbei ist hervorzuheben, dass es eine gemeinsame Schnittstelle in der ärztlichen Berufspraxis der Ärzt\*innen und der Gesundheitsberufe gibt, die bedingt, dass eine Zusammenarbeit erforderlich ist. In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass nicht nur Studierende als Lernende zu betrachten sind, sondern auch eine Zuschreibung der Lernendenrolle für Auszubildende und Assistenzärzt\*innen von den interviewten Personen erfolgt (Transkript\_P3\_1, Pos. 11–14; Transkript\_P6\_1, Pos. 12–15; Transkript\_P2\_1, Pos. 121 ff.). Die Lehrformate, in denen die interviewten Personen unterrichten, reichen von der Lehre an Patient\*innen (z. B. Transkript\_P4\_1, Pos. 15–16) bis zu Vorlesungen, Seminaren und Übungen (z. B. Transkript\_P1\_1, Pos. 17–18), wobei fünf der interviewten Personen von einer Lehre während



der ärztlichen Berufspraxis und während der Patient\*innenversorgung berichten (z. B. Transkript\_P6\_1, Pos. 19–21; Transkript\_P5\_1, Pos. 10–13). Die Themen der Lehrveranstaltungen sind immer an der fachlichen Ausrichtung der Teilnehmenden orientiert (z. B. Transkript\_P3\_1, Pos. 11–13) und in fast allen Fällen Pflichtveranstaltungen (z. B. Transkript\_P5\_1, Pos. 14–17). Nur eine interviewte Person betont, dass die Lehrveranstaltung eine Wahlpflichtveranstaltung darstellt und somit die Lernenden sich bewusst für diese Veranstaltung entscheiden (Transkript\_P1\_1, Pos. 22–24).

Durch die Spezifizierung des Samples ist für diese Studie ein Schwerpunkt der Lehrtätigkeit in der arbeitsplatzbasierten Ausbildung zu bestimmen, wobei gleichwohl auch klassische Lehrformate (z. B. Seminare) ein Tätigkeitsfeld aller interviewten Personen darstellen. Die arbeitsplatzbasierte Ausbildung ist durch spezifische Lehrformate und -methoden, insbesondere solche für die praktische Ausbildung gekennzeichnet (siehe Kapitel 2.1). So ist aus den Daten der Unterricht am Krankenbett herauszustellen, bei dem der Fokus auf der Untersuchung von Patient\*innen liegt (z. B. Transkript\_P4\_1, Pos. 12–17). Darüber hinaus erfolgt die Lehre während medizinischer Untersuchungen und Maßnahmen (z. B. Transkript\_P5\_1, Pos. 11–13; Transkript\_P3\_1, Pos. 11–14). Es ist zu bedenken, dass die Teilnehmenden sowohl aus dem Universitätsklinikum als auch aus einem Lehrkrankenhaus kommen und damit einige Unterschiede (beispielsweise in der Ausstattung und der Anzahl der Lernenden) bei der Datenauswertung zu berücksichtigen sind. Während in Lehrkrankenhäusern primär, jedoch nicht ausschließlich die arbeitsplatzbasierte Ausbildung stattfindet, ist für die Lehre in dem Universitätsklinikum eine breitere Variation an Lehrformaten zu identifizieren. Da jedoch nicht nur Studierende als Lernende fungieren, sondern auch Assistenzärzt\*innen und Auszubildende von den Teilnehmenden als Lernende beschrieben werden, ist insbesondere für zwei interviewte Personen (P1 und P2) eine Lehrtätigkeit in den Lehrformaten Seminar und Vorlesung in einem Ausbildungsberuf im Gesundheitswesen hervorzuheben.

## 6.7 Methodische Reflexion

Nach der Darlegung der methodischen Herangehensweisen dieser qualitativen Studie werden die im Forschungsprozess implizierten Vorannahmen und Entscheidungen, beispielsweise zum Sampling, im Folgenden einer kritischen Reflexion unterzogen. Die Autorin wird ferner ihre eigene Rolle als Forscherin und Teil dieser Studie darlegen und im Hinblick auf das besondere Feld der Medizin hinterfragen. Da jede getroffene Entscheidung den weiteren Verlauf einer Studie beeinflusst (vgl. z. B. Helfferich, 2009, 26; Mruck & Breuer, 2003, 5), sind die wesentlichen Entscheidungen im Kontext der Qualitätskriterien qualitativer Forschung zu

untersuchen. Es wird veranschaulicht, was unternommen wurde, um diesen Qualitätskriterien gerecht zu werden. Die Ziele sind, die Gültigkeit und Transparenz der erhobenen Daten zu gewährleisten und den Leser\*innen die Besonderheit der Zielgruppe der Mediziner\*innen nahezubringen.

### 6.7.1 Sampling & Zugang zum Untersuchungsfeld

Der Feldzugang unterliegt zu Beginn bereits einer gewollten Selektion. Es werden per E-Mail die Ärzt\*innen angeschrieben, die innerhalb eines Blocks (vier aufeinanderfolgende Module, Januar bis April 2018) alle medizindidaktischen Kurse der Grundstufe am Institut für Medizinische Lehre und Ausbildungsforschung in Würzburg gebucht haben (siehe Kapitel 6.6). Durch die Teilnahme an allen Veranstaltungen der medizindidaktischen Qualifizierung ist eine große Bandbreite an Themen und Anschlussmöglichkeiten gegeben (siehe Kapitel 2.3). Zusätzlich erhalten alle Teilnehmenden die Inhalte in identischer Weise und daher kann eine Umstellung bzw. Veränderung der medizindidaktischen Qualifizierung mit Auswirkungen auf die Ergebnisse ausgeschlossen werden. Somit unterliegt diese Studie einer fixen und kriterienorientierten Fallauswahl (vgl. z.B. Flick, 2007, 166 ff.; Schreier, 2010, 243).

Nachdem die Kriterien für das Sampling definiert worden sind, agiert ein Gatekeeper als erste Kontaktperson für die Teilnehmenden. Da die Autorin über mehrjährige Erfahrungen in der medizindidaktischen Forschung mit Ärzt\*innen verfügt, war ihr das steile Hierarchieverständnis der Ärzteschaft bewusst. Aus diesem Grund schickt eine „ranghöhere“ Person, in diesem Fall eine Universitätsprofessorin und Verantwortliche für die medizindidaktische Qualifizierung, das Anliegen der Forscherin an die Teilnehmenden. Die Autorin formuliert ein Anschreiben mit den Inhalten, Zielen und dem konkreten Vorgehen der Studie und dieses wird mit einer kurzen Einführung und Bitte um Teilnahme von der Universitätsprofessorin versendet. In diesem Untersuchungsfeld zeigt sich somit die Herausforderung der Datengenerierung, da Anfragen über Gleichgestellte oder Vorgesetzte und Ranghöhere erfolgen muss, damit eine Teilnahme gesichert werden kann. Der Gatekeeper ist demnach als Schlüsselperson zu nutzen, um den Eintritt ins Feld zu ermöglichen. Dieses Vorgehen ist bei exklusiven Feldern notwendig, um eine Teilnahme der Zielgruppe zu garantieren (vgl. Hensel & Kreuz, 2018, 86; Döring & Bortz, 2016, 70). Folglich ist in dieser Arbeit der indirekte Zugang zu den Personen gewählt und mit einem direkten Anschreiben der Autorin kombiniert (vgl. Hensel & Kreuz, 2018, 78). Die Teilnehmenden müssen nach der oben beschriebenen Selektion dennoch eine Interessenbekundung an die Forscherin verfassen und so Kontakt mit dieser aufnehmen.

### 6.7.2 Datenerhebung

Die Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie besteht bei sechs Personen, mit denen eine Vereinbarung von Interviewterminen erfolgt. Die erste Erhebungswelle (Dezember 2017 bis Januar 2018) war problemlos zu terminieren und wurde wie geplant durchgeführt. Bereits bei den ersten Interviewterminen erklären zwei Teilnehmende, dass sie im Stress seien und so viel Arbeit hätten. Diese Aussagen bekräftigen die zeitlichen Terminierungen der Interviews. Die Mehrzahl der Erhebungen wurden nach Dienstende und in der Freizeit der Interviewpartner\*innen geführt. Die Interviews, die während der Arbeitszeit der Ärzt\*innen geführt wurden, begannen alle mit Verzögerungen. Ferner ist durch die zweite Interviewwelle (Dezember 2018 bis Januar 2019) ein räumlicher Effekt zu beobachten. Die Interviewdauer ist erheblich von dem Interviewort abhängig. So ist die Dauer von Interviews, die im Büro der Forscherin durchgeführt wurden, durchschnittlich 1 Stunde und 20 Minuten lang, wohingegen die Interviews, die in Räumlichkeiten der Ärzt\*innen durchgeführt wurden, nur durchschnittlich 30 Minuten lang sind. Die Dauer der Interviews erlaubt selbstverständlich keinen Rückschluss auf die Inhalte, jedoch war auch die Bereitschaft, auf Fragen ausführlich zu antworten, außerhalb des eigenen Arbeitsplatzes größer.

Vor Interviewbeginn des zweiten Interviews erzählen fünf der sechs Interviewpartner\*innen, dass sie sich „eigentlich“ nochmal die Skripte und Inhalte der Workshops vor dem Interview anschauen wollten, weil die Kurse schon so lange her seien, aber dazu nicht kamen. An dieser Stelle erklärt die Autorin, dass es nicht um die Wiedergabe von Inhalten gehe, sondern in den Erzählungen der Interviewpartner\*innen schon deutlich werde, was relevant für sie sei. Ferner kann beobachtet werden, dass einige interviewte Personen kurz und prägnant auf Fragen antworten und bei Erzählaufforderungen kurz ausführen. Insbesondere bei einem Interview nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung betont eine interviewte Person, dass das alles bereits im ersten Interview erzählt worden sei. Hierbei wird eine erneute Erzählaufforderung zur Lehrgestaltung angeregt, um Veränderungen sichtbar zu machen. Die knappen Antworten und kurzen Ausführungen der Teilnehmenden stellen die Autorin in der Interviewsituation vor die Herausforderung, immer neue Nachfragen und Erzählaufforderungen zu generieren.

Eine weitere Herausforderung besteht, insbesondere für die Interviews, die in den Räumlichkeiten der Ärzt\*innen durchgeführt wurden, in der Erreichbarkeit der Teilnehmenden zur Patient\*innenversorgung. Von zwei interviewten Personen wird bereits im Vorfeld darauf hingewiesen, dass sie erreichbar sein müssten, falls ein Notfall kommt. Dies war nicht der Fall, jedoch schauten die Interviewpartner\*innen immer wieder auf ihr Diensttelefon. In einem anderen Interview, das nach Dienstende im Büro der interviewten Person durchgeführt wurde, klingelte das Telefon und die Person nahm das Gespräch an. Als Aussage wurde Folgendes von der interviewten Person geäußert: „Ich bin hier gerade ... in ... SO einem Interview.“ Diese

beiden Beispiele verdeutlichen Situationen, in denen die Autorin Irritationen begegnet und teilweise von dem zuvor konzipierten Leitfaden abweicht bzw. nicht mehr in der Tiefe nachfragt. Auch sind die Erwartungen der Forscherin in diesen Fällen nicht erfüllt, da von einem ungestörten und zeitlich nicht begrenzten Interview ausgegangen wurde. Dies bedeutet für die Auswertung, dass die besonderen Umstände der Interviews eine Berücksichtigung erhalten (vgl. Helfferich, 2009, 158). Das Abweichen vom Leitfaden wird jedoch nicht als Nachteil angesehen, sondern als adäquate Reaktion auf die Herausforderungen (vgl. Lochner, 2015, 131) der Forschung mit Ärzt\*innen als interviewten Personen. Hierbei kann bereits die Vermutung aufgestellt werden, dass diese Interviewsituationen den ärztlichen Berufsalltag der Teilnehmenden widerspiegeln, da diese für Nachfragen erreichbar sein müssen und die Interviews in der Mehrzahl in der Freizeit durchgeführt wurden.

Ein Phänomen, das auch erst nach der zweiten Erhebung deutlich wird, ist die primäre Motivation der Teilnehmenden zur Teilnahme an dieser Studie. Ausnahmslos alle teilen der Forscherin im Vorfeld oder nach dem Interview mit, dass sie wüssten, wie schwer es sei, an Daten für die Doktorarbeit zu kommen, und wie „schwer“ und „anstrengend“ die Zeit der Doktorarbeit gewesen sei. Hierbei kann davon ausgegangen werden, dass sich eine Art „Solidarität“ mit der Autorin zeigt und dies einen Grund für die Teilnahme an der Studie darstellen kann.

### 6.7.3 Rollenreflexion der Forscherin

Die Forscherin ist zum einen in das Untersuchungsfeld der medizindidaktischen Qualifizierung aktiv als Trainerin involviert und zum anderen als Forscherin tätig. Da die medizindidaktischen Qualifizierungen eine Hauptaufgabe des Instituts für Medizinische Lehre und Ausbildungsforschung darstellen, zählen zu den beruflichen Aufgaben der Autorin unter anderem die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung aller Angebote der medizindidaktischen Qualifizierung. Im Rahmen der beruflichen Tätigkeit fallen darüber hinaus die Zertifizierung, die Netzwerkarbeit sowie die Weiterentwicklung der medizindidaktischen Qualifizierungen in ihr Aufgabengebiet. Diese Aufgaben führte die Autorin zum Zeitpunkt der Datenerhebung unter Supervision und in Zusammenarbeit mit der Leiterin des Instituts für Medizinische Lehre und Ausbildungsforschung wie auch weiteren Mitarbeiter\*innen des Instituts durch.

Bei der medizindidaktischen Qualifizierung (2018/1) ist die Forscherin vor allem in den Workshop 2 (Lernziele, Präsentationstraining, Constructive Alignment), den Workshop 3 (Prüfungen und Evaluationen) sowie begleitend in den Workshop 4 (Seminar- und Plenardidaktik) eingebunden. Diese Involviertheit betrifft sowohl die Wissensvermittlung in Form von Vorträgen als auch die Anleitung und Begleitung von Gruppenarbeiten. Im Vorfeld

steht die Forscherin bereits für inhaltliche Rückfragen zu der medizindidaktischen Qualifizierung zur Verfügung. Über die medizindidaktische Qualifizierung hinaus fungiert die Forscherin als Ansprechperson für Evaluationen in der Medizin und deren technischen Support. Einige der interviewten Personen suchten über den Zeitraum der Studie Rat bei der Forscherin, um Evaluationen durchzuführen und die eigene Lehre zu evaluieren. Somit erfüllt die Forscherin über die gesamte Panelerhebung gleichzeitig die Rollen der Trainerin und der Forscherin. Das Hintergrundwissen als Trainerin ist sowohl für das Verständnis als auch für die Interpretation der Interviews von Vorteil. An gegebener Stelle werden Hintergrundinformationen eingefügt, um das Verständnis der Ergebnisse und der Diskussionspunkte zu erleichtern. Jedoch wird auch in den Interviews, vor allem bei der zweiten Interviewerhebung, deutlich, dass die Teilnehmenden versuchen, die Worte, Begriffe und Themen aus der medizindidaktischen Qualifizierung zu verwenden, um „richtige“ Antworten zu geben. Es hat den Anschein, dass während der Interviews eine Art Prüfungssituation kreierte wurde. Einige der Befragten versuchen, Termini und Begrifflichkeiten aus den Workshops zu replizieren, schauen fragend und hilfeschend zur Forscherin. Das reine Nennen der Methode oder des Inhaltes erzeugt bei der Autorin den Eindruck einer sozial erwünschten Antwort. Diese Looking-good-Tendenz kann dazu führen, dass die Teilnehmenden Antworten geben, die von der Interviewerin erwartet werden und die eigene Person gut dastehen lassen (vgl. Brosius et al., 2016, 126; Haunberger, 2006, 26). An diesen Stellen stellte die Autorin weitere, tiefergehende Fragen, um die Anwendung und die Umsetzung der genannten Aspekte zu ergründen. Sowohl der Eindruck der Forscherin von „richtigen“ Antworten als auch ihr Eindruck von sozial erwünschten Antworten können durch die Nähe der Forscherin als Trainerin und Interviewerin entstanden sein. Demnach kann die Autorin durch die Rolle als Trainerin und Interviewerin an die Inhalte der medizindidaktischen Qualifizierung anknüpfen und konkrete (Nach)fragen zu der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung formulieren.

Einen weiteren Aspekt zur Reflexion der Rolle als Forscherin und Trainerin stellen die „Verbundenheit“ und „Vertrautheit“ zwischen den interviewten Personen und der Autorin dar. Durch die medizindidaktische Qualifizierung, die Teilnahme an dieser Studie und eventuelle Nachfragen zu Evaluationsthemen besteht ein gemeinsamer Erfahrungswert, der auf die Autorin wie eine Art „Vertrautheit“ wirkt. Diese ist jedoch eher als ein Vorteil zu betrachten, da dadurch auch unangenehme Themen leichter anzusprechen sind und insgesamt von einer gemeinsamen Basis für ein Gespräch auszugehen ist.

Demnach ist die Tätigkeit der Forscherin in der medizindidaktischen Qualifizierung kritisch zu reflektieren und sowohl als Chance, beispielsweise im Sinne eines tieferen Verständnisses, wie auch als Herausforderung, in Form einer sozialen Erwünschtheit, zu verstehen.

## 6.8 Zur Gültigkeit der Daten

Im Rahmen der Gütekriterien qualitativer Forschung stellen die intersubjektive Nachvollziehbarkeit, die Indikation des Forschungsprozesses wie auch die reflektierte Subjektivität Standards dar, die zu mehr Transparenz und Nachvollziehbarkeit verhelfen sollen (vgl. Steinke, 2012, 324). In der vorliegenden Arbeit werden nachstehende Versuche unternommen, diesen Gütekriterien qualitativer Forschung gerecht zu werden.

Um die Gültigkeit der Daten zu gewährleisten, werden im Folgenden alle Aspekte dargelegt, die zur Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses dienen. So sind alle Interviews aufgezeichnet und vollständig transkribiert. Die Transkripte liegen dieser Arbeit, im Anhang, bei. Alle Interviews sind persönlich von der Autorin durchgeführt und nach jeder Datenerhebung wurden Notizen zu den Interviews verfasst. Dies impliziert den Ort der Aufnahme, die Dauer des Interviews sowie Anmerkungen zur Gesprächsatmosphäre. Die Interviews sind wortwörtlich und nach einfachen Transkriptionsregeln verschriftlicht. Bei der Datenauswertung und -verschriftlichung sind alle Auswertungen mit Belegen aus den Interviews aufgeführt, damit für die Leser\*innen nachvollziehbar ist, auf welchen Daten die Erkenntnisse basieren. Ferner folgt die Erstellung von Codierleitfäden, die im Anhang der Arbeit einsehbar sind. Diese dienen auch der Nachvollziehbarkeit bei der Datenauswertung und der Generierung der Kategorien. Während des gesamten Forschungsprozesses wurden theoretische und methodische Aspekte mit Kolleg\*innen und weiteren Doktorand\*innen kritisch diskutiert. Im Rahmen eines regelmäßigen Kolloquiums wurden ferner die Schritte im Forschungsprozess wie auch die Datenauswertung transparent dargestellt, um sicherzustellen, dass die Interpretationen wirklich aus den Aussagen der Teilnehmenden hervorgehen. Dies impliziert eine Transparenz über die Wahl der Interviewform, die Leitfadenskonstruktion, die Transkriptionsregeln und die Datenauswertung. Im Rahmen dieses Kapitels wird auf Vorüberlegungen zum Sampling eingegangen sowie der Zugang zum Untersuchungsfeld dargelegt. Diese ausführliche Darstellung soll zur besseren Nachvollziehbarkeit dienen und die Besonderheit der Interviewpartner\*innen beleuchten. Auch die eigene Rolle und deren Reflexion dienen zum besseren Verständnis der Datenerhebung und -auswertung. Dieses Vorwissen über das Feld und die Forscherin kann bei der Interpretation von Nutzen sein und muss daher zur Überprüfbarkeit der Datenauswertung ausgeführt werden.

All diese Aspekte tragen zum einen dazu bei, den Forschungsprozess zu rechtfertigen, zum anderen sollen sie ihn von der Planung der Studie bis zur Datenerhebung und Auswertung nachvollziehbar machen. Damit sind alle wesentlichen Forschungsentscheidungen und -annahmen durch Dritte nachzuvollziehen. Es ist der Autorin bewusst, dass nicht alle Qualitätskriterien qualitativer Forschung aufgegriffen sind. Es wird lediglich ein Teil von ihnen beleuchtet, der für die vorliegende Arbeit als relevant gilt. So kommt der intersubjektiven

Nachvollziehbarkeit und der reflektierten Subjektivität ein besonderer Stellenwert zu, da anhand dieser Kriterien der gesamte Forschungsprozess von den Leser\*innen nachzuvollziehen ist und die Art und Weise der Datenerhebung verständlich gemacht wird.

## ERGEBNISSE

Um zu untersuchen, wie sich der Lerntransfer in der Medizindidaktik ausgestaltet und welche Aspekte ihn beeinflussen, folgen in einem ersten Schritt die Ergebnisse dieser Studie anhand der Ebenen der Lehre in der Medizin (Kapitel 7), der organisationalen Lernkultur (Kapitel 8), der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung (Kapitel 9) und der Teilnehmenden (Kapitel 10), um daran anschließend den Lerntransfer (Kapitel 11) als das zentrale Ergebnis dieser Arbeit zu analysieren. Die Reihenfolge der Dimensionen weicht basierend auf der argumentativen Bearbeitung der Forschungsfrage von dem theoretischen Rahmenmodell ab (siehe unten). Darüber hinaus erfolgt eine Anpassung der Begrifflichkeit der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung, da der Begriff den Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit spezifischer beschreibt und dabei sowohl für die Medizindidaktik als auch für die Erwachsenenpädagogik anschlussfähig bleibt. Um die Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse zu verbessern, schließt in einem weiteren Schritt, nach der Darstellung der Ergebnisse der einzelnen Ebenen, die Erarbeitung eines empirischen Rahmenmodells (Kapitel 12) an. Dieses wird sukzessive im Verlauf dieser Arbeit modifiziert und in Abgrenzung zum theoretischen Rahmenmodell diskutiert. Ziel ist es, ein empirisches Rahmenmodell des Lerntransfers in der Medizindidaktik zu erarbeiten, das auf der Bedeutungszuweisung der Teilnehmenden basiert.

### 7. Lehre in der Medizin

Neben der Darstellung der besonderen Lehrformate (siehe Kapitel 2.1) in der medizinischen Ausbildung der Lernenden und deren Rahmenbedingungen (siehe Kapitel 2) geben die Daten einen Einblick in die medizinische Lehre der Teilnehmenden. Basierend auf den Ausführungen zur Lehre in der Medizin wird das empirische Rahmenmodell um diese Komponente erweitert. Dies trägt dazu bei, die Besonderheit der medizinischen Lehre zu verstehen und den Lerntransfer unter diesen Bedingungen nachzuvollziehen. Hierbei wird im Folgenden auf jene Aspekte eingegangen, die die Lehre in der Medizin verständlicher machen können und für die Bearbeitung der Forschungsfrage dienliche Aspekte liefern können. Insbesondere beschäftigt sich dieser Auswertungsschritt mit der Art und Weise, wie sich die Lehre konkret in der ärztlichen Berufspraxis ausgestaltet. Zudem ist zu eruieren, wie Didaktik und Lehre durch das medizinische Denken und die ärztliche Berufspraxis geprägt werden können. Da dieses Kontextwissen für die Nachvollziehbarkeit des empirischen Modells und der nachfolgenden Auswertungskapitel fundamental erscheint, ist dieses Kapitel vor die Aufarbeitung der übrigen



Ergebnisse gestellt. Dies soll helfen, ein tieferes Verständnis der medizinischen Lehre im Kontext dieser Arbeit zu erzeugen. In den Daten kann zwischen den **Lehranlässen** (Kapitel 7.1), der **Lehrgestaltung** (Kapitel 7.2) und der **Bedeutung von Didaktik und Lehre** (Kapitel 7.3) differenziert werden. Es werden im Folgenden nur jene Aspekte ausgeführt, die zur Bearbeitung der Forschungsfrage dienlich und im Sinne der Spezifität der Medizin besonders erscheinen. So erhalten beispielsweise klassische Vorlesungen im Rahmen der medizinischen Lehre keine Berücksichtigung, da sie nicht als spezifisch für die Medizin angesehen werden. An die Darstellung der Besonderheit der Lehre in der Medizin schließen die weiteren Ergebnisse der Teilnehmenden, der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung, der organisationalen Lernkultur und des Lerntransfers an. Dabei sind diese Ergebnisse im Verlauf der Arbeit durch die Erarbeitung des empirischen Rahmenmodells visualisiert und folgen einem sukzessiven Aufbau des Modells.

## 7.1 Lehranlässe

Wie bereits in Kapitel 2.1 theoretisch ausgeführt, gibt es besondere Lehrformate und -methoden in der Medizin, neben den klassischen Seminaren und Vorlesungen. In den Daten können in dem ärztlichen Berufsalltag Anlässe zum Lehren identifiziert werden. Als Lehranlass werden in dieser Arbeit die Gelegenheit und das Ereignis der Lehrtätigkeit der Teilnehmenden betrachtet. Der Berufsalltag der Teilnehmenden zeichnet sich durch die Aufgabentrias von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung aus, wohingegen die ärztliche Berufspraxis auf die klinische Tätigkeit als Arzt/Ärztin bezogen ist.

In diesem Auswertungskapitel werden Hinweise aus dem empirischen Material zum Anlass der Lehre interpretiert, die als eine Besonderheit der Medizin angesehen werden können. Wie Tabelle 7 zu entnehmen ist, können dabei zwei Lehranlässe unterschieden werden. Während das geplante Lehren anhand eines konkreten Falls im Rahmen klassischer Lehr-/Lernsettings (Vorlesung, Seminar, Übung) und spezifischer medizinischer Lehrformate (z. B. Unterricht am Krankenbett) durchgeführt wird, können sowohl das geplante Lehren anhand eines konkreten Falls als auch das implizite Lehren durch die ärztliche Berufspraxis als Lernanlass in den Daten identifiziert werden.

*Tabelle 7: Übersicht über die Ergebnisse der Lehranlässe*

<b>Lehranlässe</b>
- Geplantes Lehren anhand eines konkreten Falls
- Implizites Lehren durch die ärztliche Berufspraxis

Das **geplante Lehren anhand eines konkreten Falls** zeigt sich in den Daten als eine geplante Lehreinheit, die zwar einen Teil der ärztlichen Berufspraxis darstellt, aber an einem konkreten Beispiel durchgeführt wird. Lehre wird in einer arrangierten, expliziten Lehr-/Lernsituation geplant vollzogen. Die Lernenden haben die Möglichkeit, eine spezifische Tätigkeit, z. B. eine Operation oder Untersuchung, kennenzulernen, die bewusst von den Teilnehmenden als Lehreinheit ausgewählt wird.

*„Also das Bedside-Teaching [Lehre an Patient\*innen; Anm. d. V.] ist schon so, dass man sich auch interessante Patienten dann heraussucht, dass man jetzt nicht willkürlich unvorbereitet an dem Tag jetzt irgendjemanden sucht und dadurch dann der Lehrgewinn- der Lerngewinn gemindert wird, sondern dass man wirklich das, was man als Lehrinhalt vermitteln möchte eben, dass man sagt, man macht einen @Körperteil 1@-patienten und einen Patienten, der eine @Erkrankung an Körperteil 2@, einen @Krebsart 1@ in meinem Fach, dann auch Patienten heraussucht, die Lust haben auf Interaktion. Die auch bereitwillig sind, zu sprechen und auch nicht so viel zu verraten. Die eine interessante Klinik, also @spezifische für die Fachrichtung 1@ Symptome, dazu haben. Und an deren Fällen man dann weiter theoretisch ausholen kann“ (Transkript\_P6\_1, Pos. 37–43)*

Bei diesem Interviewzitat wird die Vorbereitung auf die konkrete Lehr-/Lernsituation als geplantes Lehren begriffen. Die Daten weisen darauf hin, dass die interviewte Person bei der Planung konkrete Vorüberlegungen unternimmt, um geeignete Beispiele zu den theoretischen Lehrinhalten aufzuzeigen. Darüber hinaus hat die interviewte Person den Anspruch, Patient\*innen auszuwählen, die mit den Lernenden interagieren können und typische Symptome einer Erkrankung aufzeigen. Somit geben die Daten Hinweise darauf, dass die Lehre in der Medizin anhand von konkreten Fällen durch die Teilnehmenden im Vorfeld geplant werden kann.

Im Gegensatz zu diesem geplanten Lehren anhand eines konkreten Falls stellt das **implizite Lehren durch die ärztliche Berufspraxis** eine nicht arrangierte, implizite Lehr-/Lernsituation dar, die beiläufig durchgeführt wird. Die Daten geben Hinweise darauf, dass die Lernenden die Teilnehmenden in ihrem ärztlichen Berufsalltag begleiten und somit regelmäßige Besprechungen und Abläufe (beispielsweise wiederkehrende Besprechungen, Visiten und Sprechstunden) kennenlernen können.

*„Also wir haben das Glück, dass wir ja die Leute praktisch einfach mitnehmen können. Wir nehmen die mit, die gehen mit in den Saal, die gehen mit in die @Sprechstunden@, die gehen mit auf die @Station@, die begleiten uns“ (Transkript\_P2\_1, Pos. 198–199)*

*„I: Könnten Sie mir bitte mal erzählen, in welchem Kontext Sie lehren?“*

*B: Während der normalen morgendlichen oder Nachmittagsvisite, also wenn wir uns Patienten anschauen. Dann im OP oder in den @medizinischen Untersuchung 1@ beziehungsweise @spezifische Station@. Also während der Patientenversorgung, muss man sagen.“ (Transkript\_P5\_1, Pos. 10–12)*

In diesen Interviewpassagen wird das implizite Lehren durch die ärztliche Berufspraxis thematisiert. Die Daten geben Hinweise darauf, dass die interviewten Personen während der ärztlichen Berufspraxis lehren und die Lernenden diese miterleben können. Die Daten lassen vermuten, dass für die Lernenden die Beobachtung der beruflichen Praxis zum potentiellen

Lernprozess werden kann. Die interviewten Personen geben den Lernenden die Möglichkeit, die ärztliche Berufspraxis als Teil des ärztlichen Berufsalltags zu erleben. Darauf lassen die Äußerungen „*die begleiten uns*“ und „*während der Patientenversorgung*“ schließen. Es kann vermutet werden, dass die Lehr-/Lernsituationen implizit während der ärztlichen Berufspraxis der Teilnehmenden ablaufen und die Lernenden die Teilnehmenden und deren Tätigkeit beobachten und so Einblicke in die berufliche Praxis der Ärzt\*innen erhalten können. Als implizit wird in diesem Zusammenhang die nicht geplante Lehr-/Lernsituation verstanden, die durch die Begleitung der ärztlichen Berufspraxis verstanden werden kann, aber nicht ausdrücklich pädagogisch gestaltet wird, da sie nebenbei abläuft. Darauf deuten die oben aufgeführten Äußerungen hin, da diese die Lehr-/Lernsituation während einer anderen Tätigkeit, in diesem Fall der ärztlichen Berufspraxis, spezifischer der Patient\*innenversorgung, verorten. Dies kann als ein Hinweis auf die berufliche Sozialisation als Arzt/Ärztin angesehen werden (siehe Kapitel 7.2.2). Der Berufsalltag der Teilnehmenden verläuft regulär weiter und die Lernenden können daran in Form der Beobachtung teilhaben. Die Daten geben keinen Hinweis darauf, ob weitere Erläuterungen und Erklärungen zu der ärztlichen Berufspraxis auf die Beobachtung folgen.

Zusammenfassend können zwei Arten der Lehranlässe in der medizinischen Lehre aus den Daten herausgearbeitet werden. So kann beim geplanten Lehren anhand eines konkreten Falls die Intention der Teilnehmenden erkannt werden, dass theoretische Inhalte anhand von konkreten Fällen, in diesem Beispiel Patient\*innen, vermittelt werden. Beim impliziten Lehren durch die ärztliche Berufspraxis begleiten die Lernenden die Teilnehmenden in der ärztlichen Berufspraxis und erhalten somit Einblicke in medizinische Eingriffe und Abläufe. Die Lehre verläuft im Vergleich zum geplanten Lehren eher implizit und beruht auf der ärztlichen Berufspraxis, die von den Lernenden miterlebt werden kann.

## 7.2 Lehrgestaltung

Die Lehrgestaltung der Teilnehmenden kann als die Planung und konkrete Durchführung der medizinischen Lehre verstanden werden. Diese Lehrgestaltung zeigt sich in den Daten unter anderem durch Bedingungen der Lehre, die die Planung und Durchführung beeinflussen können. Hierbei können in den Daten die **Planbarkeit der Lehre im Berufsalltag** (Kapitel 7.2.1), die **berufliche Sozialisation zum Arzt / zur Ärztin** (Kapitel 7.2.2) und die **Wissensvermittlung** (Kapitel 7.2.3) identifiziert werden (siehe Tabelle 8). Diese Aspekte erscheinen vor dem Hintergrund dieser Arbeit relevant und können zu einem tieferen Verständnis der medizinischen Lehre verhelfen. Diese Ergebnisse stellen nur einen Teil der Ergebnisse der Analyse der Lehre in der Medizin dar, jedoch werden untenstehende Aspekte als besonders relevant erachtet.

Tabelle 8: Übersicht über die Ergebnisse der Lehrgestaltung

<b>Lehrgestaltung</b>
<p><b>Planbarkeit der Lehre im Berufsalltag</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abhängigkeit von Patient*innen und Erkrankungen</li> <li>- Kurzfristige Übernahme von Aufgaben</li> <li>- Ärztliche Erreichbarkeit während der Lehre</li> </ul>
<p><b>Berufliche Sozialisation zum Arzt / zur Ärztin</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufzeigen von klinischem Anwendungsbezug</li> <li>- Aufzeigen eines ärztlichen Habitus</li> </ul>
<p><b>Wissensvermittlung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflektierendes Üben von ärztlichen Handlungen</li> <li>- Erläuterung von medizinischen Abläufen</li> <li>- Orientierung an der ärztlichen Berufspraxis</li> </ul>

### 7.2.1 Planbarkeit der Lehre im Berufsalltag

In den Daten zeigt sich, dass die Planbarkeit der Lehre im Berufsalltag für die Teilnehmenden eine Herausforderung in der Lehrgestaltung darstellen kann. Lehraktivitäten können teilweise nur unzureichend geplant und vorbereitet werden, da die Lehre parallel zum klinischen Alltag abläuft und teilweise vom Berufsalltag abhängig ist. Um dies zu verdeutlichen, kann aus den Daten folgendes Interviewzitat zu dem Verständnis der Planbarkeit der Lehre im Berufsalltag beitragen:

*„Also das Schlimmste ist es eigentlich, dass in dem klinischen Alltag eigentlich überhaupt keine Zeit bleibt für Pausen, in denen man Luft holen kann. Dass man wirklich eine halbe Stunde auch fixieren kann, die man festsetzt im Laufe der Woche. Weil wir in dem laufenden Geschehen immer wieder unterbrochen werden. Das ist das Allerschlimmste. Ja, also wir können das nicht so wie ein Schreibtischtäter planen. Wir machen eine Sitzung von drei bis um fünf. Das funktioniert gerade in unserem @Fachgebiet 1@ nicht, es geht nicht. Weil ständig Dinge eintreffen. Das Beste wäre, man würde es immer abends machen. Von sieben bis um neun oder so“ (Transkript\_P3\_1, Pos. 52–57)*

In diesem Interviewausschnitt wird die Planbarkeit der Lehre im Berufsalltag als Herausforderung verdeutlicht. Die interviewte Person beschreibt, dass die Planung einer „Sitzung“, im Sinne einer Lehrveranstaltung, aufgrund des Berufsalltags und der damit einhergehenden Aufgaben, eine Herausforderung darstellen kann. Die interviewte Person arbeitet in einem Akademischen Lehrkrankenhaus, das für die praktische Ausbildung der Lernenden zuständig ist. Somit wird in diesem Krankenhaus, im Gegensatz zum Universitätsklinikum, kein Grundlagenwissen in Formaten wie Vorlesungen oder Seminaren vermittelt, sondern die Lernenden suchen dieses Krankenhaus während der Praxisphasen auf. Die Daten geben Hinweise darauf, dass die Lehrveranstaltungen der interviewten Person im Vorfeld in unzureichender Weise vorbereitet und geplant werden können, da der Berufsalltag

mit der ärztlichen Versorgung vor der Lehre zu verorten ist. Insbesondere in einem Fachgebiet mit akuten Notfällen muss die Lehre, die zur Vermittlung von praktischen Fertigkeiten dient, zurückstehen. In diesem Ausschnitt werden sowohl die Planung als auch die Durchführung der Lehre als Teil des Berufsalltags der Ärzt\*innen beschrieben und damit verbunden eine berufspraktische Herausforderung identifiziert.

Wie Tabelle 8 zu entnehmen ist, können die Abhängigkeit von Patient\*innen und Erkrankungen, die kurzfristige Übernahme von Aufgaben und die ärztliche Erreichbarkeit während der Lehre als inhaltliche Dimensionen zur Planbarkeit der Lehre im Berufsalltag aus dem empirischen Material herausgearbeitet werden.

Die **Abhängigkeit von Patient\*innen und Erkrankungen** kann für die Teilnehmenden eine Herausforderung in der Planung der Lehre darstellen. Die Daten geben Hinweise darauf, dass die Inhalte der Lehre von der Verfügbarkeit der Patient\*innen und Erkrankungen in der Klinik zum Zeitpunkt der Lehre abhängen können. Dies kann insbesondere den Unterricht am Krankenbett betreffen, bei dem die Inhalte der Lehre von der Erkrankung der Patient\*innen bestimmt werden können.

*„Sonst die Studentenunterrichte, die es bei uns gibt, [...] wo gesagt wird, wir behandeln heute die und die Krankheitsbilder oder aus diesem Themenblock, da ist aber auch eine bestimmte Spontanität gefragt, weil es darauf ankommt, was gerade für Patienten da sind. Ja, also da ist ein großer Themenblock zum Beispiel, wo man sagt jetzt irgendwie @Themenbereich 1@ und @Themenbereich 2@. Aber da gibt es ja natürlich tausend Krankheitsbilder und dann muss da der Patient da sein. Und dann kann das einer sein mit einem @Krebsart@, der andere kann aber zum Beispiel etwas am @Organ 1@ haben, das ist ein ganz anderes Krankheitsbild. Das kommt dann drauf an, welcher da ist und was man macht.“ (Transkript\_P5\_2, Pos. 29–35)*

In diesem Interviewausschnitt wird die Abhängigkeit von Patient\*innen und Erkrankungen für die Lehre der interviewten Person verdeutlicht. Die Daten lassen vermuten, dass die interviewte Person kurz vor Beginn der Lehre über die genauen Inhalte der Lehreinheit informiert wird, da tagesaktuell Patient\*innen mit einer Erkrankung aus dem Lehrbereich des Fachs vor Ort sein müssen. Für die Planbarkeit der Lehre im Berufsalltag kann dies bedeuten, dass eine detaillierte Vorbereitung auf die Lehreinheit nur in geringem Umfang erfolgen kann. Wie die interviewte Person beschreibt, ist eine „bestimmte Spontanität gefragt“. Die Daten weisen darauf hin, dass die Krankheitsbilder anhand der Patient\*innen erläutert werden. Da die Patient\*innen immer eine individuelle Anamnese und Krankheitsgeschichte haben, wird von der interviewten Person eine „Spontanität“ erwartet, die sich in der spontanen Vorbereitung auf die Patient\*innen mit den spezifischen Erkrankungen bezieht. Da die Medizin größtenteils nur innerhalb des eigenen Fachbereichs gelehrt wird, wird ein Hautarzt keine Herzerkrankungen lehren. Durch diese Limitationen können die Teilnehmenden sich bereits im Vorfeld auf häufigere Erkrankungen und deren Wissensvermittlung vorbereiten, jedoch wird von den Teilnehmenden erwartet, die aktuell stationären Patient\*innen mit den Erkrankungen thematisch in der Lehre zu behandeln.

Die **kurzfristige Übernahme von Aufgaben** kann in den Daten als weitere Herausforderung bei der Planung der Lehre im ärztlichen Berufsalltag verstanden werden. Die Daten weisen darauf hin, dass die Teilnehmenden spontan ärztliche Aufgaben ausführen müssen und dadurch die Planung und Vorbereitung der Lehre als Herausforderung angesehen werden können.

*„I: Und was steht jetzt dem entgegen, dass du gute Lehre machen kannst?“*

*B: Also eins haben wir schon angesprochen, also die Ruhe. Und die Zeit oder vor allen Dingen das Zeitfenster zur Vorbereitung fällt vielleicht doch manchmal sehr knapp aus, wenn man genau sich den Tag vorher vorgenommen hat oder zwei, und dann kommt doch - wird man doch in den OP geschmissen, die man dann an dem Tag machen muss. Dann ist der Tag rum“ (Transkript\_P6\_1, Pos. 149–153)*

In diesem Interviewausschnitt wird die kurzfristige Übernahme von Aufgaben des ärztlichen Berufsalltags beschrieben, die die Planung und Vorbereitung der Lehre beeinflussen kann. Die interviewte Person beschreibt eine unzureichende Vorbereitungszeit für die Lehre, die durch Übernahme von klinischen Aufgaben bedingt werden kann. Die Daten weisen darauf hin, dass durch die kurzfristige Übernahme von Aufgaben die von der interviewten Person reservierte Zeit zur Vorbereitung der Lehre nicht für diese Tätigkeit genutzt werden kann. Auch an diesem Beispiel können die berufspraktischen Herausforderungen eines Arztes / einer Ärztin an einem Lehrkrankenhaus und Universitätsklinikum deutlich werden. Dies gibt einen Hinweis darauf, dass die Versorgung der Patient\*innen die Vorbereitung(szeit) der Lehre beeinflussen kann, da die ärztlichen Berufspflichten einen besonderen Stellenwert im organisationalen Kontext einnehmen können.

Die **ärztliche Erreichbarkeit während der Lehre** stellt eine weitere Herausforderung bei der Planung und Durchführung der Lehre im Berufsalltag der Teilnehmenden dar. Die Teilnehmenden stehen für ärztliche Rückfragen telefonisch zur Verfügung und unterbrechen dafür die Lehraktivitäten, da die Lehre parallel zum klinischen Alltag abläuft.

*„Verbesserungswürdig ist manchmal, dass man tatsächlich ähm in seiner - in seinem Unterricht gestört wird. Durch den klinischen Alltag. Weil man dann doch nicht seinen Funk abgeben kann personalbedingt, sondern den mitträgt. Das heißt, man muss seine Lehre manchmal für Telefonate unterbrechen. Das ärgert mich (lacht). Und das finde ich unnötig. Das ist was, was ich gerne verändern würde, aber das ist schwierig in dem System.“ (Transkript\_P6\_1, Pos. 85–88)*

In dieser Interviewsequenz wird die telefonische Erreichbarkeit während der Lehre thematisiert. Die interviewte Person beschreibt, dass diese Erreichbarkeit als störend empfunden wird („*ärgert mich*“, „*unnötig*“). Es ist in der Medizin üblich, dass Ärzt\*innen Rufbereitschaft haben und bei Fragen zur Behandlung von Kolleg\*innen angerufen werden. Dafür wird die Lehraktivität unterbrochen und die Lernenden bekommen in der Regel das Telefonat mit. Aus dieser Tatsache kann ein Weiterentwicklungspotential in der Vermeidung

von Störungen während der Lehrzeit identifiziert werden, das jedoch im Kontext des Universitätsklinikums („System“) eine Herausforderung darstellen kann.

Aus diesen Sequenzen kann von einer unterschiedlich empfundenen Relevanz der ärztlichen Berufspflichten und der Lehrtätigkeit ausgegangen werden. Ferner liefern diese Befunde ein Indiz für die fehlende Freistellung für Lehraktivitäten im Kontext der organisationalen Rahmenbedingungen. Aus diesem Interviewzitat kann somit eine berufspraktische Herausforderung identifiziert werden, die die Planung und Durchführung der Lehre im Berufsalltag betrifft.

### 7.2.2 Berufliche Sozialisation zum Arzt / zur Ärztin

Die „Sozialisation durch den Beruf“ kann als nicht intendierte Lehr-/Lernsituationen und Vorbereitung auf die Arbeits- und Berufswelt verstanden werden. Durch eine Vorbildfunktion der Ärzt\*innen können Verhaltensweisen und Einstellungen zum Berufsbild der Ärzteschaft und des ärztlichen Berufsalltags vermittelt werden (siehe Kapitel 2). Um die Lernenden auf die beruflichen Anforderungen vorzubereiten, versuchen die Teilnehmenden, für die ärztliche Herangehensweise in der Berufspraxis zu sensibilisieren. In den Daten kann die Art und Weise dieser Vermittlung eruiert werden. Hierbei können das Aufzeigen von klinischem Anwendungsbezug und das Aufzeigen eines ärztlichen Habitus (siehe Tabelle 8) als Aspekte der beruflichen Sozialisation zum Arzt / zur Ärztin herausgearbeitet werden.

Beim **Aufzeigen von klinischem Anwendungsbezug** versuchen die Teilnehmenden, den Lernenden das Faktenwissen in Relation zur klinischen Bedeutsamkeit nahezubringen und den Bezug zur Praxis herzustellen, um so ärztliches Denken und Handeln zu verdeutlichen.

*„Was wir immer wieder amüsant für uns feststellen müssen, dass die Studenten damit gerade in den höheren klinischen Semestern mit sehr viel theoretischem Wissen angehäuft, das dann wunderbar reproduzieren können, aber dann den klinischen Bezug manchmal nicht so ganz überbringen. Aber das ist ja dann- das ist dann unser Job. Ihnen zu helfen, dass dann auch der klinische Bezug dazukommt.“ (Transkript\_P2\_1, Pos. 116–119)*

In dieser Interviewpassage wird die Bedeutsamkeit der Verknüpfung von theoretischem Faktenwissen und der klinischen Relevanz sowie des Anwendungsbezugs für die ärztliche Tätigkeit hervorgehoben. Die Daten weisen darauf hin, dass alleiniges Faktenwissen für das ärztliche Denken und Handeln nicht genügt; vielmehr beschreibt die interviewte Person die Aufgabe der Ärzt\*innen, den Anwendungsbezug zu verdeutlichen. Dieses Interviewzitat kann in einem weiteren Sinne verstanden werden, da nicht die Handlung an sich als Teil der beruflichen Sozialisation anzusehen ist, sondern die dahinterstehende Denk- und Handlungsstruktur in der ärztlichen Berufspraxis. Demnach kann vermutet werden, dass durch

das Aufzeigen des klinischen Anwendungsbezugs die berufliche Sozialisation unterstützt werden kann.

Das **Aufzeigen eines ärztlichen Habitus** kann als weiterer Versuch einer Vermittlung einer beruflichen Sozialisation aus den Daten identifiziert werden. Der berufliche Habitus kann als ein Handlungsvermögen verstanden werden, das durch Wahrnehmungen, Beurteilungen und Bewertungen der Berufswelt und des Berufsfelds geprägt werden kann (siehe Kapitel 2). Die Teilnehmenden agieren als Ärzt\*innen und versuchen, die Lernenden durch Einstellungen und ärztliche Denkweisen zu sensibilisieren sowie eine Handlungsfähigkeit als angehende Ärzt\*innen zu vermitteln.

*„Das ist die Morgenvisite [...] Es geht immer mindestens ein Oberarzt mit. Ansonsten auch der Chef. Das heißt, der Assistent [der Lernende; Anm. d. V.] ist da nie alleine. Insofern kann durch diese Vorbildfunktion des Oberarztes sehr viel übernommen werden, was überhaupt medizinisches Denken, medizinische Struktur bedeutet.“ (Transkript\_P3\_1, Pos. 97–100)*

In diesem Interviewausschnitt wird die Bedeutung im Rahmen des Modelllernens hervorgehoben. Die Teilnehmenden agieren als Vorbild und streben eine Sensibilisierung für das berufspraktische Handeln und Denken an. In dem Interviewzitat beschreibt die interviewte Person die Inhalte als „*medizinisches Denken*“ und „*medizinische Struktur*“. Dies lässt darauf schließen, dass keine klassischen fachlichen Kompetenzen thematisiert werden, sondern eher übergeordnete Verhaltens- und Herangehensweisen, die in der ärztlichen Berufspraxis Relevanz haben können. Diese Verhaltens- und Herangehensweisen können einen Aspekt der Berufssozialisation darstellen und Rückschlüsse auf einen ärztlichen Habitus geben. Für die Lehre in der Medizin kann dies bedeuten, dass neben der fachlichen Wissensvermittlung auch der Versuch eines Aufzeigens eines ärztlichen Habitus für die Teilnehmenden eine Bedeutung einnehmen kann. Hierbei kann keine Vermittlung im klassischen Sinne erfolgen, sondern eher eine Sensibilisierung für Denkweisen in der ärztlichen Berufspraxis, da ein beruflicher Habitus durch die Auseinandersetzung mit der Berufswelt und dem Berufsfeld zu einem Handlungsvermögen führen kann.

### 7.2.3 Wissensvermittlung

Die Wissensvermittlung in der Medizin geschieht im Kontext von Faktenwissen, insbesondere über Vorlesungen und Seminare (siehe Kapitel 2). Neben dem reinen Faktenwissen werden manuelle Fertigkeiten und Fähigkeiten vermittelt. Aus den Daten können das reflektierende Üben von ärztlichen Handlungen, die Erläuterung von medizinischen Abläufen sowie die Orientierung an der ärztlichen Berufspraxis (siehe Tabelle 8) als Vorgehensweisen der Wissensvermittlung herausgearbeitet werden.



Das **reflektierende Üben von ärztlichen Handlungen** zeichnet sich dadurch aus, dass Verhaltensweisen, Abläufe und Fertigkeiten unter Beobachtung und Feedback geübt werden können (siehe Kapitel 2). Somit können die Lernenden in herausfordernden Situationen unmittelbares Feedback über ihre Leistung erhalten (vgl. Fabry, 2008, 78 ff.). Das reflektierende Üben von ärztlichen Handlungen beinhaltet den Versuch, den Lernenden Lernwege und Möglichkeiten zur selbständigen Bearbeitung von Aufgaben zu eröffnen. Bei diesen Aufgaben werden die Lernenden beobachtet und begleitet und erhalten Rückmeldungen zu ihrem Lernfortschritt. Dies geschieht an konkreten Beispielen, wie Untersuchungstechniken, und die Teilnehmenden korrigieren Fehler und stehen für Fragen, Hilfe und Verbesserungen zur Verfügung.

*„Und dann ist es so, dass wir klinische Visiten machen, also so zwei bis drei Patienten als Gruppe visitieren, wo die Studierenden eben den Patienten befragen können. Dann auch untersuchen können. Und dann aber auch bei der Untersuchung selbst versuche ich schon so, dass die Studierenden das machen und ich sie dann währenddessen auch ein kleines bisschen korrigiere oder Neues dazulerne und das dann versuche, beim nächsten Patienten vielleicht auch schon anzuwenden.“ (Transkript\_P6\_1, Pos. 50–54)*

In diesem Interviewausschnitt wird das reflektierende Üben von ärztlichen Handlungen angesprochen. Die Daten geben Hinweise darauf, dass die interviewte Person bei Fragen und Hilfestellungen zur Verfügung steht und den Lernenden die Möglichkeit gibt, eigene Erfahrungen zu machen. Aus den Ausführungen der interviewten Person geht hervor, dass die Lernenden die Patient\*innen während der Visite „befragen“ und „untersuchen“ und somit einen Teil der ärztlichen Aufgaben unter realen Bedingungen üben. Das Üben der ärztlichen Aufgaben geschieht in einer realen Arzt-/Ärztin-Patient\*innen-Interaktion, jedoch in einem geschützten Rahmen, da die interviewte Person in unmittelbarer Nähe ist und für Nachfragen zur Verfügung steht. Das reflektierende Üben beinhaltet zusätzlich das Aufzeigen von Weiterentwicklungspotentialen für die Lernenden und konkretes Feedback, das durch die Äußerung „auch ein kleines bisschen korrigiere oder Neues dazulerne“ vermutet werden kann. Es kann davon ausgegangen werden, dass die interviewte Person die Lernenden auf Potentiale zur Weiterentwicklung hinweist und neues Wissen hinzufügt. Somit können die Daten darauf hinweisen, dass das reflektierende Üben von ärztlichen Handlungen einen Beitrag zur Wissensvermittlung in der Medizin leisten kann und eine Besonderheit der Lehre in der Medizin darstellt.

Die **Erläuterung von medizinischen Abläufen** impliziert das Erklären von Prozessen und Schritten einer bestimmten ärztlichen Tätigkeit, die von den Teilnehmenden ausgeführt wird. Diese Erläuterung kann als ein Aspekt der Wissensvermittlung in der Medizin betrachtet werden.

*„Also wenn sie die klassische @Planung einer medizinischen Maßnahme 1@ praktisch machen, dann machen wir das im Moment oder dann ist das bei uns so üblich, dass die - der Famulant oder der Schülerpraktikant [der Lernende; Anm. d. V], der ist mit Ihnen im Saal, er bekommt*

*zunächst mal den Ablauf erklärt. Dass wir eben beginnen, erstmal eine @medizinische Maßnahme 4@, dass er ein klares Schema sich erarbeitet. Dass er kontinuierlich das @medizinische Untersuchungsmethode 1@, das eine @medizinische Untersuchung 1@ am Patienten sein muss, das ein @medizinische Untersuchung 2@ werden muss, bevor man überhaupt mit der Arbeit beginnt“ (Transkript\_P2\_1, Pos. 78–83)*

In dieser Interviewpassage beschreibt die interviewte Person die Verbalisierung eines typischen Ablaufs aus der ärztlichen Berufspraxis. Dieser Überblick über den Ablauf und die Routine dient als Voraussetzung, um mit der medizinischen Tätigkeit zu beginnen. Die Daten lassen vermuten, dass das Ziel der Erläuterung des Ablaufs ein grundlegendes Verständnis der Prozesse und Abläufe der ärztlichen Berufspraxis darstellen kann. Die Lehre wird somit an praktischen Beispielen expliziert und die Bedeutung für die ärztliche Tätigkeit herausgestellt. Diese Erläuterung kann als ein Aspekt der medizinischen Wissensvermittlung interpretiert werden.

Die **Orientierung an der ärztlichen Berufspraxis** als eine weitere Vorgehensweise der Wissensvermittlung kann in den Daten identifiziert werden. Die Teilnehmenden versuchen, die Inhalte orientiert an dem Vorgehen in der ärztlichen Berufspraxis zu lehren.

*„Ich mache ja jetzt vor allen Dingen diese praktische Ausbildung. Also die Lehre am Krankenbett [...] ist es ja immer wichtig, zu lernen als Student später wie als Arzt zu denken oder zu handeln. Das heißt, man muss es anders sagen, wir lernen ja in der Medizin, wenn ich für ein Thema lerne, dann lerne ich ja sozusagen die Überschrift ‚Erkrankung X‘. Und dann lerne ich Symptome, Diagnose, Therapie. Jetzt ist es aber so, die klinische Praxis ist ja ganz anders. Ich habe irgendwelche Symptome, dann muss ich die Anamnese machen und dann muss ich ja das zusammenfinden und dann noch irgendwie erst die Erkrankung ganz am Ende. Aber in den Lehrbüchern steht ja die Erkrankung gleich ganz oben. Das ist so ganz anders. Und ich versuche, die sozusagen - denen nicht die Erkrankung per se beizubringen, sondern für mich ist einfach wichtig, dass die lernen, die richtigen Fragen zu stellen. Dem Patienten zu stellen“ (Transkript\_P5\_2, Pos. 44–52)*

In dieser Interviewsequenz wird die Wissensvermittlung durch eine Orientierung an der ärztlichen Berufspraxis thematisiert. In Abgrenzung zu der Wissensvermittlung in Lehrbüchern mit einer Erkrankung inklusive Symptomen, Diagnose und Therapie betont die interviewte Person, dass die Wissensvermittlung in der Lehre der interviewten Person an der ärztlichen Berufspraxis orientiert wird. Hierbei stehen die Symptome im Fokus, anhand derer eine Anamnese durchgeführt und schlussendlich eine Erkrankung diagnostiziert wird. Aus den Daten kann vermutet werden, dass eine Orientierung an der ärztlichen Berufspraxis verfolgt wird, damit die Lernenden auf die berufliche Praxis vorbereitet werden können. Dies kann als eher symptombezogen und als Gegensatz zur Wissensvermittlung aus Lehrbüchern verstanden werden.

Diese Ergebnisse erlauben es, ein tieferes Verständnis der medizinischen Lehre der Teilnehmenden zu erhalten. Für das empirische Rahmenmodell und dessen Verständlichkeit können die Darstellungen der Lehre der Teilnehmenden wichtig sein.

### 7.3 Bedeutung von Didaktik und Lehre

Als weitere Besonderheit in der medizinischen Lehre kann aus den Daten die Bedeutung von Didaktik und Lehre für die Teilnehmenden herausgearbeitet werden. Diese Ergebnisse können insbesondere für das Verständnis des empirischen Modells sowie für den Lerntransfer wichtig erscheinen.

*Tabelle 9: Übersicht über die Ergebnisse der Bedeutung von Lehre und Didaktik*

<b>Bedeutung von Lehre und Didaktik</b>
- Relevanz von Lehrengagement
- Lehre als Entertainment
- Medizinischer Blick auf Didaktik

Wie Tabelle 9 zu entnehmen ist, können aus dem empirischen Material inhaltlich die Relevanz von Lehrengagement, die Lehre als Entertainment und ein medizinischer Blick auf Didaktik als Dimensionen zur Bedeutung von Didaktik und Lehre differenziert werden.

Die **Relevanz von Lehrengagement** für die wissenschaftliche Weiterqualifikation und im Kontext der Aufgabenverteilung von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung kann in den Daten als beeinflussender Aspekt auf die Lehrtätigkeit identifiziert werden. Die Relevanz kann als eine Bedeutsamkeit und Wichtigkeit des Einsatzes in und für die Lehre im Kontext der wissenschaftlichen Weiterqualifikation und der Aufgabenvielfalt der Ärzt\*innen verstanden werden. Die wissenschaftliche Weiterqualifikation im Rahmen der Habilitation kann nicht nur aufgrund guter Lehrtätigkeit erfolgen, vielmehr müssen Erfolge in der Forschung vorgezeigt werden.

*„Und jetzt kommt halt die Arztfrage: Wann soll ich das [die Lehre; Anm. d. V.] noch machen? Weil ich muss ja auch noch die Forschung machen. Und da ist ja auch noch das Problem mit dem Druck, der dahinter ist. Also die Forschung muss funktionieren und die ist dann in dem Moment wichtiger immer als die Lehre. Und da leidet es, glaube ich, immer drunter.“ (Transkript\_P1\_1, Pos. 293–296)*

*„Und zum anderen ist es aber auch dem Thema schon geschuldet, dass natürlich diese Humboldt'sche Trias zwischen Lehre, Forschung und vielleicht Klinik, das ja nicht gleich gewichtet ist. Sondern dass ja Lehre nach wie vor an Platz drei steht. Und ich glaube, dann ist, glaube ich, noch ein gewisser Abstand zwischen Klinik und Forschung, dann mit einem großen Abstand kommt erst die Lehre. Sie können sozusagen, mit Lehre allein können Sie nicht habilitieren. [...] Und deshalb ist das natürlich immer ein Nachteil für die Lehre. Und deshalb ist natürlich auch das Interesse an solchen Veranstaltungen, sich in der Lehre zu verbessern, nicht enorm hoch“ (Transkript\_P5\_2, Pos. 202–209)*

In den Interviewzitatzen wird der Stellenwert der Lehre, spezifischer die Relevanz des Lehrengagements für die wissenschaftliche Weiterqualifikation und der Lehre, im Kontrast der Aufgabentrias von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung verdeutlicht. Die Voraussetzungen für eine Habilitation können nicht basierend auf Lehrengagement erfüllt

werden, vielmehr müssen Erfolge in der Forschung verzeichnet werden. So kann aus den Daten geschlussfolgert werden, dass Erfolge in Forschung und Klinik als karrierewirksamer anzusehen sind. Diese in den Daten aufgezeigte Relevanz des Lehrengagements geht mit dem theoretischen Diskurs um Universitätskrankenhäuser und deren Aufgabenverteilung einher. Die Forschung und Patient\*innenversorgung werden demnach als karrierewirksam eingeschätzt und für die Außendarstellung der Organisation als wichtig erachtet. Die Lehraktivitäten erhalten dabei eine untergeordnete Rolle in der Verteilung der organisationalen Aufgaben (siehe Kapitel 1). Somit ist auf der Grundlage der Daten und der Literatur die Relevanz von Lehrengagement für die wissenschaftliche Weiterqualifikation fraglich, da andere Bewertungsmaßstäbe für die Reputation herangezogen werden. In der Regel streben Ärzt\*innen, die an einem universitären Krankenhaus arbeiten, eine wissenschaftliche Weiterqualifikation an. Vor diesem Hintergrund lässt sich vermuten, dass das Lehrengagement im Kontext der wissenschaftlichen Weiterqualifikation und damit einhergehend von Weiterbildungen und Qualifizierungen bezüglich Lehrthemen eine eher untergeordnete Rolle einnehmen kann.

Aus den empirischen Daten kann überdies das Verständnis der **Lehre als Entertainment** herausgearbeitet werden. Es wird versucht, die Lehre unterhaltsam, aufregend und spannend zu gestalten. Die Daten weisen darauf hin, dass die Teilnehmenden die Rolle eines/-r Animateur\*in und Motivator\*in einnehmen.

*„Ja, ich denke, ich versuche das nicht auf die, sagen wir mal, langweilige Art zu machen. Weil dann hört keiner zu. Sondern das schon aufzuhübschen. [...] Andererseits immer wieder mit dem Rückspiel mit den Zuhörenden. Dass man die ganz gezielt fragt, auch mal wieder aufweckt, aufmuntert, wenn wir solche Dinge machen“ (Transkript\_P3\_1, Pos. 37–41)*

*„Es ist wie gesagt ja oft Freitag Nachmittag eine etwas trägere und schon müdere Gruppe ist und manchmal sind Klausuren vorher- dass man es schafft oder dass ich es dann schaffe, die aufzuwecken. Und so ein bisschen zu motivieren“ (Transkript\_P6\_1, Pos. 75–77)*

In diesen Interviewpassagen wird das Verständnis der Lehre als Entertainment verdeutlicht. Die Lernenden sollen aufgeweckt und animiert werden. Es lässt sich aus den Daten vermuten, dass die interviewten Personen die Lehre mit Entertainment assoziieren und daher ein Rollenverständnis eines/-r Animateur\*in einnehmen. Für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden kann dies bedeuten, dass Lehre motivierend und aufregend gestaltet werden kann, um dem Verständnis der Lehre als Entertainment gerecht zu werden.

Der **medizinische Blick auf Didaktik** als ein Teilaspekt der Bedeutung von Didaktik und Lehre wird in den zweiten Interviews nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung ersichtlich. Die Daten geben Hinweise darauf, dass die Teilnehmenden den medizinischen Blick auf die Patient\*innenversorgung richten und die Didaktik dabei eher zweitrangig erscheint. Im Unterschied zur Relevanz der ärztlichen Berufspflichten und der

Lehrtätigkeit (Kapitel 8.3.1) werden beim medizinischen Blick auf Didaktik eine persönliche Wertung und Bedeutungszuschreibung bezüglich der Didaktik durch die Teilnehmenden eingebracht.

*„... Die verschiedenen Spiele, sage ich mal, die waren alle supervorbereitet. Es waren die Materialien da, es waren die klaren Anweisungen da, es waren Filme da, das war natürlich alles bis auf die Minute zur Pause mit dem Essen, mit Kaffee bis zum Schluss ein Debriefing eigentlich. [...] Ich weiß eigentlich nicht, wie man das hätte besser gestalten können. Weil das, was Sie gelehrt haben, haben Sie auch angewendet. Also das meine ich ja. Ja, die ganzen Spielchen wurden ja mit uns gespielt permanent. Das hat ja schon funktioniert“ (Transkript\_P3\_2, Pos. 378–444)*

In dieser Interviewsequenz kann der medizinische Blick auf Didaktik und Lehre vermutet werden. Die interviewte Person beschreibt strukturierende Elemente, wie didaktische Methoden und organisatorische Aspekte, beispielsweise die Tagesgestaltung, die als „Spielchen“ betitelt werden. Didaktik als Spiel muss in diesem Zusammenhang vor dem Hintergrund der ärztlichen Tätigkeit betrachtet werden. Wie bereits in Kapitel 1 erläutert, erhält die Lehre einen geringeren Stellenwert als die Patient\*innenversorgung. Zudem basiert das Medizinstudium überwiegend auf Faktenwissen, welches für die ärztliche Berufspraxis unerlässlich ist. Somit können die Daten eine vorsichtige Vermutung zulassen, sodass die didaktische Vermittlung und Organisation von Wissen als optional angesehen werden können. Zur Behandlung von Patient\*innen ist medizinisches Wissen notwendig; in welcher Art und Weise dieses erworben und vermittelt wird, kann dabei zweitrangig sein. Didaktisch aufbereitetes Wissen könnte als zusätzliche Option der Wissensvermittlung angesehen werden. Die Wahl des Wortes „Spiel“ lässt eine positive Konnotation vermuten, impliziert allerdings eher Unterhaltungscharakter impliziert. Dies kann ebenfalls als ein Hinweis darauf angesehen werden, dass die Lehre als Entertainment betrachtet werden kann. Im Kontext der ärztlichen Tätigkeit, wie beispielsweise des Operierens oder der Reanimation, können die Textstellen so gedeutet werden, dass die didaktische Vermittlung von Wissen gegenüber den lebenserhaltenden Maßnahmen als eher unwichtig angesehen werden kann. Ob und wie Wissen vermittelt wird, kann in dieser Situation zweitrangig sein, weil das Wohl der Patient\*innen immer oberste Priorität besitzt. So kann vermutet werden, dass die interviewte Person davon ausgeht, dass die didaktische Vermittlung von Wissen spielerisch möglich ist, aber nicht zwingend erforderlich erscheint.

## 8. Organisationale Lernkultur

Im Anschluss an die Lehre in der Medizin folgt eine Analyse der organisationalen Lernkultur. Diese Darstellung wird in Abgrenzung zu der Systematik im Lerntransferdiskurs gewählt, da die organisationale Lernkultur inhaltlich an die Lehre in der Medizin anschlussfähig ist und sich darüber hinaus gegenseitig bedingen können. In dem empirischen Material gibt es Hinweise

auf Einflüsse der organisationalen Lernkultur auf die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden. Das Universitätsklinikum, als spezielle Organisation (siehe Kapitel 2.1), und ihre organisationale Lernkultur stehen im Fokus dieses Auswertungsschritts. Ziel dieses Kapitels ist es, das Verständnis der organisationalen Lernkultur zu verbessern und mögliche beeinflussende Elemente auf den Lerntransfer zu identifizieren.

Die ganzheitliche Betrachtung aller Organisationsmitglieder als Teil der Lernkultur impliziert Werte, Normen, Erwartungen und Wahrnehmungen der Organisationsmitglieder, die in dieser Arbeit durch das **Verhalten von Organisationsmitgliedern** (Kapitel 8.1) betrachtet werden. Vollzogene Praktiken sowie Lern- und Entwicklungspotentiale werden auf organisationaler Ebene erfasst und unter dem Aspekt des **Transferklimas** (Kapitel 8.2) in dieser Arbeit thematisiert. Eine trennscharfe Abgrenzung zwischen dem Verhalten von Organisationsmitgliedern und dem Transferklima ist nicht immer möglich, da das Verhalten von Organisationsmitgliedern das Transferklima bestimmt und durch die Mitglieder der Organisation geprägt wird. Ferner erhalten die **organisationalen Rahmenbedingungen** (Kapitel 8.3) eine Berücksichtigung, da die strukturellen Bedingungen der Organisationen ebenfalls eine Bedeutungszuschreibung durch die interviewten Personen erfahren. Hierbei sind insbesondere mögliche Einflüsse auf die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden durch das Universitätsklinikum als spezielle Organisation erkennbar. Es werden jene Interviewausschnitte in diesem Kapitel analysiert, die Hinweise auf den Lern- und Transferprozess der Teilnehmenden sowie Hinweise auf einen Einfluss auf die Lehre der Teilnehmenden geben.

## 8.1 Verhalten von Organisationsmitgliedern

Wie bereits im theoretischen Rahmenmodell dieser Arbeit ausgeführt, werden die Studierenden als Teil der Organisation Krankenhaus angesehen. Diese Zugehörigkeit wird primär durch die Ausbildung der angehenden Mediziner\*innen definiert. Die Daten geben darüber hinaus einen Hinweis darauf, dass neben den **Kolleg\*innen** und **Vorgesetzten** die **Lernenden** als Mitglieder der speziellen Organisation Universitätsklinikum von den Teilnehmenden definiert und akzeptiert werden. In dem folgenden Auswertungsschritt erfolgt ein empirischer Hinweis auf den Status der Lernenden als Organisationsmitglieder basierend auf den Daten dieser Studie. Dieser Schritt ist notwendig, um im Folgenden das Verhalten von Organisationsmitgliedern als potentielle beeinflussende Elemente und in diesem Zusammenhang die Rolle der Lernenden zu identifizieren.

Im empirischen Material werden die Lernenden von einigen Interviewpartner\*innen als Kolleg\*innen bezeichnet, dies kann als ein Hinweis auf die Zugehörigkeit der Lernenden zur Organisation bewertet werden. Es kann vermutet werden, dass die Teilnehmenden die

Lernenden als Angehörige der Berufsgruppe der Ärzt\*innen akzeptieren und daher die Lernenden als Kolleg\*innen benennen.

*„Also wir sind jetzt, wenn ich die Meldungen- die Rückmeldungen unserer Famulanten [der Lernenden; Anm. d. V.] sehe, dann habe ich den Eindruck, dass die Kollegen und Kolleginnen [die Lernenden; Anm. d. V.] in der Ausbildung, die jetzt hier durchs Haus gelaufen sind, sehr begeistert waren“ (Transkript\_P2\_1, Pos. 133–135)*

*„Und dass der Kollege [der Lernende; Anm. d. V.], der eben dann hier sich einarbeitet, egal auf welcher Ebene, in der- in seiner Weiterbildung, in seinem Studiengang, dass er einfach einen festen Ansprechpartner hat.“ (Transkript\_P2\_1, Pos. 39–41)*

*„Ein klares Programm eben, in dem wir klar dann über die - das Tertial, wo die Kollegen [die Lernenden; Anm. d. V.] dann da sind, ein klares Programm überstülpen, was sie hier dann eben bei uns durchlaufen.“ (Transkript\_P2\_1, Pos. 165–167)*

Die interviewte Person verwendet im gesamten Interview die Bezeichnung der Kolleg\*innen, um die Lernenden zu beschreiben. Diese Interviewausschnitte weisen darauf hin, dass die Lernenden unabhängig vom Ausbildungsstand als Kolleg\*innen bezeichnet werden. Die Daten deuten darauf hin, dass die Lernenden somit über die Zugehörigkeit zur (angehenden) Berufsgruppe temporäres Mitglied der Organisation werden können, was sich auch im theoretischen Diskurs widerspiegelt (vgl. Iseringhausen & Staender, 2012, 186). Dies geht mit dem Lerntransfer- und Organisationsdiskurs einher, in dem die Kolleg\*innen als Teil der Organisation definiert werden (siehe Kapitel 2). Neben der Betitelung der Lernenden als Kolleg\*innen kann der Einbezug der Lernenden in die Versorgung der Patient\*innen als weiteres Indiz für die Zugehörigkeit der Lernenden zur Organisation aufgefasst werden.

*„Gute Lehre macht für mich aus, dass man versucht, den Lernenden schon mit einzubinden auch. Und dem natürlich dann auch so ein bisschen, ja, Verantwortung auch mit überträgt. Ja, also vor allen Dingen, weil das jetzt bei uns Studenten sind, die bei uns auf Station eingeteilt sind oder auch eben in dem Seminar jetzt natürlich - oder beim Unterricht am Patientenbett ist das jetzt immer schwierig - aber jetzt, wenn es zum Beispiel darum geht, für Famulanten oder für Studenten im Praktischen Jahr, dass man denen dann einfach auch schon in dem Rahmen dessen, was man ihnen zutrauen kann, ihn das auch machen lässt. Natürlich immer unter Kontrolle, aber auch schon mal ein bisschen die lange Leine lässt und den - das dann zwar auch gegencheckt- aber die dann auch zum eigenständigen Arbeiten auch erzieht.“ (Transkript\_P5\_1, Pos. 62–68)*

In diesem Interviewausschnitt wird ersichtlich, dass die Vorstellung der interviewten Person von guter Lehre impliziert, dass die Lernenden ärztliche Aufgaben unter Aufsicht der Teilnehmenden übernehmen. Somit können die Lernenden in die ärztliche Berufspraxis eingeführt werden und ärztliche Aufgaben ausüben. Diese Vorstellung von einer guten Lehre geht mit den gesetzlichen Rahmenbedingungen der ärztlichen Approbationsordnung einher, laut der die Lernenden nach ihrem Ausbildungsstand unter Aufsicht ärztliche Aufgaben erfüllen können.

Sowohl das empirische Material als auch der Auszug aus der ärztlichen Approbationsordnung und der theoretische Diskurs um Organisationen lassen den Schluss zu, dass die Lernenden in dieser Arbeit durch die Teilnehmenden als Teil der Organisation und somit als deren

Mitglieder definiert werden. Diese Zugehörigkeit wird zum einen über den Kontext der Hochschule hergestellt und zum anderen über die Zuschreibung und Anerkennung der Lernenden zum ärztlichen Berufsstand.

Im Kontext der organisationalen Lernkultur zeigen die Daten, dass durch das Verhalten von Organisationsmitgliedern die Ausgestaltung der Lehre und die Ausübung der Lehrtätigkeit beeinflusst werden können. Das **Verhalten** von **Lernenden**, **Kolleg\*innen** und **Vorgesetzten** wird untenstehend näher betrachtet und die Relevanz für die Teilnehmenden und deren Lehre herausgestellt. In Abgrenzung zum theoretischen Rahmenmodell werden die Erfahrungen aus dem Arbeitsumfeld unter dem Verhalten von Organisationsmitgliedern gefasst. Sie beziehen sich auf Erfahrungswerte der interviewten Personen mit Lernenden, Kolleg\*innen und Vorgesetzten. Es werden daher in diesem Kapitel jene Erfahrungen der Teilnehmenden ausgeführt, die im Arbeitsumfeld gemacht wurden und Rückschlüsse auf eine Bedeutung für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden und den Lerntransfer liefern können. Wie Tabelle 10 zu entnehmen ist, können aus den Daten diverse inhaltliche Ausprägungen des Verhaltens der Organisationsmitglieder herausgearbeitet werden, die im Folgenden erläutert werden.

*Tabelle 10: Übersicht über die Ergebnisse des Verhaltens von Organisationsmitgliedern*

<b>Verhalten von Organisationsmitgliedern</b>	
<b>Verhalten von Lernenden</b>	
-	Unzureichende inhaltliche Vorbereitung von Lernenden
-	Unaufmerksamkeit in der Lehr-/Lernsituation
<b>Verhalten von Kolleg*innen</b>	
-	Austausch über Lehrgestaltung
<b>Verhalten von Vorgesetzten</b>	
-	Einverständnis zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung
-	Unterstützung bei der Weiterentwicklung der Lehre
-	Kontrolle der studentischen Bewertungen der Lehre

### 8.1.1 Verhalten von Lernenden

Das Verhalten von Lernenden impliziert in dieser Arbeit unter anderem die Haltungen, Einstellungen und das konkrete Verhalten der Lernenden in Lehr-/Lernsituationen und kann aufgrund der subjektiven Bewertung durch die Teilnehmenden eine Herausforderung in der Lehrgestaltung darstellen. Das Verhalten zeigt sich in den Daten auf divergenten inhaltlichen Ebenen; so können eine unzureichende inhaltliche Vorbereitung von Lernenden auf die Lehre



und eine Unaufmerksamkeit in der Lehr-/Lernsituation als Ausprägungen des Verhaltens von Lernenden (siehe Tabelle 10) identifiziert werden.

Durch eine **unzureichende inhaltliche Vorbereitung von Lernenden** kann die interviewte Person bei den Studierenden von keinem gemeinsamen theoretischen Wissensstand ausgehen und steht somit vor der Aufgabe, praktische Fertigkeiten ohne fundiertes theoretisches Wissen zu vermitteln.

*„Ja, es ist so, dass die Vorbereitung der Studenten für die Thematik, die ja auf dem Plan steht, nicht optimal ist. Also, dass die sich einfach nicht inhaltlich oder theoretisch nicht vorbereiten, und dann ist es natürlich schwierig, ohne theoretisches Grundwissen dann was Praktisches zu lernen. Also ich weiß nicht, woran es liegt. Vielleicht ist einfach auch deswegen der Overload, weil es zu viel ist und sie einfach nicht hinterherkommen, sich vorzubereiten. Oder es ist einfach auch die Motivation für das Fach nicht da“ (Transkript\_P5\_1, Pos. 79–83)*

In dieser Interviewpassage besteht die Herausforderung für die interviewte Person in der Diskrepanz zwischen der Erwartungshaltung zur Vorbereitung auf die Lehre und der tatsächlichen Vorbereitungsleistung von Lernenden. Durch die Äußerung *„Also, dass die sich einfach nicht inhaltlich oder theoretisch nicht vorbereiten“* kann vermutet werden, dass die interviewte Person davon ausgeht, dass die Lernenden sich eigenständig auf die Lehr-/Lernsituation vorbereiten. In diesem Zitat wird die Bedeutung von theoretischem Grundlagenwissen für die geplante Lehrinheit deutlich. Die interviewte Person baut die Lehrinheit auf der theoretischen Beschäftigung mit den Lehrinhalten auf, um daran anknüpfend mit der praktischen Anwendung dieses Wissens weiterzuarbeiten. Da die Lernenden jedoch nicht wie erwartet auf die Lehre vorbereitet sind, *„ist es natürlich schwierig, ohne theoretisches Grundwissen dann was Praktisches zu lernen“*. Basierend auf dieser Interviewsequenz kann ein Hinweis auf die Vermittlung von praktischen Fertigkeiten als eine Herausforderung für die interviewte Person und deren Lehrgestaltung vermutet werden. Ferner kann durch das Zitat eine Herausforderung für die Lernenden und den Lernprozess spekuliert werden, da die interviewte Person betont, dass das Lernen durch unzureichende inhaltliche Vorbereitung *„schwierig“* werden kann. Zur Verdeutlichung der Herausforderung kann das Nähen von Wunden als Beispiel angebracht werden. Bevor die Lernenden an Silikon-Nahtpads die Wundversorgung üben dürfen, müssen theoretische Grundlagen über die Technik des Nähens und die verschiedenen Arten von Nähten thematisiert werden. Diese theoretischen Einheiten werden überwiegend in das Selbststudium der Lernenden verlagert, damit in den Praxisphasen aktiv an den Techniken geübt werden kann. Geschieht diese theoretische Vorbereitung der Lernenden nicht, kann dies die Teilnehmenden vor Herausforderungen bei der Lehrgestaltung und die Lernenden ebenfalls vor Herausforderungen in der Ausübung der praktischen Fertigkeit stellen.

Überdies lässt sich aus dem Interviewzitat ein Hinweis auf die Perspektive der interviewten Person auf Lernen finden. Den Lernenden wird ein aktiver Beitrag zum Gelingen der Lehre

zugesprochen. Dieses Interviewzitat kann darüber hinaus als Beleg für die Annahme fungieren, dass die Lernenden als Mitglieder der Organisation gelten. Es wird als selbstverständlich erachtet – wie eine implizite Norm –, dass die Lernenden sich auf die Lehre vorbereiten. Dies wird dadurch deutlich, dass die interviewte Person Handlungsbegründungen für ein abweichendes Verhalten von der Norm (unzureichende Vorbereitung auf die Lehre) legitimiert.

Als ein weiteres Verhalten von Lernenden kann eine **Unaufmerksamkeit in der Lehr-/Lernsituation** aus den Daten herausgearbeitet werden. Aus dem empirischen Material kann vermutet werden, dass die Lehre nicht die primäre Aufmerksamkeitsquelle von Lernenden darstellen kann. Die Teilnehmenden werden vor die Herausforderung gestellt, die Aufmerksamkeit von Lernenden auf das Lehr-/Lerngeschehen zu lenken, da diese sich anderweitig mit dem Smartphone beschäftigen.

*„Und ich habe so ein bisschen das Gefühl, zumindest habe ich das nicht empfunden, als ich Studierender war, also man findet schon manchmal auch eine Gruppe vor sich, die schon sehr von ihren Smartphones in den Bann gezogen ist und mehr auf ihr Smartphone schauen, als den Unterrichtenden oder den Patienten anzuschauen. Und da weise ich dann auch darauf hin, denn das finde ich sehr schade.“ (Transkript\_P6\_1, Pos. 153–157)*

In dieser Interviewpassage wird von einer Störung der Lehre berichtet, die auf eine unangemessene Beschäftigung mit dem Handy zurückzuführen ist. Die interviewte Person erhält in diesem Lehr-/Lerngeschehen nicht die volle Aufmerksamkeit von den Lernenden und steht daher vor der Herausforderung, mit dieser Störung umzugehen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass es sich in dieser Sequenz um ein Lehrformat am Krankenbett, also eines mit echten Patient\*innen, handelt, wird die Unangemessenheit dadurch deutlich, dass die Lernenden der Bereitschaft der Patient\*innen, für die akademische Ausbildung bereitzustehen, mit einer unzureichenden Wertschätzung gegenüberreten. Patient\*innen erklären sich explizit bereit, für die studentische Ausbildung erneut untersucht und diagnostiziert zu werden. Daher betont die interviewte Person, dass es „schade“ sei, und spricht die Störung der Lehr-/Lernsituation direkt an. Diese konkrete Lehrsituation kann als Herausforderung in der Lehrgestaltung angesehen werden, da die interviewte Person von der eigentlichen Lehrtätigkeit abgelenkt wird und versucht, die Aufmerksamkeit von Lernenden auf das Lehrgeschehen zu lenken.

Zusammenfassend kann das herausgearbeitete Verhalten von Lernenden dazu beitragen, die Frage nach beeinflussenden Aspekten auf den Lerntransfer zu bearbeiten. Da die Lernenden von den Teilnehmenden als Teil der Organisation angesehen werden, kann ihr Verhalten einen Einfluss auf die Lehre der Teilnehmenden ausüben.

### 8.1.2 Verhalten von Kolleg\*innen

Wie bereits in den theoretischen Ausführungen in Kapitel 4.6.3 beschrieben, zeigt sich auch im empirischen Material, dass das Verhalten von Kolleg\*innen als beeinflussendes Element auf die Lehrtätigkeit und den Lerntransfer der Teilnehmenden fungieren kann. Das Verhalten von Kolleg\*innen wird durch Einstellungen, Annahmen und konkrete Handlungen von Kolleg\*innen aus der Organisation geprägt. Im empirischen Material wird der Austausch über die Lehrgestaltung als Verhalten von Kolleg\*innen als möglicher beeinflussender Aspekt auf die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden identifiziert (siehe Tabelle 10).

Der **Austausch** mit Kolleg\*innen **über die Lehrgestaltung** kann als Unterstützungs- und Weiterentwicklungsangebot dienen und darüber hinaus neue Umsetzungsmöglichkeiten für die Lehre aufzeigen. Die Teilnehmenden können durch den Austausch mit Kolleg\*innen Best-Practice-Beispiele und Erfahrungen in der Lehre mit anderen Ärzt\*innen teilen.

*„Also wir tauschen uns auch - meine Kollegen, jetzt nicht gerade die jungen, aber dann spätestens, sagen wir, Facharzt oder späterer Assistenzarztausbildungszeitraum tauscht man sich natürlich aus, weil man hier und da Lehre übernimmt und übernimmt vielleicht auch die ein oder andere Idee vom Kollegen, die er ausprobiert hat und die gut funktioniert hat, ja.“  
(Transkript\_P6\_1, Pos. 131–134)*

Die interviewte Person beschreibt in dem Interviewzitat die Möglichkeit, mit erfahrenen Kolleg\*innen einen Austausch über Lehre zu führen. Dieser Austausch basiert zum einen auf den eigenen Erfahrungen mit Lehre und zum anderen auf praxistauglichen Lehrmethoden der Kolleg\*innen. Diese Praxistauglichkeit kann durch den Austausch über „Ideen vom Kollegen, die er ausprobiert hat und die gut funktioniert“ haben, erahnt werden. Des Weiteren kann diese Interviewsequenz einen Hinweis auf den Austausch von Best-Practice-Beispielen aus der Praxis geben. Der Austausch über die Lehrgestaltung beschreibt die interviewte Person vor allem mit erfahrenen Kolleg\*innen, die bereits seit einigen Jahren lehren. Kolleg\*innen mit einem Facharztstatus lehren in der Regel mindestens fünf Jahre und verfügen somit bereits über einige Erfahrung in der Lehrtätigkeit. Aus diesem kollegialen Austausch können Weiterentwicklungspotentiale für die Lehrgestaltung der Teilnehmenden gezogen werden, da durch den Austausch neue Ideen und Best-Practice-Beispiele aus der Praxis geteilt werden. Für die Lehrtätigkeit kann dies bedeuten, dass die interviewte Person in einem Austausch über Lehrgestaltung steht und daher eine Unterstützung und Anregung in Form eines kollegialen Austausches annehmen kann.

### 8.1.3 Verhalten von Vorgesetzten

Wie bereits in Kapitel 4.6.3.3 theoretisch und basierend auf Studien zum Lerntransfer dargestellt, wird dem Verhalten von Vorgesetzten ein bedeutender Einfluss im Lerntransferdiskurs zugesprochen. Auch in den empirischen Daten kann das Verhalten von

Vorgesetzten als beeinflussender Aspekt auf die Lehrtätigkeit und den Lerntransfer der Teilnehmenden beobachtet werden. Die Vorgesetzten sind in dieser Arbeit die Leiter\*innen der Institute und Lehrstühle sowie Geschäftsführer\*innen der Krankenhäuser. In den Daten können das Einverständnis zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung, eine Unterstützung bei der Weiterentwicklung der Lehre sowie die Kontrolle der studentischen Bewertungen der Lehre (siehe Tabelle 10) als Verhaltensweisen der Vorgesetzten identifiziert werden, die eine Bedeutung für die Lehrtätigkeit und den Lerntransfer der Teilnehmenden aufweisen können.

Das **Einverständnis zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung** wird in den Daten als die Unterstützung und Erlaubnis von Vorgesetzten zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung angesehen. Die positive Reaktion der Vorgesetzten auf die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung kann eine Bedeutung für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden aufweisen.

*„Ähm und mein Chef hat das [die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung; Anm. d. V.] sehr positiv aufgenommen und mir viel Erfolg beim Seminar gewünscht und viel Freude. Also das gab überhaupt keine Schwierigkeiten.“ (Transkript\_P6\_1, Pos. 138–139)*

*„Jetzt ist es ganz schön, dadurch, dass wir Lehrkrankenhaus werden und die Universität das gerne hätte, dass wir als nicht habilitierte sowas durchführen. Da war unser Geschäftsführer ganz begeistert, dass wir uns gleich angemeldet haben, diese ganzen Kurse zu absolvieren (lacht)“ (Transkript\_P3\_1, Pos. 130–133)*

In diesen Interviewausschnitten wird das Einverständnis von Vorgesetzten zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung beschrieben. Der Einfluss dieses Verhaltens von Vorgesetzten auf die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden ist im weiteren Sinne zu verstehen. Die Teilnehmenden haben das Commitment ihrer Vorgesetzten zur Beschäftigung mit Medizindidaktik und daher die Möglichkeit, durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung die Lehre weiterzuentwickeln. Insbesondere vor dem Hintergrund der drei Aufgabenbereiche der Patient\*innenversorgung, Forschung und Lehre ist das Einverständnis zur medizindidaktischen Qualifizierung als etwas Besonderes anzusehen, da die Lehre neben den Aufgabenbereichen der Patient\*innenversorgung und Forschung als weniger dringlich und karriereförderlich angesehen werden kann (siehe Kapitel 2).

Als weitere Verhaltensweise von Vorgesetzten kann die **Unterstützung bei der Weiterentwicklung der Lehre** aus den Daten herausgearbeitet werden. Hierbei stellen die Vorgesetzten Ressourcen, in diesem Fall finanzielle Mittel, bereit, um die Weiterentwicklung der Lehre zu unterstützen.

*„I: Du sagst, die jetzigen E-Learning-Fälle sind schlecht. Was würde denn gute Fälle ausmachen?“*

*B: Die sind von der - die haben viel zu viele Auswahlmöglichkeiten, die man scrollen muss. Die sind so visuell schlecht, die sind einfach unschön, die sind nicht ansprechend. [...] Und mein Chef meinte sogar, er wäre bereit, auch einen Hiwi zu bezahlen, der sie dabei unterstützt.“ (Transkript\_P4\_2, Pos. 310–314)*

In diesem Interviewausschnitt wird die Unterstützung der Vorgesetzten bei der Weiterentwicklung der Lehre beschrieben. In dem Interview wird die Absicht geäußert, die E-Learning-Fälle grundlegend zu überarbeiten, um sie für die Lernenden ansprechender zu gestalten. Die Unterstützungsleistung ist in diesem Beispiel keine direkte Unterstützung, sondern die Schaffung von Möglichkeiten und Ressourcen zur Weiterentwicklung der Lehre. Für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden kann dies eine Bedeutung einnehmen, da die Vorgesetzten die Weiterentwicklung der Lehre unterstützen und bereit sind, finanzielle Aufwendungen dafür bereitzustellen. Dies kann als Hinweis auf eine Bereitschaft zur Unterstützung der Weiterentwicklung der Lehre durch die Vorgesetzten dienen, die für zukünftige Weiterentwicklungen für die Teilnehmenden relevant werden kann.

Die **Kontrolle der studentischen Bewertungen der Lehre** durch Vorgesetzte als Verhaltensweise wird in den Daten als mögliche Bedeutung für die Lehrtätigkeit und den Lerntransfer der Teilnehmenden interpretiert. Die Vorgesetzten legen Wert auf die Beurteilung der Lehrleistung durch die Lernenden und sprechen Teilnehmende gezielt auf weniger gute studentische Bewertungen an.

*„Und deshalb ist natürlich auch das Interesse an solchen Veranstaltungen [medizindidaktischer Qualifizierung; Anm. d. V.], sich in der Lehre zu verbessern, nicht enorm hoch. Das gibt es, wenn der Chef zum Beispiel, bei uns macht der Chef da auch viel Druck. Der sozusagen viel Wert auf Lehre legt und da auch dazwischenhaut, wenn es da schlechte Benotungen gibt“  
(Transkript\_P5\_2, Pos. 208–211)*

In diesem Interviewausschnitt wird die Kontrolle der studentischen Bewertungen der Lehre als Verhaltensweise von Vorgesetzten in Bezug zu der Lehrtätigkeit der interviewten Person thematisiert. Die Bewertungen der einzelnen Veranstaltungen werden an der Medizinischen Fakultät Würzburg veröffentlicht und die besten Lehrveranstaltungen erhalten eine Auszeichnung und die besten Lehrenden einen Lehrpreis. Legitimiert werden die besten Veranstaltungen und Teilnehmenden über studentische Evaluationen, in denen die Lehrleistung und die Rahmenbedingungen der Lehre eingeschätzt werden. Daraus ergibt sich ein Ranking der Lehrveranstaltung, das in der klinikumsinternen Zeitschrift „Klinikum und wir“ und in dem WueCampus-Kursraum zur Evaluation des jeweiligen Semesters veröffentlicht wird. Dort kann jedes Organisationsmitglied die globale Bewertung der Lehrveranstaltungen im Vergleich zu den anderen Lehrveranstaltungen ansehen. Die Beurteilungen der einzelnen Lehrenden werden nicht veröffentlicht. Vor diesem Hintergrund beschreibt die interviewte Person, dass der Vorgesetzte „viel Druck“ erzeugt, damit die Beurteilungen durch die Lernenden besser werden. Fraglich ist, ob dieser „Druck“, der erzeugt wird, aufgrund der Qualität der Lehre entsteht oder ob die Benotung und somit die Außendarstellung des Fachs wichtiger sind. Insgesamt zeigt diese Interviewsequenz, dass der Vorgesetzte die Beurteilung der Lehre durch die Lernenden als wichtig erachtet und sie kontrolliert, um gegebenenfalls zu intervenieren. Für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden kann dies bedeuten, dass die Lehre

und die Kontrolle deren Bewertung den Vorgesetzten wichtig sind und somit auch einen Stellenwert für die weitere Lehrtätigkeit einnehmen können.

Sowohl das Einverständnis der Vorgesetzten zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung als auch die Unterstützung bei der Weiterentwicklung der Lehre und die Kontrolle der studentischen Bewertungen der Lehre lassen überdies Rückschlüsse auf das Transferklima zu, da von einer positiven Einstellung gegenüber Weiterbildung, Lernen und Weiterentwicklung in der Lehre ausgegangen werden kann.

## 8.2 Transferklima

Das Transferklima als weiterer Aspekt der organisationalen Lernkultur umfasst unter anderem die Atmosphäre und Stimmung innerhalb der Organisation zu den Themen Lernen, Neuerungen, Weiterbildung, Qualifizierung und Weiterentwicklung in der Lehre. Bereits in den theoretischen Ausführungen kann das Transferklima als bedeutend für den Lern- und Transferprozess herausgearbeitet werden. Auch in den empirischen Daten zeigt sich, dass das Transferklima in der Organisation eine Bedeutung für die Lehrtätigkeit und den Lern- und Transferprozess der Teilnehmenden aufweisen kann. Hierbei ist die Abgrenzung zu dem Verhalten von Organisationsmitgliedern zu betonen. Das Transferklima beschreibt organisationsübergreifende Strukturen und die Stimmungen zu Weiterentwicklungen in der Lehre, die nicht auf einzelne Organisationsmitglieder zurückzuführen sind und sowohl von Kolleg\*innen, Vorgesetzten als auch von den Teilnehmenden selbst initiiert und unterstützt werden können. Somit kann das beschriebene Verhalten der Kolleg\*innen und Vorgesetzten einen Hinweis auf das Transferklima geben, jedoch sind die unten in Tabelle 11 aufgeführten Aspekte als übergeordnete Einstellung zu Lehrthemen und Weiterentwicklung der Lehre bezogen und nicht auf einzelne Mitglieder der Organisation bezogen.

*Tabelle 11: Übersicht über die Ergebnisse des Transferklimas*

<b>Transferklima</b>
- Schaffen von Anreizen für Lehrengagement
- Offenheit für Veränderungen in der Lehre
- Bewusstsein für ein positives Lehrklima
- Hinterfragen der Lern- und Teilnahmemotivation
- Implizite Auseinandersetzung mit didaktischen Themen im Kollegium

Aus den Daten können, in Tabelle 11 aufgetragen, differenzierte inhaltliche Dimensionen identifiziert werden, die einen Hinweis auf das Transferklima innerhalb der Organisation liefern und die Lehrtätigkeit wie auch den Lern- und Transferprozess der Teilnehmenden beeinflussen können. Hierbei können das Schaffen von Anreizen für Lehrengagement, die Offenheit für Veränderungen in der Lehre, das Bewusstsein für ein positives Lehrklima, ein Hinterfragen der Lern- und Teilnahmemotivation wie auch eine implizite Auseinandersetzung mit didaktischen Themen im Kollegium aus den Daten als Aspekte des Transferklimas herausgearbeitet werden.

In den Interviewdaten kann das **Schaffen von Anreizen für Lehrengagement** als ein Aspekt des Transferklimas herausgearbeitet werden. Die Teilnehmenden sprechen davon, dass eine Steigerung des Lehrengagements angestrebt wird und für diesen Zweck Anreize geschaffen werden. Diese Anreize können eine Auszeichnung für die beste Lehrveranstaltung umfassen.

*„Wir wollen versuchen, finanziell was zu bekommen vom Chef [...] also einfach Bereitschaft der Kollegen, sich mit zu engagieren und den Weg mitzugehen. [...] Und möglicherweise wollen wir so eine Art ‚Teacher of the Year‘ ausrufen [...] Die Vorlesung, wer hat die beste, wer hat die besten @Kurs zur speziellen Untersuchung von Patienten@ gemacht? Da würde auch der - die Klinikchefs haben gesagt, sie würden sich ein bisschen finanziell beteiligen aus der Klinik raus“ (Transkript\_P4\_2, Pos. 247–254)*

In diesem Interviewausschnitt werden Ideen vorgestellt, um Anreize für das Lehrengagement der Ärzt\*innen zu schaffen. Durch eine interne Evaluation eines „Teacher of the Year“ sollen die besten Lehrveranstaltungen identifiziert werden. Die Ziele dieser Idee können die Transparenz und Steigerung des Lehrengagements sein. Diese Ideen für die Anreize des Lehrengagements werden nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung geäußert, mit dem Ziel, die Bereitschaft der Kolleg\*innen für Lehre zu erhöhen. Dies kann als Hinweis darauf erachtet werden, dass die Relevanz von medizinischer Lehre und deren Qualität Einzug in die Klinik erhält und es Anreize geben soll, damit die Kolleg\*innen sich intensiver mit Lehre beschäftigen. Für das Transferklima kann dies bedeuten, dass der Stellenwert von Lehre zumindest sichtbar werden kann und dadurch die Lehre insgesamt mehr Relevanz im ärztlichen Berufsalltag erhalten kann. Die Nutzung des Personalpronomens im Plural kann darauf hindeuten, dass diese Anreize für das Lehrengement als organisationsinterne Strategie ausgearbeitet werden. Ebenso wird von mehreren Klinikchefs gesprochen, was auch darauf hindeuten kann, dass diese Anreize nicht nur für ein klinisches Fach ausgearbeitet werden, sondern übergreifend Verwendung finden können.

Darüber hinaus kann die **Offenheit für Veränderungen in der Lehre** als ein Aspekt des Transferklimas in den Daten identifiziert werden. Veränderungen in der Verteilung der Lehrthemen und der Durchführung werden von den Kolleg\*innen positiv aufgenommen, daher kann auf eine gewisse Offenheit für Veränderungen in der Lehre geschlossen werden.

*„Und diese neuen PJ-@Untersuchungstechnik@-Fortbildungen. Da habe ich auch gedacht: ‚Oje, ob die Kollegen da alle Lust haben, @Untersuchungstechnik@-Fortbildungen zu machen?‘ Kein*

*Problem. Wir haben gesagt, ihr müsst dafür was anderes reduzieren. Wir haben ja jetzt viel mehr junge, die ja auch sonst Seminare anbieten. Dann können diese erfahrenen Kollegen sich eher so auf solche @diagnostischen@ Methoden zurückziehen. Und wurde gerne angenommen. [...] Aber für neue Sachen waren die Kollegen eigentlich recht offen“ (Transkript\_P4\_2, Pos. 226–232)*

In dieser Interviewsequenz wird die Offenheit der Kolleg\*innen für Veränderungen in der Lehre thematisiert. Am Anfang dieses Ausschnitts wird die Skepsis über die Aufnahme der Veränderungen angesprochen, die dann jedoch als Offenheit gegenüber den Veränderungen erscheint. Die Verteilung der inhaltlichen Ausrichtung der Lehre wird anhand der klinischen Expertise entschieden. So lehren „erfahrene“ Kolleg\*innen diagnostische Methoden und die „jungen“ Kolleg\*innen übernehmen andere Lehrthemen. Die Daten lassen vermuten, dass beide Gruppen der Kolleg\*innen die Veränderungen positiv und offen angenommen haben. Für das Transferklima kann dies bedeuten, dass die Offenheit für Veränderungen in der Lehre als Unterstützung in der Weiterentwicklung der Lehre angesehen werden kann. Ideen zur Weiterentwicklung der Lehre werden offen und positiv aufgenommen und daher kann eine positive Einstellung gegenüber Veränderungen in der Lehre vermutet werden. Wie bereits in dem Interviewzitat oben wird auch hier im Plural von „wir“ gesprochen, was als ein weiteres Indiz für eine übergreifende Strategie innerhalb der Abteilung angesehen werden kann.

Das **Bewusstsein für ein positives Lehrklima** kann in den Daten als eine weitere inhaltliche Dimension des Transferklimas herausgearbeitet werden. Die Atmosphäre und Haltung gegenüber Lernen und der Umgang mit konkreten Lehr-/Lernsituationen werden als positiv bewertet. Die Lernenden werden in den Lehr-/Lernsituationen trotz zeitlichem Mehraufwand durch die Organisationsmitglieder in einem positiven Klima ausgebildet. Das Bewusstsein dafür kann durch die Reflexion von Lehr-/Lernsituationen und die Schlussfolgerung über ein positives Lehrklima vermutet werden.

*„Sind alle Kollegen, denke ich, ganz erfolgreich und sehr bemüht, den jungen Kollegen [den Lernenden; Anm. d. V.] was zu erklären, was beizubringen. Da muss ich auch immer meinen Pflegenden ein Kompliment machen, weil die ja dann auch Zeitbremsen und manche Schwierigkeiten mit aushalten müssen, und das wird mitgetragen.“ (Transkript\_P2\_1, Pos. 137–139)*

In dieser Interviewsequenz wird das Bewusstsein für ein positives Lehrklima deutlich. Die interviewte Person berichtet von den Bemühungen, die Lernenden auszubilden. Die interviewte Person betont dabei, dass den „Pflegenden ein Kompliment“ gemacht werden muss, da die zusätzliche zeitliche Belastung und auftretende Schwierigkeiten „aus[ge]halten“ und „mitgetragen“ werden. Diese Äußerungen lassen zum einen darauf schließen, dass die gesamte Organisation sich für die Ausbildung der Lernenden zuständig fühlt und insgesamt eine positive Einstellung zum Lernen vorherrschend ist. Zum anderen kann vermutet werden, dass durch die Reflexion der Lehr-/Lernsituation ein Bewusstsein für ein positives Lehrklima vorhanden ist, da Unterstützungen und Herausforderungen benannt werden. Die Betonung,



dass diese Situation „aus[ge]halten“ und „mitgetragen“ wird, kann zudem darauf hinweisen, dass ein zeitlicher Mehraufwand entsteht, der jedoch von der gesamten Abteilung gemeinsam bewältigt wird. Der zeitliche Mehraufwand kann an folgender Ausführung verdeutlicht werden:

*„Die anderen [die OP-Pflege; Anm. d. V.] müssen den OP aufräumen, die müssen wieder alles einräumen, die müssen dann wieder sterilisieren. Die haben dann [nach der OP und der damit verbundenen Lehreinheit; Anm. d. V.] noch eine Stunde Arbeit. Das muss man immer bedenken. Das ist ja - da hängt noch so ein Rattenschwanz dran“ (Transkript\_P3\_2, Pos. 217–219)*

In diesem Interviewausschnitt wird der zeitliche Aufwand für das Pflegepersonal im OP verdeutlicht. Nachdem die interviewte Person die operative Arbeit und die damit verbundene Lehreinheit durchgeführt hat, wartet noch etwa eine Stunde Arbeit auf die Pflegenden. Durch Lehreinheiten während einer Operation, die dadurch verlängert wird, wird auch diese zusätzliche Zeit zum Aufräumen für die Pflegenden verlängert. Trotzdem kann in den Daten vermutet werden, dass innerhalb der Organisation, der beide interviewte Personen angehören, ein positives Lehrklima gelebt wird, sodass die Lehre trotz zeitlichem Mehraufwand durchgeführt werden kann. Für das Transferklima kann dies bedeuten, dass die Einstellung und Haltung gegenüber Lehre positiv sind und somit auch Weiterentwicklungen innerhalb der Lehre eher positiv aufgenommen werden können.

Bei dem **Hinterfragen der Lern- und Teilnahmemotivation** beschreibt die interviewte Person die Reaktion auf die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung. Kolleg\*innen sind der Annahme, dass die interviewte Person aufgrund der Erfahrung als Lehrende über Lehrkompetenz verfügt, und hinterfragen die Motive für die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung. Für den Transferdiskurs kann dies eine Bedeutung einnehmen, da ein Hinterfragen einer Lern- und Teilnahmemotivation Implikationen über den Stellenwert von Qualifizierungen im nicht genuinen medizinischen Kontext eröffnen kann.

*„I: Wie haben denn Ihre Kollegen und Vorgesetzten auf die Teilnahme am Kurs reagiert? Dass Sie sich angemeldet haben für die Medizindidaktik-Kurse?“*

*B: Ähm, es wird ja anonymisiert (lacht). Wir wurden belächelt.*

*I: Ah, okay. Können Sie das ausführen?“*

*B: Ja, es ist halt so, Sie-. Wie soll ich das jetzt formulieren? Also es ist ja so, wir alle, die Chefarztriede hier im Haus, wir sind alle mit Ausnahme vom Herrn @Name 2@ jenseits der 50. Wir haben einige Generationen Weiterbildungsassistenten schon an uns vorbeilaufen sehen. Und aus denen ist zum Teil was geworden und man lebt dann in der persönlichen Überzeugung, dass man doch ausbilden kann. Dass man didaktisch den jungen Menschen was auf den Weg mitgegeben hat und die ihren Facharzt erreicht haben und es geschafft haben und in dem Beruf sich etabliert haben. Und es gab dann so ein bisschen so das große Schmunzeln. Dann so nach dem Motto ‚Was wollt ihr zwei Alten praktisch in der Gruppe?‘. Wie die Muppet Show, die kennen Sie ja auch, Walter und Statler, die beiden, die da oben auf der Loge sitzen. So nach dem Motto ‚Was wollt ihr zwei da?‘, so als-. Sagen wir mal so, ich sehe es als Chance einfach. Ich sehe es einfach wie ‚Train the Trainer‘, einfach nochmal hinterfragen, was ich so tue. Und letztendlich wird es wahrscheinlich mir auch helfen, wenn wir Patientenveranstaltungen machen, dass wir vielleicht beim Aufbau meiner Folien vielleicht nochmal anders was überdenken.“ (Transkript\_P2\_1, Pos. 232–246)*

In diesem Interviewausschnitt wird von den Kolleg\*innen die Motivation für die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung hinterfragt. Aus den Erzählungen der interviewten Person wird deutlich, dass innerhalb der Organisation die Annahme gelten kann, dass die Lehre bisher fähige Ärzt\*innen hervorgebracht hat und auf dieser Basis eine Beschäftigung mit der Lehre und deren Weiterentwicklung obsolet sind. Die Nutzung der Worte „man“ und „wir“ lässt eine organisationsübergreifende Position zu Lernen und Weiterbildung, hier im Sinne der medizindidaktischen Qualifizierung, annehmen, die jedoch auch auf die Erfahrung der Teilnehmenden zurückgeführt werden kann. Betont wird, dass aufgrund der zahlreichen Lehrjahre eine Art Expertise in der Ausbildung erworben wurde, die zur Lehre befähigt. Die Frage nach dem Sinn einer weiteren Beschäftigung mit Lehrthemen kann eine Herausforderung darstellen, weil die interviewte Person sich rechtfertigen muss, warum eine Weiterentwicklung der Lehre notwendig ist. In dem Zitat liefert die interviewte Person direkt die Antwort auf die von den Kolleg\*innen formulierte Frage und kann sich dementsprechend zu den Motiven für die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung positionieren und einen Lernbedarf benennen. Für das Transferklima kann dies bedeuten, dass die Einstellung zu Lernen und Weiterbildung von der (Lehr)erfahrung der Teilnehmenden abhängig gemacht werden kann und eine weitere Qualifizierung in medizinischer Lehre einer Begründung bedarf. In diesem Interviewausschnitt werden zusätzlich Hinweise auf die Bedeutung von Didaktik und Lehre gefunden, die in Kapitel 7.3 betrachtet wird.

Die **implizite Auseinandersetzung mit Lehrgestaltung im Kollegium** wird als eine weitere inhaltliche Dimension des Transferklimas im organisationalen Kontext aus dem empirischen Material identifiziert (siehe Tabelle 11). Die Beschäftigung mit Lehrgestaltung findet im Kollegium überwiegend implizit statt, indem die Lehre von Kolleg\*innen beobachtet und selbst eine Bewertung von ihr vorgenommen wird und Rückschlüsse auf die Verwertung für die eigene Lehre gezogen werden.

*„Jetzt mit Kollegen darüber [über Lehrgestaltung; Anm. d. V.] reden eher selten. Also, weil da setzt man sich, glaube ich, mit denen nicht so auseinander. Man sieht halt vielleicht, wie ein Kollege auch mal lehrt oder einen Vortrag hält, und sagt dann, das war aber gut. Und man sieht manchmal auch, das war nicht gut. Aber ansonsten, glaube ich, unterhält man sich da relativ wenig aktiv drüber.“ (Transkript\_P3\_1, Pos. 142–145)*

In diesem Interviewzitat wird eine implizite Auseinandersetzung mit Lehrgestaltung geäußert. Als implizit kann diese Auseinandersetzung betrachtet werden, da die interviewte Person berichtet: *„Man sieht halt vielleicht, wie ein Kollege auch mal lehrt oder einen Vortrag hält“*, was auf eine Beobachtung einer Lehr-/Lernsituation schließen lässt. Wie weiter ausgeführt wird, erfolgt jedoch kein inhaltliches Gespräch über die Lehrgestaltung, sondern die interviewte Person bewertet die Lehr-/Lernsituation für sich selbst. Dies kann aus dem Grund vermutet werden, dass die interviewte Person berichtet: *„[...] und sagt dann, das war aber gut. Und man sieht manchmal auch, das war nicht gut.“* Dieses Zitat gibt Hinweise darauf, dass eine gute

Lehrgestaltung benannt wird und eine ausbaufähige Lehre nicht angesprochen wird und eine persönliche Bewertung vorgenommen wird. Darüber hinaus beschreibt die interviewte Person Strategien, wie Anregungen zur Weiterentwicklung der Lehre gewonnen werden, und betont, dass ein aktiver kollegialer Austausch eher weniger gelebt wird. Dieses Verhalten innerhalb des Kollegiums kann die Teilnehmenden vor die Herausforderung stellen, eigene Wege der Auseinandersetzung mit Lehrthemen zu gestalten, um die eigene Lehre weiterzuentwickeln. Für das Transferklima kann dies bedeuten, dass ein expliziter kollegialer Austausch über Lehrgestaltung von der Organisation nicht vorgesehen ist und die Teilnehmenden sich selbständig mit Lehrthemen auseinandersetzen müssen. Für die Teilnehmenden und die Lehrtätigkeit kann dies bedeuten, dass es wenig organisationale Unterstützung in Bezug auf den Austausch über Lehrgestaltung gibt und die Teilnehmenden eine implizite Auseinandersetzung mit Lehrgestaltung im Kollegium nutzen.

In den beiden letzten Interviewpassagen wird eine Umschreibung des Verhaltens der Kolleg\*innen verwendet, indem die interviewten Personen „man“ verwenden, anstatt das eigene Verhalten oder das der Kolleg\*innen genau zu beschreiben. In dem zweiten Interviewausschnitt wird von einer Handlungsstrategie gesprochen, jedoch keine Ich-Perspektive verwendet, sondern dieses Vorgehen verallgemeinert. Diese Verwendung lässt auch eine Übertragung auf die organisationale Ebene zu, da die Beschreibung mit „man“ eine Verallgemeinerung zulässt und somit geteilte Verhaltensweisen in der Organisation beschreiben kann, die einen fundamentalen Bestandteil der organisationalen Lernkultur ausmachen können. Somit können diese Verhaltensweisen von Organisationsmitgliedern einen Einfluss auf die Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Lehre zeigen und werden deshalb als Aspekt des Transferklimas gewertet.

Sowohl das Einverständnis der Vorgesetzten zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung als auch die Unterstützung bei der Weiterentwicklung der Lehre und die Kontrolle der studentischen Bewertungen der Lehre lassen Rückschlüsse auf das Transferklima zu. Durch die Analyse des Verhaltens von Vorgesetzten können in den Daten Hinweise gefunden werden, die auf eine positive Einstellung gegenüber Weiterbildung, Qualifizierung, Lernen und Weiterentwicklung in der Lehre schließen lassen. Aus den Schilderungen der interviewten Personen kann eine Haltung der Vorgesetzten vermutet werden, die Lernen und Weiterbildung, im Sinne der medizindidaktischen Qualifizierung, unterstützt und medizinische Lehre als Weiterentwicklungspotential ansehen kann. Für das Transferklima können die Einstellung und Haltung der Vorgesetzten zu Weiterbildungen, im Sinne der medizindidaktischen Qualifizierung, und Weiterentwicklungen in der Lehre für die gesamte Organisation leitend sein.

### 8.3 Organisationale Rahmenbedingungen

Unter dem Aspekt der organisationalen Rahmenbedingungen werden organisationsspezifische, strukturelle und curriculare Strukturen und Vorgaben gefasst. Ziel dieses Auswertungsschritts ist es, zu eruieren, wie die Lehraktivitäten der Teilnehmenden durch die organisationalen Rahmenbedingungen beeinflusst werden können. Es werden im Folgenden jene Rahmenbedingungen ausgeführt, die im empirischen Material auf eine Bedeutung für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden hinweisen. Wie bereits in Kapitel 1 theoretisch beschrieben, verfolgt das Universitätsklinikum die drei Aufgabenbereiche der Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung. Durch den Status Universitätsklinikum ergeben sich Implikationen für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden. Wie in Tabelle 12 dargestellt, kann aus den Daten dieser **Einfluss des Universitätsklinikums auf die Lehrtätigkeit** (Kapitel 8.3.1) herausgearbeitet werden, der als organisationale Rahmenbedingung der speziellen Organisation Universitätsklinikum angesehen werden kann. Ferner kann in den Daten der **Einfluss struktureller Aspekte auf die Lehrtätigkeit** (Kapitel 8.3.2) der Teilnehmenden identifiziert werden, der insbesondere auf organisationsinternen Strukturen und Abläufen basiert.

*Tabelle 12: Übersicht über die Ergebnisse der organisationalen Rahmenbedingungen*

<b>Organisationale Rahmenbedingungen</b>	
<b>Einfluss des Universitätsklinikums auf die Lehrtätigkeit</b>	
-	Verbindung von Forschung, Lehre und Patient*innenversorgung
-	Relevanz der ärztlichen Berufspflichten und der Lehrtätigkeit
<b>Einfluss struktureller Aspekte auf die Lehrtätigkeit</b>	
-	Fehlende Freistellung für Lehraktivitäten
-	Unzureichende Vorbereitung auf die Lehrtätigkeit durch die Organisation
-	Fehlende Ansprechperson für Lehre
-	Ermöglichung der Voraussetzungen zur Weiterentwicklung der Lehre

#### 8.3.1 Einfluss des Universitätsklinikums auf die Lehrtätigkeit

Die Interviewdaten weisen auf einen Einfluss des Universitätsklinikums auf die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden hin, da die Lehre parallel zu der Patient\*innenversorgung und Forschung durchgeführt wird. Der Status Universitätsklinikum impliziert die Verpflichtung zur Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung jedes ärztlichen Mitglieds der Organisation (siehe Kapitel 1). Dies unterscheidet ein Universitätsklinikum von anderen Krankenhäusern, die keinen

universitären Charakter besitzen oder ein Lehrkrankenhaus darstellen. Der Status Universitätsklinikum und damit einhergehend die Bezeichnung als spezielle Organisation umfassen die Aufgabentrias Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung. In den Daten können in diesem Zusammenhang die Verbindung von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung und die Relevanz der ärztlichen Berufspflichten und der Lehrtätigkeit identifiziert werden (siehe Tabelle 12).

Die **Verbindung von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung** als ein Spezifikum des Universitätsklinikums kann als organisationale Rahmenbedingung angesehen werden. Durch den Status des Universitätsklinikums werden die Patient\*innenversorgung, Forschung und Lehre als organisationale Aufgaben an die Ärzt\*innen gestellt. In den Daten kann die Verbindung dieser organisationalen Aufgabenbereiche identifiziert werden, die sowohl ein Potential als auch eine Herausforderung für die Lehrtätigkeit darstellen kann. Diese Verbindung der Aufgabenbereiche stellt ein spezifisches Merkmal des ärztlichen Berufsalltags an einem Universitätsklinikum dar und kann die Gestaltung der Lehre beeinflussen. Wie in dem untenstehenden Interviewzitat verdeutlicht wird, ist die Verbindung aller Aufgabenbereiche eine Anforderung der Ärzt\*innen, die an einer Universitätsklinik arbeiten.

*„... Ich bin Fachärztin für @Fachrichtung 1@ am Universitätsklinikum Würzburg, somit an einer universitären Einrichtung, und versuche, den Spagat zwischen Patientenversorgung, Forschung und Lehre zu schaffen“ (Transkript\_P6\_1, Pos. 12–13)*

Wie diese Interviewsequenz vermuten lässt, können die drei Aufgabenbereiche der Patient\*innenversorgung, Forschung und Lehre als ein Teil des Selbstverständnisses des ärztlichen Berufsalltags angesehen werden. An dieser Stelle wird jedoch bereits eine Herausforderung der Verbindung dieser organisationalen Aufgabenbereiche angedeutet, da die interviewte Person die Verbindung dieser Bereiche als „Spagat“ beschreibt. Die Forderung nach der Ausübung der organisationalen Aufgaben der Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung an einer Universitätsklinik von derselben Person wurde bereits im 13. Jahrhundert formuliert (siehe Kapitel 1) und erhält bis heute Gültigkeit.

Als Potential der Verbindung der organisationalen Aufgabenbereiche der Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung können in den Daten die Integration und Verknüpfung der verschiedenen Aufgabenbereiche identifiziert werden. So versuchen die Teilnehmenden in der Lehre, die während des klinischen Alltags abläuft, Forschungsergebnisse und Studien aus den eigenen Forschungsschwerpunkten einzubringen.

*„Ja, ich versuche tatsächlich, da ich alle drei Bereiche, also Forschung, Lehre und Klinik, abdecke, auch tatsächlich zu vernetzen, sodass ich tatsächlich gerne auch die klinischen Visiten oder die intensivmedizinischen Patienten aussuche. Wenn jemand da ist, gerne auch zu meinem Forschungsschwerpunkt. Und lasse schon dann auch in den klinischen Unterricht Forschungsfragen, Forschungsergebnisse und aktuelle Studienprojekte einfließen“ (Transkript\_P6\_1, Pos. 160–163)*

In diesem Interviewausschnitt wird das Potential der Verbindung von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung benannt. Die Lehre kann von den Forschungsaktivitäten der interviewten Person profitieren, da aktuelle Forschungsergebnisse in die Lehre integriert werden. Somit kann geschlussfolgert werden, dass der organisationale Kontext, im Spezifischen die Verbindung der organisationalen Aufgaben der Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung, als Potential für die Lehrgestaltung der Teilnehmenden angesehen werden kann.

Die Daten lassen vermuten, dass die Verbindung von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung nicht nur ein Potential für die Lehre darstellen kann, sondern auch als Herausforderung fungieren kann. So wird von den Teilnehmenden berichtet, dass die Patient\*innenversorgung bereits die gesamte Arbeitszeit ausfüllt und die Aufgabenbereiche Lehre und Forschung als zusätzliche Arbeitsbelastung hinzukommen.

*„Also ich habe meine 100, mindestens 100 % Klinikalltag. Und dem Add-on kommt die Lehre plus die Forschung. Da, ja, balanciert man sich so drüber“ (Transkript\_P6\_2, Pos. 182–183)*

*„Na, ich würde schon gerne mehr [...] für die Lehre Zeit haben. Weil Klinik füllt eigentlich unseren Alltag auch schon so aus. Und alles andere ist so ein bisschen Freestyle.“ (Transkript\_P4\_1, Pos. 85–87)*

In diesen Interviewsequenzen werden die Lehre und Forschung neben der Patient\*innenversorgung als Herausforderung des ärztlichen Handelns beschrieben. Neben der Versorgung der Patient\*innen wird an die interviewten Personen die Anforderung gestellt, in der Lehre und Forschung aktiv zu sein. Diese Verpflichtung kann bei den interviewten Personen als berufspraktische Herausforderung interpretiert werden, da in die Patient\*innenversorgung bereits die gesamte Arbeitszeit investiert wird und die anderen organisationalen Aufgaben trotzdem zusätzlich abgedeckt werden müssen. Als mögliche Gründe für diese zeitliche Verteilung von Patient\*innenversorgung vor Forschung und Lehre kann der anhaltende Ärzt\*innenmangel (siehe Kapitel 1) angesehen werden. Da der Bedarf an ärztlichen Behandlungen jedoch nicht sinkt, muss eine Priorisierung der Aufgabenbereiche vorgenommen und eine zusätzliche Arbeitsbelastung toleriert werden. Dies beschreibt die interviewte Person anschaulich mit *„mindestens 100 % Klinikalltag“*, wozu noch die Lehrtätigkeit und Forschung zusätzlich hinzukommen.

Ferner wird die Verbindung von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung, wie weiter oben bereits ausgeführt, als *„Spagat“* beschrieben, was als weiteres Indiz für eine berufspraktische Herausforderung anzusehen ist. Die interviewte Person betont, dass sie an einer universitären Einrichtung arbeitet, die die Verbindung von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung anstrebt. Somit kann aus diesen Interviewziten geschlussfolgert werden, dass die Daten Hinweise darauf geben, dass die Verbindung dieser organisationalen

Aufgaben sowohl Potentiale als auch Herausforderungen für die Ärzt\*innen und die Lehre darstellen kann.

Wie in Tabelle 12 dargestellt, zeigt sich in den Daten darüber hinaus, dass die **Relevanz der ärztlichen Berufspflichten und der Lehrtätigkeit** nicht den gleichen Stellenwert im ärztlichen Berufsalltag erhält. Es gibt Hinweise darauf, dass die Versorgung der Patient\*innen im organisationalen Kontext oberste Priorität erhält und dies die Lehraktivitäten der Teilnehmenden beeinflussen kann.

*„Na ja, also ich meine, wenn die Notaufnahme voll ist, dann ist die Notaufnahme voll. Dann muss ich sozusagen schnell, schnell mir Patienten anschauen und da Entscheidungen treffen, da kann ich dann nicht jeden Patienten in Ruhe mit den Studenten besprechen.“ (Transkript\_P5\_1, Pos. 149–151)*

*„Zeit [für Lehre; Anm. d. V.] wird unser Arbeitgeber uns erst nach der Patientenversorgung gönnen, also das ist so das“ (Transkript\_P2\_1, Pos. 192–193)*

In diesen beiden Interviewausschnitten wird der Stellenwert der Lehre neben der Patient\*innenversorgung verdeutlicht. Die benötigte Zeit zur Lehre steht den interviewten Personen häufig nicht zur Verfügung, da die Versorgung der Patient\*innen Vorrang hat. Es lässt sich vermuten, dass dies durch die organisationalen Strukturen vorgegeben ist, weil ein Krankenhaus das Wohl der Patient\*innen als oberste Priorität formuliert (siehe Kapitel 1). Da eine Universitätsklinik ebenso ein Krankenhaus darstellt, besteht auch hier die Maxime der bestmöglichen Patient\*innenversorgung, gefolgt von dem universitären Anspruch. Darunter lassen sich die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses und die wissenschaftliche Forschung fassen. So wird in dem ersten Interviewzitat eine typische Lehrsituation in der Klinik beschrieben. Wie bereits aus den empirischen Daten herausgestellt, können durch die Beobachtung der ärztlichen Berufspraxis, Lehren anhand eines konkreten Falls und durch die Erläuterung von medizinischen Abläufen typische Lehraktivitäten in der Medizin gestaltet werden (siehe Kapitel 7.2). Die Schilderungen lassen vermuten, dass es sich bei der beschriebenen Situation um eine Lehraktivität handelt, die auf die berufliche Sozialisation abzielt (siehe Kapitel 7.2.2), und die interviewte Person normalerweise die Patient\*innen mit den Lernenden bespricht, um das Vorgehen zu erläutern. In dieser konkreten Lehrsituation kann dies allerdings nicht geschehen, da die ärztlichen Berufspflichten vor der Lehre verortet werden.

Da das Patient\*innenwohl als oberstes Gebot des ärztlichen Handelns gilt (siehe Kapitel 1), kann die Patient\*innenversorgung den elementarsten Bestandteil des berufspraktischen Handelns darstellen. Dies kann als weiterer Hinweis angesehen werden, der das Handeln der Ärzt\*innen, die in einem universitären und akademischen Krankenhaus arbeiten, vor berufspraktische Herausforderungen stellen kann. Überdies können die Dringlichkeit und Notwendigkeit der ärztlichen Versorgung die organisationale Aufgabe der Lehre überwiegen und daher können die ärztlichen Berufspflichten einen höheren Stellenwert und somit eine

höhere Relevanz gegenüber der Lehrtätigkeit erhalten. Diese Gegebenheiten lassen vermuten, dass es zu einer Beeinflussung der Lehrtätigkeit der Teilnehmenden kommen kann, da die Patient\*innenversorgung kurzzeitig oberste Priorität erhält und die Lehre dahinter zu verorten ist.

### 8.3.2 Einfluss struktureller Aspekte auf die Lehrtätigkeit

Als weitere Dimension der organisationalen Rahmenbedingungen lässt sich in den Daten der Einfluss struktureller Aspekte auf die Lehrtätigkeit identifizieren. Als strukturelle Aspekte fungieren organisationsinterne Strukturen und Gegebenheiten, durch die die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden beeinflusst werden kann. Aus dem empirischen Material lassen sich die fehlende Freistellung für Lehraktivitäten, eine unzureichende Vorbereitung auf die Lehrtätigkeit durch die Organisation, eine fehlende Ansprechperson für Lehre und die Ermöglichung der Voraussetzungen zur Weiterentwicklung der Lehre herausarbeiten (siehe Tabelle 12).

Durch die parallele Gestaltung und Durchführung der Lehre und des klinischen Alltags kann in den Daten eine **fehlende Freistellung für Lehraktivitäten** identifiziert werden. In der Analyse wird deutlich, dass die Zeit für Lehraktivitäten in unzureichender Weise reserviert wird, da weitere organisationale Aufgaben erfüllt werden müssen und es keine festen, institutionalisierten Strukturen für die Lehrtätigkeit gibt.

*„Und der Zeitrahmen natürlich. Letztlich ist das ja alles aus dem Klinikalltag rausgeschnitten und was man lehrt, darf man danach nacharbeiten. Man wird nicht freigestellt, das wäre vielleicht etwas.“ (Transkript\_P4\_1, Pos. 71–73)*

In dieser Interviewpassage wird die Lehre als zusätzliche Aufgabe, neben der Patient\*innenversorgung, angesehen und von einer fehlenden Freistellung von ärztlichen Berufspflichten während der Lehre berichtet. Als ärztliche Berufspflicht wird vor allem die Versorgung von Patient\*innen angesehen, für Ärzt\*innen in einer Universitätsklinik kommen die bereits ausgeführten Aufgaben der Forschung und Lehre hinzu. Da es keine Freistellung oder reservierte Zeit für Lehre gibt, kann das Konstrukt der „protected time“ (siehe Kapitel 1) eine Konzentration auf die Lehrtätigkeit unterstützen. Es lässt sich vermuten, dass die interviewte Person eine ähnliche Freistellung von klinischen Aufgaben für die Lehraktivitäten wünscht. Dieser Wunsch kann verdeutlichen, dass es keine definierten Strukturen für die Zeit der Lehrtätigkeit innerhalb der Organisation gibt. Daher wird diese Art der Freistellung von klinischen Aufgaben für die Zeit der Lehraktivitäten als Weiterentwicklungspotential für die Lehre der Teilnehmenden aus den Daten identifiziert. In den bisher analysierten Daten zeigt sich die berufspraktische Herausforderung sowie eine ungenügende Reservierung von Zeit für Lehraktivitäten, die durch eine „protected time“ für Lehraktivitäten zur Verfügung gestellt werden könnte.



Aus Sicht der Teilnehmenden gibt es eine **unzureichende Vorbereitung auf die Lehrtätigkeit durch die Organisation**, sodass die Daten vermuten lassen, dass es keine ausreichende organisationsinterne Ausbildung und Vorbereitung auf die Lehrtätigkeit gibt.

*„B: [...] in dem Sinne Pädagogik haben wir [Mediziner\*innen; Anm. d. V.] ja null Vorbildung in der sozusagen wirklich strukturierten Pädagogik. [...]*

*I: Und was brauchen Sie, um gut zu lehren?*

*B: Tja, gute Frage, ich weiß es nicht. Das ist, glaube ich, auch was - also wie gesagt, dadurch, dass wir da null Ausbildung für bekommen, ist das, glaube ich, das, was man kann, was man so als Persönlichkeit mitbringt. [...] Na, ich würde schon gerne mehr [...] für die Lehre Zeit haben. Weil Klinik füllt eigentlich unseren Alltag auch schon so aus. Und alles andere ist so ein bisschen Freestyle.“ (Transkript\_P4\_1, Pos. 55–87)*

In diesen Interviewzitate wird die Vorbereitung seitens der Organisation auf die Lehrtätigkeit der interviewten Person angesprochen. Während der ärztlichen Ausbildung, des Medizinstudiums, steht die Fachlichkeit im Vordergrund, somit werden die Teilnehmenden primär für die organisationale Aufgabe der Patient\*innenversorgung akademisch ausgebildet. Die Daten geben Hinweise darauf, dass die Teilnehmenden sich nicht ausreichend auf die Lehrtätigkeit vorbereitet fühlen und daher die Lehre als Herausforderung ansehen können. Dies wird dadurch deutlich, dass die interviewte Person betont, dass Mediziner\*innen keine didaktische Ausbildung erhalten und die Lehre auf persönlichem Engagement und Improvisation beruht. Das persönliche Engagement kann durch die Äußerungen zur „*Persönlichkeit*“ der Teilnehmenden vermutet werden und die Improvisation lässt sich auf die Bezeichnung „*Freestyle*“ zurückführen. Diese Benennungen können als weitere Hinweise angesehen werden, dass die Lehrtätigkeit unzureichend durch organisationsinterne Strukturen begleitet wird. Dieser Interviewausschnitt lässt daher auf eine ungenügende Vorbereitung durch die Organisation auf die Lehrtätigkeit schließen.

Ferner kann in den Daten eine **fehlende Ansprechperson für Lehre** in einzelnen Kliniken identifiziert werden. Innerhalb der Organisation sind keine Strukturen zum Austausch über Lehre oder Ansprechpersonen für Lehrthemen benannt.

*„Wir haben ja auch niemanden im Haus, ich habe jetzt auch keinen Kollegen oder Kollegin, der jetzt zum Beispiel einen Master of Medical Education [Masterstudium speziell für die medizinische Lehre; Anm. d. V.] hätte. Der da sagt: ‚Okay, jetzt wart ihr sieben Tage spaßig in der Uni. Gibt es Fragen? Wollen wir da was mehr ändern, wollen wir dort was ändern? Zeige mal deinen nächsten Vortrag für die @Schule der Gesundheitsberufe 1@‘. Oder: ‚Was hast du denn für die Laienfortbildung gedacht, wie willst du das aufbauen?‘ Diese Kontrollinstanzen oder Beratungsinstanzen sind bei uns nicht etabliert.“ (Transkript\_P2\_2, Pos. 614–619)*

In dieser Interviewsequenz werden die Möglichkeit eines Austauschs über Lehre und die Nichtexistenz einer Ansprechperson für die Lehre thematisiert. Die interviewte Person beschreibt, dass es „*niemanden*“ gibt, mit dem über konkrete Lehrgestaltung gesprochen werden kann. Dies lässt darauf schließen, dass es keine organisationsinternen Strukturen zum Austausch über Lehre gibt und keine konkreten Ansprechpersonen bekannt sind. An diesem

Interviewzitat ist auffällig, dass diese Ansprechperson als eine „*Kontrollinstanz[]* oder *Beratungsinstanz[]*“ benannt wird und nach Ansicht der interviewten Person über ein Masterstudium in medizinischer Lehre verfügen sollte. Dies kann darauf hindeuten, dass die Ansprechperson über fachliche Expertise in der Medizindidaktik verfügen sollte und darüber hinaus eine korrigierende Funktion einnehmen könnte. Das Zitat weist darauf hin, dass die Unterstützung durch andere Organisationsmitglieder und der Austausch mit diesen für die interviewte Person als nicht sehr hilfreich anzusehen sind, sondern eine organisationsinterne Struktur in Form einer Fachperson für medizinische Lehre hilfreich wäre. Für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden kann dies bedeuten, dass durch das Fehlen einer Ansprechperson der Austausch über Lehre weniger gegeben ist und Fragen und Ideen zur Lehrgestaltung von den Teilnehmenden allein ausgearbeitet werden.

Als weiterer struktureller Aspekt kann in den Daten die ***Ermöglichung der Voraussetzungen zur Weiterentwicklung der Lehre*** durch die Organisation identifiziert werden (siehe Tabelle 12). Hierbei schaffen Kolleg\*innen Voraussetzungen für die Weiterentwicklung der Lehre für die Teilnehmenden und können somit als Unterstützungsmoment agieren.

*„Also außer den formalen Sachen, mit denen ich allen sprechen muss, wie dem @Servicezentrum der Universität@, [...] dem verantwortlichen Professor im Arbeitsbereich und dem Lehrstuhlinhaber [...] Tatsächlich kommt dann noch jemand Viertes dazu. Der mir alle Möglichkeiten gibt [...] Und der kümmert sich dann um solche Sachen wie, ob ich noch eine Vorlesung ausweiten darf, noch dazunehmen darf. Ob ich noch Räume bekomme, solche Geschichten“ (Transkript\_P1\_1, Pos. 327–336)*

In dieser Interviewsequenz wird das Verhalten eines Kollegen beschrieben, das zur Weiterentwicklung der Lehre dienlich sein kann. Für die interviewte Person werden administrative Voraussetzungen geschaffen und somit die strukturellen Bedingungen zur Weiterentwicklung der Lehre geliefert. Hinweise auf diese Voraussetzungen können durch die Schilderung „*[d]er mir alle Möglichkeiten gibt*“ vermutet werden. Aus diesem Zitat kann somit das Potential zur Weiterentwicklung der Lehre vermutet werden, da durch die Strukturen Möglichkeiten und Voraussetzungen zur Weiterentwicklung der Lehre gegeben sind. Für die Lehrtätigkeit kann dies bedeuten, dass Weiterentwicklungen in der Lehre durch die Ermöglichung von Voraussetzungen durch die Kolleg\*innen hilfreich sein können.

Zusammenfassend kann basierend auf den organisationalen Rahmenbedingungen ein Einfluss des Universitätsklinikums und der strukturellen Aspekte auf die Lehrgestaltung der Teilnehmenden in den Daten identifiziert werden. Dieser Einfluss kann eine unterstützende Funktion einnehmen oder als eine Herausforderung in der Lehrgestaltung angesehen werden.

## 9. Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung

In diesem Auswertungsabschnitt werden die Bedingungen und die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung näher betrachtet. Um sie spezifisch für die in dieser Studie untersuchte medizindidaktische Qualifizierung darzustellen, folgt daher eine Präzisierung dieser Modellkomponente für das empirische Rahmenmodell. Somit wird eine Distanzierung von der Ausgestaltung von Weiterbildungen vorgenommen und durch die Terminologie der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierungen ersetzt. Es wird im Folgenden auf der didaktischen Handlungsebene untersucht, welche Aspekte der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung für die Teilnehmenden als lernförderlich und transferförderlich gelten können. Hierfür werden Hinweise aus den Interviews herausgearbeitet, die auf eine Bedeutung für die Lehrtätigkeit und den Lerntransfer der Teilnehmenden hinweisen. Die konkrete Ausgestaltung des Lehr-/Lernsettings während der medizindidaktischen Qualifizierung wird auf der mikrodidaktischen Handlungsebene betrachtet. In dieser Arbeit werden Hinweise auf die Wirkung der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung auf die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden erfasst und darüber hinaus förderliche sowie hinderliche Bedingungen im Lern- und Transferprozess untersucht. Daher wird bei der Ausgestaltung auf der didaktischen Handlungsebene zwischen den Bedeutungszuweisungen der Teilnehmenden im Hinblick auf den individuellen Lern- und Transferprozess unterschieden. Somit kann basierend auf dem empirischen Material zwischen der **lernförderlichen didaktischen Ausgestaltung** (Kapitel 9.1) und der **transferförderlichen didaktischen Ausgestaltung** (Kapitel 9.2) der medizindidaktischen Qualifizierung differenziert werden. In den Tabellen 13 und 14 ist diese Differenzierung inklusive der detaillierten inhaltlichen Ausprägungen für die didaktische Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung visualisiert.

### 9.1 Lernförderliche didaktische Ausgestaltung

Wie im Verlauf der Arbeit bereits erläutert, erhalten die Lernprozesse in dieser Arbeit einen eigenen Stellenwert, sodass aus Lernen nicht folglich ein Transfer erfolgt. Durch die subjektorientierte Sichtweise wird Lernen als eigenständiger Prozess definiert, der durch das Subjekt rekonstruiert wird. Die Perspektive des Lernens wird von den Subjekten, je nach Lerninteresse und Sinnhorizonten, entwickelt und kann Lernhandlungen ergeben.

Im Folgenden werden jene Aspekte herausgearbeitet, die auf eine lernförderliche didaktische Ausgestaltung auf der mikrodidaktischen Ebene hinweisen. Spezifischer werden didaktische Elemente der medizindidaktischen Qualifizierung identifiziert, die durch die Bedeutungszuweisung der Teilnehmenden einen Stellenwert für den eigenen Lernprozess einnehmen können. Wie Tabelle 13 zu entnehmen ist, können aus den Daten die

Vorbereitungsaufgaben zur aktiven Auseinandersetzung mit den Themen, die Selbsterfahrung von didaktischen Methoden, die Anwendung von praktischen Beispielen aus der Berufspraxis, die mikrodidaktische Anleitung von Gruppenarbeiten zur Anregung der Mitarbeit, eine Reflexion über didaktische Methoden für die Lehre und eine Diskussion über Lehrerfahrungen als lernförderliche Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung betrachtet werden.

*Tabelle 13: Übersicht über die Ergebnisse der lernförderlichen didaktischen Ausgestaltung*

<b>Lernförderliche didaktische Ausgestaltung</b>
- Vorbereitungsaufgaben zur aktiven Auseinandersetzung mit den Themen
- Selbsterfahrung von didaktischen Methoden
- Anwendung von praktischen Beispielen aus der Berufspraxis
- Mikrodidaktische Anleitung von Gruppenarbeiten zur Anregung der Mitarbeit
- Reflexion über didaktische Methoden für die Lehre
- Diskussion über Lehrerfahrungen

Die Daten lassen vermuten, dass die **Vorbereitungsaufgaben zur aktiven Auseinandersetzung mit den Themen** auf der individuellen Ebene anregen können und darüber hinaus zum dialogischen Austausch über das Vorgehen und die Bearbeitung der Aufgaben führen können.

*„Und selbst die Aufgaben [Vorbereitungsaufgaben für die medizindidaktische Qualifizierung; Anm. d. V.], die gestellt wurden. [...] Also es war so super, dass es so war. Aber die waren auch belastend. Dadurch, dass wir zu zweit da waren [zwei Personen aus der gleichen Klinik, die sich gut kennen; Anm. d. V.] und da kommt ja dieses Partnerding, hat man sich natürlich schon, das ist schon ein Thema: ‚Ja, wie machst du das?‘ ‚Ja, ich glaube, ich mache das und das.‘ Und: ‚Ne, ich mache es doch anders‘, am nächsten Tag. ‚War mir zu kompliziert. Ich habe gestern Abend angefangen, ne, ich mache das anders.‘ Und das war aber, weil wir zu zweit waren. Aber ich glaube, alleine wäre es anstrengend gewesen“ (Transkript\_P3\_2, Pos. 733–738)*

In dieser Interviewpassage wird deutlich, dass die Bearbeitung der Vorbereitungsaufgaben für die medizindidaktische Qualifizierung die aktive Auseinandersetzung mit den Themen fördern kann. Im Rahmen der medizindidaktischen Qualifizierung gibt es für jeden Workshop-Tag verschiedene Vorbereitungsaufgaben, die im Vorfeld von den Teilnehmenden bearbeitet werden müssen und entweder vorab eingereicht oder zum Workshop mitgebracht werden. In diesem Interviewausschnitt wird über die Vorbereitungsaufgabe im Rahmen des Präsentationstrainings gesprochen, für das eine fünfminütige Präsentation mitgebracht werden soll (siehe Kapitel 2.3). Die aktive Auseinandersetzung mit den Themen durch die Vorbereitungsaufgaben geschieht in dem oben zitierten Interviewausschnitt auf zwei Ebenen, die aufeinander aufbauen. Zum einen beschäftigt die interviewte Person sich selbständig mit den Aufgaben und zum anderen erfolgt eine Interaktion über die Bearbeitung der Aufgaben.

Damit in diesem Beispiel eine dialogische Auseinandersetzung erfolgen kann, wird eine individuelle Auseinandersetzung mit der Vorbereitungsaufgabe und den Themen vorausgesetzt. Diese beiden Arten der Auseinandersetzung mit den Vorbereitungsaufgaben sind als lernförderlich zu deuten. Die interviewte Person beschreibt, dass die Interaktion die Bearbeitung der Aufgaben erleichtert. Aus dieser Interviewpassage kann somit geschlussfolgert werden, dass sowohl auf individueller Ebene als auch in der Interaktion mit Kolleg\*innen die Vorbereitungsaufgaben einen Beitrag zur aktiven Auseinandersetzung mit den Themen leisten können.

Die Daten zeigen, dass die Teilnehmenden durch die **Möglichkeit der Selbsterfahrung von didaktischen Methoden** einen positiven, förderlichen Einfluss auf den individuellen Lernprozess erfahren können. Die Teilnehmenden erhalten die Möglichkeit, didaktische Methoden während der medizindidaktischen Qualifizierung selbst zu erleben und somit eigene Lernerfahrungen im Kontext spezifischer didaktischer Methoden zu machen.

*„I: Was ist Ihnen denn besonders in Erinnerung geblieben bei diesen ganzen Workshop-Tagen?“*

*B: [...] Das Selbsterleben einzelner ähm – wie sagt man? – didaktischer Formeln sozusagen. Ja, also, dass man das hört und dann selbst erlebt und manchmal auch erlebt, bevor man es gehört hat, wo man dann merkt, das haben die vorhin doch schon mit uns so gemacht“ (Transkript\_P3\_2, Pos. 413–419)*

*„In der allerersten Stunde hatten wir zum Beispiel verschiedene Lehrsituationen in verschiedenen Räumen. Die auch schnell abgewechselt waren. Und allein dadurch, dass verschiedene Reize immer gesetzt worden sind, war das Ganze ein richtig aufregendes Erlebnis, obwohl ich die Techniken und so alle vorher schon immer gehört habe. Und auch schon mal durchgespielt habe, war es dann doch noch was, wo ich was mitnehmen konnte, allein deshalb, weil ich mit Begeisterung dabei war. Das war eigentlich so die Hauptidee. Und ja, und halt praktische Sachen auch umzusetzen, die man sonst auch nur theoretisch mal gehört hat.“ (Transkript\_P1\_2, Pos. 232–238)*

In beiden Interviewsequenzen wird die Möglichkeit der Selbsterfahrung von didaktischen Methoden thematisiert. In dem ersten Interviewausschnitt wird dieses didaktische Element als Antwort auf die Frage, was besonders in Erinnerung geblieben sei, angesprochen. Dies deutet darauf hin, dass die Selbsterfahrung der didaktischen Methoden einen positiven und nachhaltigen Eindruck bei der interviewten Person hinterlassen hat. In dem zweiten Interviewzitat wird ebenfalls die Möglichkeit zur Selbsterfahrung der didaktischen Methoden während der medizindidaktischen Qualifizierung betont. Während der medizindidaktischen Qualifizierung werden die Teilnehmenden in Kleingruppen eingeteilt und erhalten im Rahmen von Rollenspielen die Möglichkeit, „*verschiedene Lehrsituationen*“ zu simulieren. Diese Rollenspiele dienen dem Zweck, strukturiertes Feedback zu einer Anleitung einer ärztlichen Untersuchung zu geben sowie seitens der Teilnehmenden die Lernenden angemessen auf die Lehrsituation am Patientenbett vorzubereiten (Briefing) wie auch ein adäquates Reflexionsgespräch über die simulierte Lehrsituation zu führen (Feedback & Debriefing).

Innerhalb der Rollenspiele erhalten die Teilnehmenden verschiedene Rollenzuweisungen (Teilnehmende\*r, Lernende\*r, Patient\*in und Beobachter\*in); dabei geht es nicht darum, die ärztliche Tätigkeit korrekt durchzuführen, sondern die Anleitung und das Feedback von den Teilnehmenden stehen im Fokus dieser Rollenspiele. Nach der Simulation der Situationen wird von den zugewiesenen Rollen nacheinander strukturiertes Feedback zu der Anleitung und Interaktion zwischen Teilnehmenden und Lernenden gegeben. Im Vorfeld der Rollenspiele erhalten die Teilnehmenden von den Trainer\*innen im Plenum theoretischen Input zu den didaktischen Methoden der strukturierten ärztlichen Anleitung, Feedback, Briefing und Debriefing. Die Teilnehmenden müssen zum einen in dem Rollenspiel selbst Feedback geben und zum anderen im Anschluss an das Rollenspiel von den anderen Teilnehmenden Feedback empfangen. Durch die Simulation von vier verschiedenen Szenarien kann jede Rolle (Teilnehmende\*r, Lernende\*r, Patient\*in und Beobachter\*in) eingenommen werden. Somit erhalten die Teilnehmenden die Möglichkeit, durch die Selbsterfahrung der didaktischen Methoden verschiedene Perspektiven (unter anderem die Lernendenperspektive und Teilnehmendenperspektive) im Rahmen der didaktischen Methoden zu erleben. Durch die Beschreibungen der interviewten Personen wird die Möglichkeit der Selbsterfahrung als lernförderliches Element angesehen, hierbei wird diese Erfahrung als „aufregendes Erlebnis“ betitelt. Ferner kann die emotionale Involviertheit durch die Selbsterfahrung der didaktischen Methoden transformiert auf die eigene Lehrgestaltung übertragen und modifiziert werden (vgl. Gieseke, 2012, 584). Für die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung kann dies bedeuten, dass die Möglichkeit zur Selbsterfahrung von Methoden berücksichtigt werden sollte, um den Teilnehmenden eine Verknüpfung zwischen Theorie mit Praxis zu ermöglichen. Für den Lernprozess weisen die Textstellen darauf hin, dass die Selbsterfahrung von didaktischen Methoden als ein nachhaltiges Erlebnis aus der medizindidaktischen Qualifizierung agieren kann und durch eine emotionale Involviertheit die Transformation in die eigene Lehre angeregt werden kann.

Als weiterer Aspekt der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung kann aus den Daten die **Anwendung von praktischen Beispielen aus der Berufspraxis** identifiziert werden. Wie in den Daten deutlich wird, ist die Ausrichtung der medizindidaktischen Qualifizierung mit praktischen Beispielen aus der Berufspraxis der Teilnehmenden als lernförderliches Element zu bezeichnen.

*„Also ich muss zugeben, dieser letzte Workshop, das war sehr theoretisch. Das ist genau das, was ja sonst immer so ein bisschen abschreckend ist. Dieser ganz theoretische Part. Aber ansonsten [die anderen Workshop-Tage; Anm. d. V.] war das wirklich gut. Also uns hat das Spaß gemacht. Wir haben, also wir haben viel gelernt. Das war einfach medizinisch. Das war praktisch. Das war genau, was wir machen an genau solchen Beispielen. Deswegen fand ich das gut. [...] Die [Trainer\*innen des letzten Workshops; Anm. d. V.] haben das nett gemacht und waren auch sympathisch und haben sich bemüht, aber das ist einfach zu trocken. Das ist nicht- Ärzte sind*

*immer so schnell, schnell, schnell. Und dann ist das schwierig, uns zu überzeugen.“  
(Transkript\_P4\_2, Pos. 152–166)*

In dieser Interviewsequenz wird die Differenzierung zwischen dem „*letzte[n] Workshop*“ und den anderen Tagen der medizindidaktischen Qualifizierung vorgenommen und dabei die Anwendung von praktischen Beispielen aus der Berufspraxis thematisiert. Die alleinige theoretische Beschäftigung mit den Inhalten wird als „*abschreckend*“ bezeichnet und im Kontrast dazu mit einer praxisnahen Aufarbeitung der Themen unter Anwendung von praktischen Beispielen aus der Berufspraxis verglichen. Durch die Anwendung von praktischen Beispielen aus der Berufspraxis erhalten die Themen einen medizinischen Kontext, der von der interviewten Person positiv bewertet wird, da diese die ärztliche Berufspraxis der Teilnehmenden widerspiegeln kann. Der in diesem Ausschnitt beschriebene Workshop wird von externen Trainer\*innen durchgeführt, die in der allgemeinen Hochschuldidaktik verortet sind. Der Workshop wird von der interviewten Person als „*trocken*“ beschrieben, was im direkten Vergleich mit dem „*letzte[n] Workshop*“ darauf hinweisen kann, dass die praktischen Beispiele aus der Berufspraxis gefehlt haben. Weiter führt die interviewte Person aus, dass ärztliche Teilnehmende faktenbasiert arbeiten und daher zum „*[Ü]berzeugen*“ praktische Beispiele aus der Berufspraxis benötigen, um die Theorie mit der Praxis zu verknüpfen. Dies gibt einen weiteren Hinweis darauf, dass die Teilnehmenden durch die alleinige theoretische Beschäftigung mit den Inhalten des Trainings weniger Erkenntnisse für die Lehrtätigkeit aus der medizindidaktischen Qualifizierung generieren können. Daher kann eine Verknüpfung von pädagogischen und medizinischen Denk- und Handlungslogiken einen Beitrag zur Lernförderung leisten. Durch die Auswahl von praktischen Beispielen können die Teilnehmenden sich mit den Beispielen aus der Berufspraxis identifizieren und sich von der theoretischen Ebene differenzieren, um die Inhalte zu verstehen. Dies deutet darauf hin, dass die Anwendung von praktischen Beispielen aus der Berufspraxis als lernförderlich betrachtet werden kann.

Wie Tabelle 13 zu entnehmen ist, kann aus den Daten die ***mikrodidaktische Anleitung von Gruppenarbeiten zur Anregung der Mitarbeit*** als lernförderliches Element herausgearbeitet werden. Durch das Erleben von verschiedenen Arten von Gruppenarbeiten während der medizindidaktischen Qualifizierung können die Teilnehmenden Ableitungen für die eigenen Lernprozesse aus der Beurteilung dieser Gruppenarbeiten und deren Anleitung ziehen.

*„Aber da habe ich es genossen am Anfang [die Gruppenarbeiten; Anm. d. V]. Zum Schluss nicht mehr, weil zum Schluss haben Sie uns die, weil alle Konzepte, die Sie hatten, sind dann flöten gegangen. Zum Schluss haben Sie uns die Gruppen selbst zusammenstellen lassen. Da gab es keine roten Punkte mehr, die wir irgendwo kleben hatten oder so. Sondern Sie haben uns die Gruppen selbst zusammenstellen lassen oft oder wir konnten selbst Einfluss darauf nehmen. Und das führt genau dazu, dass einer was sagt, und man setzt sich genau zu dem, der was sagt, und alle anderen sagen nichts. Keiner bereitet vor. Und dann ist das keine Gruppenarbeit, sondern ich mache mir kurz Gedanken und trage das dann vor. Hat dann nichts mehr mit einer Gruppenarbeit zu tun, das ist genau das, warum ich keine Gruppenarbeit mag.*

*Aber, habe ich ja auch was draus gelernt, dass die Gruppenarbeit zum Beispiel, die dann zugelost ist, funktioniert viel besser, und hat mir sogar Spaß gemacht, ja. Fand ich sogar gut“ (Transkript\_P1\_2, Pos. 402–410)*

In diesem Interviewzitat wird der Vergleich zwischen verschiedenen Arten der Anleitung und Zusammensetzung von Gruppenarbeiten aus der medizindidaktischen Qualifizierung bewertet. Im Vorfeld der medizindidaktischen Qualifizierung werden die Teilnehmenden für bestimmte Gruppenarbeiten bereits eingeteilt, damit beispielsweise homogene oder heterogene Gruppenzusammensetzungen über die ärztlichen Fachrichtungen gewährleistet werden können. Diese Einteilungen sind an den Namensschildern durch farbige Punkte und Zahlen gekennzeichnet, sodass die Gruppeneinteilung nicht direkt im Kurs stattfindet. Die interviewte Person resümiert, dass Gruppenarbeiten mit einer mikrodidaktischen Anleitung und einer vorherigen Einteilung der Gruppen besser funktionieren und „*Spaß gemacht*“ haben. Die mikrodidaktische Anleitung von Gruppenarbeiten kann somit zur Mitarbeit anregen. Dabei können Gruppenarbeiten mit einer vorherigen Gruppeneinteilung und konkreten Anweisungen einen Beitrag zur Lernförderung leisten. Dahingegen geben die Daten einen Hinweis darauf, dass eine selbstbestimmte Zusammensetzung der Gruppen das Lernen der interviewten Person eher hindert. Dies kann unter anderem basierend auf der folgenden Aussage vermutet werden: *„[...] , dass einer was sagt, und man setzt sich genau zu dem, der was sagt, und alle anderen sagen nichts. Keiner bereitet vor. Und dann ist das keine Gruppenarbeit, sondern ich mache mir kurz Gedanken und trage das dann vor.“* Es kann dabei die Vermutung aufgestellt werden, dass die interviewte Person bei einer selbstbestimmten Zusammensetzung der Gruppen wenig Eigenmotivation und Lerninteresse zeigen kann. Es kann spekuliert werden, dass bei der eigenständigen Zusammensetzung der Gruppen von einem unstrukturierten Arbeitsprozess ausgegangen werden kann, da sich *„kurz Gedanken“* gemacht und diese dann zusammengetragen werden. Es kann der Eindruck entstehen, dass durch die selbstbestimmte Zusammensetzung ein Zusammenarbeiten als Gruppe in Frage gestellt werden kann. Dabei wird allerdings außer Acht gelassen, dass die Gruppenarbeiten immer mit einem detaillierten Arbeitsauftrag durchgeführt werden, unabhängig von ihrer Zusammensetzung. Diese Interviewsequenz kann einen Hinweis auf die Ähnlichkeit der mikrodidaktischen Anleitung von Gruppenarbeiten und des Handlungsmodus der ärztlichen Tätigkeit geben. Ärztliche Tätigkeiten sind durch strukturierte Abläufe sowie indizierte Untersuchungen zur Behandlung und Therapie von Krankheiten bestimmt. Es gibt im ärztlichen Handlungsmodus vorgeschriebene detaillierte Vorgehensweisen, die wenig Gestaltungsspielraum in der Patient\*innenversorgung zulassen. So folgt die körperliche Untersuchung bei einem Verdacht auf eine Blinddarmentzündung einem sehr routinierten Handlungsmodus, der beispielsweise vorschreibt, welche Punkte am Bauch gedrückt werden müssen (siehe Kapitel 2). Anhand dieses Beispiels kann eine Ähnlichkeit zwischen dem ärztlichen Handlungsmodus und der mikrodidaktischen Anleitung von Gruppenarbeiten erkannt werden. Beide Vorgehensweisen



orientieren sich an sehr strukturierten Vorgaben, die den Teilnehmenden helfen, eine Aufgabe in der medizindidaktischen Qualifizierung oder im ärztlichen Berufsalltag zu lösen. Somit erhält die mikrodidaktische Anleitung von Gruppenarbeiten zur Anregung der Mitarbeit eine lernförderliche Bedeutung für die Teilnehmenden und ist überdies nah an der Berufspraxis und dem Handlungsmodus der Teilnehmenden orientiert.

Durch die obenstehende Interviewpassage zu den Vorbereitungsaufgaben zur aktiven Auseinandersetzung mit den Themen kann bereits ein Hinweis auf die lernförderliche Wirkung von kollegialem Austausch gegeben werden. Die Anregung des kollegialen Austauschs während der medizindidaktischen Qualifizierung wird in den Daten als weiterer lernförderlicher Aspekt identifiziert. Anregung ist in diesem Zusammenhang als Impuls und Denkanstoß zu verstehen, der in der medizindidaktischen Qualifizierung zwar intendiert, jedoch nicht planbar hervorzurufen ist. Durch die Impulssetzung während der medizindidaktischen Qualifizierung wird der Austausch auf kollegialer Ebene angeregt und gefördert; dieser Austausch zeigt sich in den Daten auf zwei divergenten inhaltlichen Ebenen: der Reflexion von didaktischen Methoden und der Diskussion über Lehrerfahrungen. Die Diskussion kann eine Reaktion auf die inhaltliche und didaktische Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung darstellen. Während der medizindidaktischen Qualifizierung haben die Teilnehmenden eine Anregung, in Form eines Denkanstoßes, erhalten, die zu einem kollegialen diskursiven Austausch führen kann.

Die **Reflexion über didaktische Methoden für die eigene Lehre** zeigt sich in den Daten als dialogischer Abwägungsprozess der Passgenauigkeit der didaktischen Methoden für den Berufsalltag der Teilnehmenden. In den Daten gibt es Hinweise darauf, dass die Teilnehmenden die Anwendbarkeit von didaktischen Methoden im Kontext der Wahrnehmung des ärztlichen Berufsalltags und der Bedingungen ansehen können. Auf das Kennenlernen der didaktischen Methoden in der medizindidaktischen Qualifizierung folgt ein reflexiver und interaktiver Prozess über die Integrationsmöglichkeiten in die eigene Lehre.

*„Und natürlich auch diese Diskussionen, die ja in unserer Gruppe, glaube ich, auch sehr rege waren mit: ‚Was ist praktisch anwendbar so in dem Alltag?‘ Und also wir, die jetzt sozusagen, ich sage mal, in der Praxis dort jeden Tag sind und natürlich sie [die Trainer\*innen; Anm. d. V.] als Referenten auf der anderen Seite, die natürlich auch noch mit dem theoretischen Anteil kommen, wo man natürlich manchmal auch so wie Streit oder starke Diskussionen hat: Was ist umsetzbar und wie kann man es machen? Ja, und das ist mir so in Erinnerung geblieben. Was natürlich auch für beide Seiten einfach fruchtbar sind, weil natürlich nicht beide Seiten- natürlich beide Seiten voneinander lernen können“ (Transkript\_P5\_2, Pos. 139–145)*

In dieser Interviewsequenz wird die Integration der didaktischen Methoden aus der medizindidaktischen Qualifizierung vor dem Hintergrund des ärztlichen Berufsalltags reflektiert. Die Ausführungen der interviewten Person geben einen Hinweis darauf, dass die Berufspraxis als Gegensatz zur theoretischen Betrachtung während der medizindidaktischen Qualifizierung agiert; als Kontrastierung werden „sie [die Trainer\*innen; Anm. d. V.] als

*Referenten auf der anderen Seite*“ gewählt. Die Diskussion, ob und wie die didaktischen Methoden in dem ärztlichen Berufsalltag berücksichtigt werden können, wird von der interviewten Person als positiv betitelt, da dieser reflexive Austausch als „*fruchtbar*“ beschrieben wird. Das Interviewzitat endet mit der Schlussfolgerung, dass die Reflexion der didaktischen Methoden eine Bereicherung sowohl für die Trainer\*innen (im Sinne der theoretischen pädagogischen Vermittlung) als auch für die Teilnehmenden (im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit) darstelle. Dies gibt einen Hinweis darauf, dass durch die Diskussion und Reflexion ein Perspektivwechsel für die theoretische, didaktische Sichtweise eröffnet wird. Der Perspektivwechsel kann sich in dieser Interviewsequenz auf die gegensätzliche Betrachtung von didaktischen pädagogischen und ärztlichen Sichtweisen, die die interviewte Person zuvor beschreibt, beziehen. Die Ausführungen lassen den Schluss zu, dass die Reflexion der didaktischen Methoden als lernförderlich anzusehen ist. In dem untenstehenden Interviewausschnitt können ebenfalls Hinweise für die **Reflexion über didaktische Methoden für die eigene Lehre** als lernförderlich bewertet werden. Der reflexive kollegiale Austausch ermöglicht den Teilnehmenden, didaktische Methoden im Kontext spezifischer Fächer untereinander zu diskutieren und die Passgenauigkeit zu eruieren.

*„Wenn eine Diskussion entsteht, dann diskutieren wir ja tatsächlich nicht nur: ‚Ach, Sie arbeiten in der Neurologie, da hat man den ganzen Tag nur Nerven?‘, sondern: ‚Sie arbeiten in der Neurologie, da geht es den ganzen Tag nur um Nerven. Ha ja, nicht nur Verrückte, sondern auch Bildgebung, ist mir schon bewusst.‘ Und dann irgendwann kommt man auch an einen Punkt und dann guckt man unter sich und dann fängt das Hirn an, das Ganze zu verknüpfen. Und dann spricht man darüber, ob man in der Neurologie auch die pädagogischen Sachen von eben auch so umsetzen kann. [...] Und genau das sind ja die Gespräche, die das dann auch vertiefen lassen. Also das heißt: Wenn größere, längere Pausen in Gesprächen entstehen, ist es für den Lerneffekt, glaube ich, sogar nur hilfreich.“ (Transkript\_P1\_2, Pos. 361–368)*

In diesem Interviewausschnitt wird deutlich, dass die Reflexion der didaktischen Methoden für die eigene Lehre der interviewten Person den eigenen Lernprozess unterstützen kann. Die Überprüfung der Passgenauigkeit der Methoden wird im Kontext der spezifischen Fächer gemeinsam im Dialog vorgenommen und für die eigene Lehre reflektiert. Die Daten deuten darauf hin, dass diese Interaktion mit der Umwelt das Lernen der interviewten Person positiv beeinflussen kann, da sie als „*hilfreich*“ bezeichnet wird. Die Reflexion der didaktischen Methoden für die eigene Lehre kann demnach als lernförderlich für die Teilnehmenden angesehen werden, da durch den reflexiven Austausch eine Überprüfung der Passgenauigkeit für den ärztlichen Berufsalltag und spezifisch das eigene Fach durch die Teilnehmenden vorgenommen werden kann.

Als weitere Anregung des kollegialen Austauschs auf der mikrodidaktischen Ebene können die Daten zeigen, dass die **Diskussion über Lehrerfahrungen** als lernförderlicher Aspekt anzusehen ist. Die Daten lassen vermuten, dass der diskursive Austausch über Erfahrungen

aus der Lehre als nachhaltige Erkenntnis aus der medizindidaktischen Qualifizierung angesehen werden kann und somit für die Teilnehmenden als lernförderlich wirken kann.

*„I: Was ist Ihnen denn noch besonders in Erinnerung geblieben aus dem Training? [...]*

*B: Also mir fallen so ein paar Momente einfach ein, die gut waren. Also wo wir sozusagen auch der kollegiale Austausch auch mit den anderen Teilnehmern, was die auch für Probleme [in der Lehre; Anm. d. V.] haben. Mit welcher Einstellung die daruntergehen.“ (Transkript\_P5\_2, Pos. 132–136)*

*„Was ich aber auch interessant fand immer wieder, ist einfach, wie die anderen Kollegen darüber [über die Lehre; Anm. d. V.] berichtet haben, wie die es gemacht haben. Was für die wichtig war oder nicht wichtig und welche Probleme die auch hatten. Das fand ich interessant.“ (Transkript\_P5\_2, Pos. 162–164)*

In diesen beiden Interviewausschnitten wird ein Hinweis darauf gegeben, dass die Diskussion über Lehrerfahrungen einen lernförderlichen Einfluss für die Teilnehmenden aufweisen kann. Auf die Frage, was von der medizindidaktischen Qualifizierung nach einem Jahr noch in Erinnerung geblieben ist, antwortet die interviewte Person, dass vor allem die Diskussionen über Lehrerfahrungen und die Einstellungen und den Umgang in spezifischen Situationen noch präsent seien. Dies deutet darauf hin, dass die Diskussion über Lehrerfahrungen einen nachhaltigen Eindruck bei der interviewten Person hinterlassen haben kann. Daher kann vermutet werden, dass dieser kollegiale Austausch im Rahmen einer Diskussion der Lehrerfahrungen, durch Anregungen während der medizindidaktischen Qualifizierung, ein lernförderliches Element darstellen kann.

## 9.2 Transferförderliche didaktische Ausgestaltung

Neben den Lernprozessen werden jene Aspekte der didaktischen Ausgestaltung aus den Daten identifiziert, die über einen Einfluss auf die Lernprozesse der Teilnehmenden hinausgehen und einen Beitrag zur Transferförderung aufweisen können. Ein Lerntransfer ist dann vorhanden, wenn die Teilnehmenden Fähigkeiten, Wissen und Inhalte aus der medizindidaktischen Qualifizierung nutzen, um diese in konkreten Situationen in der Lehre anzuwenden, oder die Absicht haben, dies zu tun. Die Reflexion von neuem Wissen und neuen Fähigkeiten, die aus der medizindidaktischen Qualifizierung gewonnen werden, kann die Handlungsfähigkeit zur Weiterentwicklung der eigenen Lehre erhöhen. Im Folgenden werden didaktische Elemente auf der mikrodidaktischen Ebene identifiziert, die als ein transferförderliches Element im Rahmen dieser Arbeit beschrieben werden können. Diese Transferförderung kann entweder durch Aussagen der interviewten Person vermutet oder durch die Autorin auf der Grundlage dieser Aussagen interpretiert werden. Als ein transferförderliches Element können hierbei auch die Intention und Reflexion dargestellt werden das Wissen und die Fähigkeiten im Rahmen der eigenen Lehre einzusetzen, sodass eine

Konsequenz für die eigene Lehre gezogen werden kann. Als transferförderlich können, wie Tabelle 14 zu entnehmen, die Alltagshandlungen als Sinnbild für eine didaktische Methode, aktivierende Methoden zur Nutzung für die eigene Lehre sowie das Aufzeigen von Situationen und Handlungsstrategien für die Lehre aus den Daten herausgearbeitet werden.

*Tabelle 14: Übersicht über die Ergebnisse der transferförderlichen didaktischen Ausgestaltung*

<b>Transferförderliche didaktische Ausgestaltung</b>
- Alltagshandlungen als Sinnbild für eine didaktische Methode
- Aktivierende Methoden zur Nutzung für die eigene Lehre
- Aufzeigen von Situationen und Handlungsstrategien für die Lehre

In den Interviewdaten können **Alltagshandlungen als Sinnbild für eine didaktische Methode** als transferförderliches Element identifiziert werden. Es kann vermutet werden, dass eine didaktische Methode durch eine alltägliche Aufgabe, hier das Krawattebinden, eine Bedeutung für die Teilnehmenden erhält. Als Sinnbild wird in dieser Arbeit eine konkrete alltägliche Handlung angesehen, die stellvertretend für einen abstrakten Sachverhalt, hier eine didaktische Methode, steht. Das Sinnbild kann durch die Verbindung zwischen der didaktischen Methode und der konkreten alltäglichen Situation für die Teilnehmenden an Bedeutung für den Transferprozess gewinnen. Aus den Daten kann vermutet werden, dass die Alltagshandlungen stellvertretend für die didaktische Methode eine Bedeutung für die Teilnehmenden eingenommen haben und die Absicht besteht, die Methode in der Lehre einzusetzen.

*„I: Was ist Ihnen denn besonders in Erinnerung geblieben?“*

*B: Die Krawatte (lacht) tatsächlich. Äh, aber mir fällt, ja doch, mir fällt sogar die Struktur davon ein, aber mir fällt der Name nicht mehr ein. Was war das denn? Das wäre nämlich was Neues, was ich nicht kannte, und jetzt hab ich tatsächlich den Namen davon vergessen.*

*I: Peyton [Vier-Schritt-Methode nach Peyton zum Vermitteln von praktischen Fertigkeiten; Anm. d. V].*

*B: Ja genau, das war es, ja richtig. Aber da haben wir genau das, was ich vorhin erzählt habe. Das ist ein Konzept, was ich mit nach Hause genommen habe, allein dadurch, dass ich jedes Mal, wenn ich die Krawatte gebunden habe, genau daran gedacht habe. Und wie es ist, wenn man etwas schrittweise nachvollzieht und so. Und genauso versuche ich das ja auch umzusetzen“ (Transkript\_P1\_2, Pos. 241–249)*

Die Alltagshandlung stellt in diesem Interviewausschnitt das Binden einer Krawatte dar, welches als Sinnbild für die Vier-Schritt-Methode nach Peyton agieren kann. Diese wird in der Medizin vor allem als Lehrform zur Vermittlung von praktischen Fähigkeiten verwendet (vgl. Ochsendorf et al., 2018b, 63 f.). Es wird vermutet, dass die interviewte Person die didaktische Methode verinnerlicht hat, indem die alltägliche Tätigkeit des Krawattebindens durchgeführt

wird und dabei die vier Schritte der didaktischen Methode erlebt werden. In der medizindidaktischen Qualifizierung wird nach einer kurzen theoretischen Erläuterung der Vier-Schritt-Methode dieses Vorgehen anhand eines doppelten Windsorknotens geübt. Dabei wird das methodische Vorgehen der Vier-Schritt-Methode verwendet und die Teilnehmenden erhalten die Möglichkeit, die didaktische Methode selbst zu erleben. Dabei bekommen die Teilnehmenden je eine Krawatte und erfahren diese konkrete didaktische Methode aus der Lernendenperspektive. Anhand der Vier-Schritt-Methode erhalten die Teilnehmenden die Möglichkeit, den doppelten Windsorknoten zu erlernen und gleichzeitig die didaktische Methode selbst zu erleben (siehe Kapitel 2.3). Die interviewte Person beschreibt in dem Zitat, dass dieses schrittweise Vorgehen *„mit nach Hause genommen“* wurde und Anwendung findet. Durch dieses Interviewzitat wird nicht ersichtlich, ob dieses schrittweise Vorgehen für die Lehre genutzt wird oder in anderen Bereichen. Durch die Ausführung *„Und genauso versuche ich das ja auch umzusetzen“* kann die Vermutung aufgestellt werden, dass didaktische Methoden in der Lehre eingesetzt werden bzw. der Versuch unternommen wird. Dies kann auf ein Weiterentwicklungspotential bei der Ausgestaltung der eigenen Lehre hinweisen und daher können die Alltagshandlungen als Sinnbild für eine didaktische Methode als ein transferförderliches Element angesehen werden.

Allen Interviewpartner\*innen ist das Krawattebinden besonders in Erinnerung geblieben. Dies kann ebenfalls ein Hinweis darauf sein, dass die Verknüpfung einer didaktischen Methode mit einer Alltagshandlung zu einem besonderen Erlebnis während der medizindidaktischen Qualifizierung geführt hat. Zu vermuten ist, dass die Verknüpfung von pädagogisch-didaktischem Denken, in Form der didaktischen Methode, und einer Alltagshandlung, die außerhalb der Berufspraxis liegt, einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Lehre leisten kann. Die didaktische Methode wird nicht isoliert dargestellt, sondern die Teilnehmenden haben anhand einer konkreten Handlung eine konkrete Anwendungsmöglichkeit aufgezeigt bekommen, was für den Transferprozess förderlich sein kann.

In den Daten zeigt sich, dass das Aufzeigen von Methoden zur Aktivierung von Lernenden als Anstoß zur Weiterentwicklung für die eigene Lehre angesehen werden kann und somit dieses didaktische Element als transferförderlich angesehen werden kann. **Aktivierende Methoden zur Nutzung für die eigene Lehre** erhalten bei den Teilnehmenden eine Bedeutung als Weiterentwicklungspotential für die Ausgestaltung der Lehre.

*„I: Wenn du jetzt was benennen müsstest, so die ‚Top 3‘, die für dich am interessantesten waren.*

*B: [...] so die Methodenvielfalt, wie ich was auflockern kann in der Unterrichtseinheit. Also wie kann ich die Mitarbeit-Motivation und Mitarbeit wirklich nochmal aktivieren. [...]*

*I: Und warum?*

*B: [...] Weil damit, finde ich, einfach auch so eine Win-win-Situation in der Lehre entsteht. Dadurch, dass ich es schaffe, meine Studierenden zu motivieren, [...] kriegt man mehr Teilnahme und das motiviert mich wieder in meinem Handeln. Deswegen sind das für mich die wichtigsten*

*Dinge. Und weil das eben die sind, die ich eben auch gut in die Praxis übertragen kann“ (Transkript\_P6\_2, Pos. 203–213)*

In diesem Interviewausschnitt werden die während der medizindidaktischen Qualifizierung erfahrenen Methoden zur Aktivierung in Bezug zur eigenen Lehrtätigkeit gesetzt. Durch die Nutzung der aktivierenden Methoden in der Lehre kann die Mitarbeit der Lernenden angeregt und die Motivation der Teilnehmenden gesteigert werden. Wie die interviewte Person beschreibt, stellt dies eine „*Win-win-Situation in der Lehre*“ dar, weil sowohl die Studierenden als auch die Teilnehmenden davon profitieren können. Ferner kann eine Transferförderung durch die Äußerungen der interviewten Person zur Übertragbarkeit der aktivierenden Methoden in die eigene Lehre vermutet werden. Somit erhalten die aktivierenden Methoden aus der medizindidaktischen Qualifizierung eine Verwendung in der Lehre der interviewten Person bzw. äußert die interviewte Person die Absicht, diese Methoden zu verwenden.

Als weiteres transferförderliches Element kann in den Daten das **Aufzeigen von Situationen und Handlungsstrategien für die Lehre** als Potential für die Weiterentwicklung der Lehre identifiziert werden. Die Thematisierung von Situationen und möglichen Handlungsstrategien kann einen Beitrag zur Handlungssicherheit in der Lehre der Teilnehmenden leisten.

*„I: Sie sind jetzt wieder in der Klinik und machen Ihre Lehrveranstaltungen. Wie war das jetzt für Sie, nachdem Sie das Training besucht haben?*

*B: Ich glaube, dass man, wenn man offen dafür ist und dass so ein paar Techniken auch mitnimmt, dass das natürlich auch dann ne - also noch eine bestimmte Sicherheit gibt. Weil man weiß, okay, man hat das da mal theoretisch dann durchgesprochen. [...] Und dann hat man sozusagen Techniken auch an die Hand bekommen, die einem vielleicht helfen können, diese Situation erfolgreich zu lösen. Ich glaube, das ist ein Pluspunkt, dass man dort so ein Stück neue Sicherheit gewonnen hat“ (Transkript\_P5\_2, Pos. 181–189)*

In dieser Interviewsequenz wird die Beschäftigung mit Lehrsituationen und Handlungsstrategien während der medizindidaktischen Qualifizierung betont und die Relevanz für die Lehre der interviewten Person verdeutlicht. In der medizindidaktischen Qualifizierung werden während der Workshops spezifische Situationen in der Lehre thematisiert. So werden beispielsweise Störungen während der Lehre durch Handynutzung angesprochen und mögliche Handlungsstrategien im Plenum gemeinsam mit den Teilnehmenden diskutiert und anschließend konstruktive theoretische Handlungsempfehlungen ausgesprochen. Durch das thematische Aufzeigen bereits während der medizindidaktischen Qualifizierung und die didaktische Ausarbeitung von Handlungsstrategien geben die Daten einen Hinweis darauf, dass die interviewte Person eine Handlungssicherheit für die eigene Lehre empfindet. Diese Handlungssicherheit bezieht sich auf das Aufzeigen von potentiellen Lehrsituationen und den Möglichkeiten des Umgangs damit, womit ein Hinweis auf eine Transferierbarkeit in die eigene Lehre gegeben wird. Dieses Interviewzitat kann darüber hinaus einen Hinweis darauf geben, dass die Vorbereitung auf die Lehre von der Organisation nicht äquivalent zur Vorbereitung auf die ärztliche Tätigkeit gestaltet wird und somit die interviewte Person die Lehre als

Herausforderung ansehen kann. Daher kann vermutet werden, dass die interviewte Person sich durch diese theoretische Auseinandersetzung sicher und vorbereitet auf Situationen in der Lehre fühlt. Somit kann das Aufzeigen von Situationen und Handlungsstrategien für die Lehre als ein transferförderliches Element angesehen werden.

Für diese Arbeit kann somit auf der Grundlage der analysierten Daten die Schlussfolgerung gezogen werden, dass Alltagshandlungen als Sinnbild für didaktische Methoden, aktivierende Methoden zur Nutzung für die eigene Lehre und das Aufzeigen von Situationen und Handlungsstrategien für die Lehre eine transferförderliche Wirkung zur Weiterentwicklung der Lehre zeigen können.

## 10. Teilnehmende

Innerhalb des Transferdiskurses wird den Individuen ein bedeutender Einfluss auf den Lerntransfer zugesprochen (siehe Kapitel 4.6.1), der ebenfalls in dem empirischen Material zu finden ist. Neben den Erkenntnissen der Lerntransferforschung stellt die Subjektorientierung die lerntheoretische Perspektive auf die Veränderungen der Lehre in dieser Arbeit dar (siehe Kapitel 5.6). Somit erhalten die subjektiven Anreize der Individuen und die vom Individuum ausgehenden guten Gründe, wie beispielsweise die **Motivation** (Kapitel 10.1), das **Engagement** (Kapitel 10.2), die **Erfahrungen** (Kapitel 10.3) und die **Erwartungen** (Kapitel 10.4), eine Relevanz für die Bearbeitung der vorliegenden Forschungsfrage. Die Subjektorientierung hat bereits bei der Konzeption dieser Studie einen Stellenwert erhalten und wird nun durch die Teilnehmenden und deren Relevanzsetzung im weiteren Verlauf der Auswertung und Ergebnisdarstellung berücksichtigt. Hierbei ist es fundamental, dass die Daten nur Hinweise darauf geben können, dass beispielsweise die organisationale Lernkultur eine Bedeutung für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden einnehmen kann und somit eine Relevanzsetzung durch die Teilnehmenden erfolgen kann. Ziel dieses Auswertungsschritts ist es, die subjektiven Anreize und guten Gründe der Teilnehmenden zu identifizieren und Hinweise auf eine Bedeutung für die Lehrtätigkeit und den Lerntransfer herauszuarbeiten.

### 10.1. Lern-, Teilnahme- und Transfermotivation

Motivation wird in dieser Arbeit als individuelle Beweggründe für die Beschäftigung mit medizindidaktischen Inhalten und die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung sowie die Absicht und Bereitschaft, das erworbene Wissen im ärztlichen Berufsalltag einzusetzen, definiert. Die aus dem Lerntransferdiskurs und den empirischen Daten identifizierten inhaltlichen Dimensionen stellen die **Lern- und Teilnahmemotivation** und die **Transfermotivation** dar, die untenstehend in Tabelle 15 dargestellt und im weiteren Verlauf

präzisiert werden.

*Tabelle 15: Übersicht über die Ergebnisse der Lern-, Teilnahme- und Transfermotivation*

<p><b>Lern-, Teilnahme- und Transfermotivation</b></p> <p><b>Expansive Lern- und Teilnahmemotive</b></p> <p><b>Interesse an Lehrgestaltung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundlegendes Interesse an Didaktik</li> <li>- Interesse an der Berücksichtigung von didaktischen Elementen in der Lehre</li> </ul> <p><b>Beschäftigung mit Medizindidaktik aufgrund hoher Lehrmotivation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spaß an der Lehrtätigkeit</li> <li>- Dem eigenen Anspruch an Lehren gerecht werden</li> </ul> <p><b>Defensive Lern- und Teilnahmemotive</b></p> <p><b>Empfehlung zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anstreben des Titels „Akademisches Lehrkrankenhaus“</li> <li>- Teilnahme am Kurs als Nachweis für die Habilitation</li> </ul> <p><b>Auftrag, einen Beitrag zur Organisationsentwicklung zu leisten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rekrutierung von Nachwuchs durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung</li> <li>- Weiterentwicklung der Ausbildung und Lehre</li> </ul> <p><b>Transfermotivation</b></p> <p><b>Absicht, etwas zu ändern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wunsch nach regelmäßigem Austausch über Lehre</li> <li>- Erhöhung der Bereitschaft für Lehrthemen im Kollegium</li> <li>- Identifizierung von Weiterentwicklungspotentialen für die Lehre</li> </ul> <p><b>Offenheit für Neues</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kritische Selbstreflexion der Lehre</li> <li>- Bereitschaft, etwas Neues zu lernen</li> </ul>
---

Die Lern- und Teilnahmemotivation gibt Hinweise auf die subjektiven Anreize der Teilnehmenden und damit einhergehend auf die Lern- und Handlungsbegründungen für die Beschäftigung mit Medizindidaktik und die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung. Die Lern- und Teilnahmemotivation lässt sich im empirischen Material in die **expansiven** und **defensiven Lern- und Teilnahmemotive** explizieren. Defensive und expansive Gründe stellen keine sich gegenseitig ausschließenden Ansätze dar, sondern können gleichzeitig vorherrschend sein und aufeinander Bezug nehmen. In dieser Arbeit wird



versucht, die Lern- und Teilnahmemotive entweder als expansiv oder defensiv zu deklarieren, eine trennscharfe Abgrenzung ist jedoch nicht möglich.

### 10.1.1 Expansive Lern- und Teilnahmemotive

Expansive Lern- und Teilnahmegründe werden von den Individuen aus den Lebensinteressen heraus begründet, um zu einer Erhöhung und Erweiterung der eigenen Lebensqualität und Verfügung zu gelangen. Das Individuum hegt gute Gründe, in deren Rahmen eine Wahrung und/oder Verbesserung der Lebensinteressen forciert wird, die durch Diskrepanzerfahrungen zu Handlungsmöglichkeiten werden können. Die Ziele einer expansiven Lernhandlung sind das Vermeiden von Lernproblematiken und die Entfaltung der subjektiven Lebensqualität sowie die erweiterte Handlungsfähigkeit. Aus dem empirischen Material können das **Interesse an Lehrgestaltung** (Kapitel 10.1.1.1) und die **Beschäftigung mit Medizindidaktik aufgrund hoher Lehrmotivation** (Kapitel 10.1.1.2) als expansive Lern- und Teilnahmemotive identifiziert werden (siehe Tabelle 15).

#### 10.1.1.1 Interesse an Lehrgestaltung

Ein Interesse an Lehrgestaltung kann in den empirischen Daten als ein expansives Lern- und Teilnahmemotiv herausgearbeitet werden. Das Interesse basiert hierbei auf den subjektiven Lerninteressen in Anlehnung an Holzkamp (1995) und kann in Abgrenzung zu der Interessentheorie von Grotlüschen (2010) verstanden werden, da Interessen in diesem Kontext kein Machterhalt zugeschrieben werden kann, sondern sie auf das subjektive Interesse an Verfügungserweiterung und Handlungsfähigkeit zurückzuführen sind. Die Teilnehmenden äußern ein Interesse an Themen der Lehrgestaltung. Das Interesse kann auf Ereignissen aus der Vergangenheit oder auf zukünftigem Verhalten beruhen, bei dem eine Zugewandtheit für die Gestaltung von Lehr-/Lernsituationen deutlich wird. In den Daten können ein grundlegendes Interesse an Didaktik und ein Interesse an der Berücksichtigung von didaktischen Elementen in der Lehre (siehe Tabelle 15) herausgearbeitet werden.

Als ein Aspekt des Interesses an Lehrgestaltung kann in den Daten das **grundlegende Interesse an Didaktik** identifiziert werden. Die Teilnehmenden zeigen Wissbegierde und Zugewandtheit für didaktische Themen, was ein grundlegendes Interesse an Didaktik vermuten lassen kann.

*„Ich habe mich immer dafür [Lehrgestaltung; Anm. d. V.] interessiert. Also ich habe das immer aufgeschnappt. [...] Ja gut, Bücher und so [...] über Lehren und Lernen. [...] wobei ich habe ja tatsächlich, also man merkt ja, dass ich auch das Vokabular dazu ein bisschen habe. Ich glaube, ich habe einfach immer, wenn es irgendwie darum ging, das aufgeschnappt. Das heißt, ich habe dann auch während so einer Vorlesungsreihe das dann mal zusätzlich besucht oder so. Ich habe einfach immer Interesse dafür gezeigt. Und deswegen habe ich alles überall rausgenommen. [...] da habe ich dann auch didaktische Sachen dann mit an die Hand genommen. Wie man Studierende aus jüngeren Semestern mit anleitet. Aber- ja sehr viel didaktische Erfahrungen, aber eine Ausbildung dazu nie gemacht“ (Transkript\_P1\_1, Pos. 361–373)*

In diesem Interviewausschnitt wird über ein grundlegendes Interesse an Didaktik aufgrund von früheren Erfahrungen berichtet. Die interviewte Person schildert, dass bereits vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung ein Interesse für Didaktik bestand. Dies kann vermuten lassen, dass die Lern- und Teilnahmemotivation der interviewten Person von einem grundlegenden Interesse an Didaktik herrührt. Aus subjektwissenschaftlicher Perspektive auf Lernen kann das grundlegende Interesse an Didaktik ein Lerninteresse vor dem Sinnhorizont der Teilnehmenden darstellen und zu Lernhandlungen führen. Für den Lerntransfer kann ein grundlegendes Interesse an Didaktik transferförderlich wirken, da bereits vor der Teilnahme eine Wissbegierde und Interesse an didaktischen Themen bestanden und dies aus lerntheoretischer Sichtweise zu Lernhandlungen führen kann.

Das **Interesse an der Berücksichtigung von didaktischen Elementen in der Lehre** umfasst die Absicht der Teilnehmenden, sich mit Didaktik auseinanderzusetzen und didaktische Elemente in die Lehrgestaltung zu integrieren. Das Interesse an der Berücksichtigung zeigt sich durch die Motivation, didaktische Elemente in der Lehrgestaltung zu berücksichtigen. Als didaktische Elemente gelten sowohl didaktische Prinzipien als auch konkrete methodische und didaktische Gestaltungsformen für ein Lehrformat.

*„Sagen wir mal so, ich sehe es [die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung; Anm. d. V.] als Chance einfach. [...] Dass man zielgruppenorientierter vielleicht auch arbeitet. [...] Und das ist, denke ich, vielleicht ganz sinnvoll, wenn man in Anführungszeichen nochmal back to the roots geschickt wird, so nach dem Motto: ‚Du musst dir immer überlegen: Was hast du für eine Zielgruppe?‘“ (Transkript\_P2\_1, Pos. 243–250)*

In diesem Interviewzitat wird als Lern- und Teilnahmemotiv das Interesse an der Berücksichtigung von didaktischen Elementen in der Lehre geäußert. Die interviewte Person beschreibt die Absicht, didaktische Prinzipien in die Lehrgestaltung und -planung zu integrieren. Als konkretes didaktisches Prinzip wird die Orientierung an den Lernenden angesprochen, die ein Bewusstsein für die Lernenden und den Einbezug der Lernenden impliziert. Die Orientierung an den Lernenden kann jedoch nicht an einzelnen Methoden definiert werden, sondern impliziert ein Leitprinzip, das auf Reflexion der Inhalte und Ziele basiert und bereits während der Planung mitgedacht und im Verlauf unter Berücksichtigung der Ausgangsbedingungen der Lernenden anzuwenden ist (vgl. von Hippel et al., 2019, 89 ff.). Somit kann für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden ein Interesse an Lehrgestaltung, in Bezug auf die Berücksichtigung von didaktischen Elementen in der Lehre, angenommen werden. Darüber hinaus kann in den Daten die Absicht identifiziert werden, konkrete methodische und didaktische Gestaltungsformen für das Lehrformat der Vorlesung zu verwenden.

*„Also was mich eigentlich interessiert, ist, wie man, wenn man sowas auch als Frontalunterricht macht, welche Farben, Textzusammenstellungen, was da einprägsamer ist. Was, wie kann man Informationen eigentlich übertragen auf den anderen, ohne dass viel Störendes dazukommt? Da gibt es ja so ein paar Dinge wie ‚man schreibt nur sieben Zeilen‘, ‚man nimmt die Farbe Blau statt Grün‘ oder diese ganzen Sachen. Wie man sich selber benimmt, ob man die Hände in den Hosentaschen hat oder ob man zerwühlte Haare hat, wo man ständig draufschaut, ich glaube,*

*solche Äußerlichkeiten, da zählt viel dazu. Und dann vielleicht, wie man solche Dinge aufbauen kann. [...] Wie wecke ich bei meinem Gegenüber Interesse, der eigentlich bocklos ist vielleicht? Also wie schaffe ich das? Und da gibt es vielleicht viele Ideen, die man selber noch gar nicht so hat“ (Transkript\_P3\_1, Pos. 160–169)*

In diesem Interviewausschnitt wird ebenfalls die Absicht, didaktische Elemente in der Lehre zu berücksichtigen, berichtet. Hierbei liegt der Schwerpunkt auf der methodischen Gestaltung, die einen Aspekt der Didaktik darstellt. Als Lern- und Teilnahmemotiv kann vermutet werden, dass die konkreten methodischen und didaktischen Gestaltungsformen für das Lehrformat der Vorlesung genutzt werden können. Die didaktischen Elemente basieren in diesem Beispiel auf der Präsentationsdidaktik, die insbesondere das Lehrformat Vorlesung thematisiert. Die interviewte Person wünscht sich Anleitungen zur methodischen und didaktischen Gestaltung der Lehrveranstaltung. Für die Lehrtätigkeit kann auch hier das Interesse, in Bezug auf die Berücksichtigung von didaktischen Elementen in der Lehre, angenommen werden.

#### 10.1.1.2 Beschäftigung mit Medizindidaktik aufgrund hoher Lehrmotivation

Die Lehrmotivation umfasst in dieser Arbeit die Motivation, sich mit Lehrthemen und der Weiterentwicklung der Lehre zu beschäftigen. Die Teilnehmenden verfügen somit über ein Interesse und eine Bereitschaft, sich in der Lehre zu engagieren. Ferner wird die Lehrtätigkeit gern ausgeführt und die Teilnehmenden artikulieren eigene Handlungsanforderungen an diese. In den Daten können inhaltlich Spaß an der Lehrtätigkeit sowie der Wille, dem eigenen Anspruch an Lehren gerecht zu werden, als Dimensionen der Beschäftigung mit Medizindidaktik aufgrund hoher Lehrmotivation identifiziert werden (siehe Tabelle 15).

Dass die interviewten Personen **Spaß an der Lehrtätigkeit** empfinden, kann in den Interviewdaten herausgearbeitet werden. So berichten die Teilnehmenden über Freude an der Lehrtätigkeit und an der Vermittlung von Wissen, was auf eine hohe Lehrmotivation und Spaß an der Lehrtätigkeit zurückgeführt werden kann.

*„Und mir macht das einfach Spaß, Wissen zu vermitteln. Und deshalb habe ich das eigentlich schon sehr früh auch im Studium auch als Tutor im Physiologiepraktikum oder Ähnliches auch schon aufgenommen“ (Transkript\_P6\_1, Pos. 124–126)*

*„Als junger Assistenzarzt habe ich dann die PJler [Studierende im Praktischen Jahr; Anm. d. V.] angeleitet, ab dem ersten Tag immer eigentlich. Und das hat auch eigentlich immer Spaß gemacht“ (Transkript\_P1\_1, Pos. 428–429)*

In den beiden Interviewsequenzen wird über eine Freude an der Lehrtätigkeit und der Vermittlung von Wissen berichtet. Dies kann darauf hindeuten, dass die interviewten Personen über eine hohe Lehrmotivation verfügen. Für die Lehrtätigkeit der interviewten Personen kann dies eine Bedeutung einnehmen, da die Lehre neben der Patient\*innenversorgung und Forschung und während des ärztlichen Berufsalltags der Teilnehmenden abläuft. Die Daten geben Hinweise darauf, dass diese Verbindung von Forschung, Lehre und

Patient\*innenversorgung sowie die Lehre parallel zur klinischen Versorgung eine Herausforderung im berufspraktischen Handeln der Teilnehmenden darstellen können. Für die subjektiven Anreize der Teilnehmenden kann vermutet werden, dass durch eine hohe Lehrmotivation der Lerntransfer positiv beeinflusst werden kann, da von einer positiven Einstellung gegenüber der Lehrtätigkeit ausgegangen werden kann.

Als weiterer Aspekt der Lehrmotivation können im empirischen Material Hinweise darauf gefunden werden, dass die Teilnehmenden **dem eigenen Anspruch an Lehren gerecht werden** wollen. Die Teilnehmenden äußern, basierend auf den eigenen Lernerfahrungen, Ansprüche an die Lehrtätigkeit und -gestaltung und grenzen sich bewusst von den eigenen Lernerfahrungen ab.

*„Man hat natürlich immer selbst, als man Student war, da hat man sich immer selbst die Aufgabe gestellt oder sich versprochen: ‚Wenn ich dann mal in der Situation bin, dann möchte ich bessere Lehre machen.‘“ (Transkript\_P5\_1, Pos. 145–146)*

*„Also ich habe ja letztlich schon auch Kurse [Didaktikkurse; Anm. d. V.] besucht, jetzt nicht nur wegen der Habilitation. Sondern weil ich das wirklich wichtig fand. Weil wir eben doch so viele Studenten durchschleusen auch auf Station. Und ich fand, dass meine sozusagen gerade diese Bedside-Ausbildung [Lehre mit Patient\*innen; Anm. d. V.] grässlich. Und uns wurde im Prinzip zum Teil gesagt, dass man uns nicht will. Und das fand ich sehr un schön und wollte das so ein bisschen strukturierter lernen.“ (Transkript\_P4\_1, Pos. 114–117)*

In diesen Interviewsequenzen kann eine hohe Lehrmotivation der interviewten Personen vermutet werden, da eine Beschäftigung mit medizindidaktischen Themen aus dem eigenen Anspruch an Lehren heraus definiert wird. In der ersten Interviewpassage gibt es Hinweise darauf, dass die interviewte Person sich von der selbst erfahrenen Lehre abgrenzt und sich das Versprechen gibt, „bessere Lehre [zu] machen“. Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass die interviewte Person ein Interesse an der Beschäftigung mit medizindidaktischen Themen hat, da sich von der eigenen Lernerfahrung abgegrenzt wird. In der zweiten Interviewpassage wird bereits über eine Beschäftigung mit Didaktik über die medizindidaktische Qualifizierung hinaus berichtet. Auch hier gibt es Hinweise darauf, dass die interviewte Person basierend auf den eigenen Lernerfahrungen handelt. Es wird betont, dass die Lehre an Patient\*innen als „grässlich“ und „un schön“ empfunden wird. In Abgrenzung zu dieser Lernerfahrung kann vermutet werden, dass die Teilnehmenden sich mit medizindidaktischen Themen beschäftigen, um die Lehre weiterzuentwickeln, und somit ihrem eigenen Anspruch an das Lehren gerecht werden. Sowohl aus erwachsenenpädagogischer als auch aus subjektwissenschaftlicher Sichtweise können Lernerfahrungen für zukünftige Lernhandlungen eine Bedeutung einnehmen. Für den Lerntransfer kann dies bedeuten, dass die Teilnehmenden sich bewusst, basierend auf den eigenen Lernerfahrungen, für eine Weiterentwicklung der Lehre entscheiden und das Handeln darauf ausrichten.

### 10.1.2 Defensive Lern- und Teilnahmemotive

Eine defensive Lern- und Teilnahmemotivation ist gegeben, wenn keine Motivation oder kein Anlass von den Teilnehmenden direkt ausgeht; so steht es dem Subjekt frei, eine Lernhandlung zu vollziehen (vgl. Holzkamp, 1995). Das Subjekt kann einer Beeinträchtigung der Lebensqualität und Weltverfügung vorbeugen, indem durch eine Lernhandlung der Beeinträchtigung entgangen wird. In diesem Fall wird „gezwungenermaßen“ gelernt, um eine Bedrohung und Beeinträchtigung der Handlungsfähigkeit zu umgehen. Im empirischen Material werden folgende defensive Lern- und Teilnahmemotive der Teilnehmenden herausgearbeitet, die auf eine Vermeidung einer Beeinträchtigung der Handlungsfähigkeit hinweisen können: die **Empfehlung zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung** (Kapitel 10.1.2.1) und der **Auftrag, einen Beitrag zur Organisationsentwicklung zu leisten** (Kapitel 10.1.2.2)(siehe Tabelle 15).

#### 10.1.2.1 Empfehlung zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung

Als defensives Lern- und Teilnahmemotiv fungiert die Empfehlung zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung, da keine Handlungsbegründungen ausgehend von den Teilnehmenden, basierend auf den Lebensinteressen, formuliert werden. Die Motive ergeben sich aufgrund einer Empfehlung, die bei Nichtteilnahme eine Beeinträchtigung der Handlungsfähigkeit bedeuten kann. Die Empfehlung wird als ein Vorschlag verstanden, der eine Handlung nahelegt. Es können verschiedene Empfehlungen zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung aus den Daten identifiziert werden. So können das Anstreben des Titels „Akademisches Lehrkrankenhaus“ und die Teilnahme am Kurs als Nachweis für die Habilitation der Tabelle 15 als inhaltliche Dimensionen der Empfehlung zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung entnommen werden.

Das **Anstreben des Titels „Akademisches Lehrkrankenhaus“** kann insofern einen defensiven Lern- und Teilnahmegrund darstellen, als die Teilnahme von der Medizinischen Fakultät empfohlen wird, wenn die Klinik ein Akademisches Lehrkrankenhaus werden möchte. Die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung stellt keine Pflicht dar, sondern wird den Teilnehmenden nahegelegt, wenn das Krankenhaus Lernende ausbilden möchte.

*„Letztendlich war das der Besuch von @Trainer\*in 1@. Also es ist ja - formulieren wir es - @verantwortliche Person der Fakultät@ und @Trainer\*in 1@ hätten das ja nicht als Forderungen in den Raum gestellt: ‚Ihr müsst, wenn ihr ein Akademisches Lehrkrankenhaus wollt‘, sondern sie hat es als Angebot formuliert“ (Transkript\_P2\_1, Pos. 259–260)*

*„Dadurch, dass wir Lehrkrankenhaus werden und die Universität [die Medizinische Fakultät; Anm. d. V.] das gerne hätte, dass wir als nicht Habilitierte sowas durchführen“ (Transkript\_P3\_1, Pos. 130–132)*

In diesen beiden Interviewsequenzen wird die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung basierend auf der Empfehlung der Medizinischen Fakultät verdeutlicht. Durch das Anstreben des Titels „Akademisches Lehrkrankenhaus“ wird den interviewten Personen eine Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung empfohlen. Ein Akademisches Lehrkrankenhaus übernimmt einen Teil der praktischen Ausbildung der angehenden Mediziner\*innen. Während des Studiums werden so die Lernenden auf universitäre Einrichtungen, meist das Universitätsklinikum, und Krankenhäuser mit der Erlaubnis zur Ausbildung im Rahmen des Medizinstudiums, die Akademischen Lehrkrankenhäuser, in den Praxisphasen verteilt. Neben organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen muss während der Praxisphasen eine pädagogisch-didaktische Betreuung der Lernenden sichergestellt werden. Wie in dem zweiten Interviewzitat deutlich wird, sind in diesem Krankenhaus keine habilitierten Ärzt\*innen. Daher kann vermutet werden, dass die interviewten Personen eine nachweisbare Beschäftigung mit Medizindidaktik erbringen sollen. Bis 2020 muss für die Habilitation in der Medizin lediglich eine pädagogische Eignung nachgewiesen werden, seit 2020 kann diese Eignung unter anderem durch das Zertifikat Medizindidaktik der Grundstufe abgedeckt werden (siehe Kapitel 2). Da in dem oben beschriebenen Krankenhaus die interviewten Personen über keine Habilitation verfügen, kann nicht pauschal von einer medizindidaktischen Grundkenntnis ausgegangen werden. Die Interviewausschnitte geben Hinweise auf eine Empfehlung zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung, da das Krankenhaus den Status des Akademischen Lehrkrankenhauses erhalten möchte. So „*hätte*“ die Medizinische Fakultät „*gerne*“, dass die Interviewten daran teilnehmen. Jedoch wird in dem ersten Interviewzitat betont, dass es keine „*Forderung*“ darstellt, sondern eher ein „*Angebot*“. Somit erscheint die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung zwar freiwillig, die Daten geben jedoch Hinweise auf eine defensive Lern- und Teilnahmemotivation. Durch die Empfehlung entsteht eine Lernhandlung, die nicht aus den Lerninteressen der Teilnehmenden zu begründen ist. Vielmehr kann das Anstreben des Titels „Akademisches Lehrkrankenhaus“ als ein organisationales Ziel verstanden werden, dem sich die Teilnehmenden im Rahmen ihrer Arbeit verpflichtet fühlen können, und somit können Hinweise auf ein organisationales Engagement identifiziert werden. Im Kontext der Lern- und Teilnahmemotivation kann dies bedeuten, dass die Teilnehmenden der Empfehlung zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung folgen, da die Organisation der interviewten Person den Titel „Akademisches Lehrkrankenhaus“ anstrebt.

Darüber hinaus geben die Daten einen Hinweis darauf, dass die **Teilnahme am Kurs als Nachweis für die Habilitation** angesehen werden kann und die Teilnehmenden daher an der medizindidaktischen Qualifizierung teilnehmen. Den Teilnehmenden wird die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung basierend auf den Änderungen der Habilitationsordnung empfohlen. Somit können die Teilnehmenden eine Voraussetzung für die

Eröffnung des Habilitationsverfahrens durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung erfüllen. Der Nachweis über 60 Arbeitseinheiten hochschuldidaktische Qualifizierung stellt einen Aspekt für die Habilitation, neben den erbrachten Leistungen in Forschung und Lehre, dar (siehe Habilitationsordnung Medizin Universität Würzburg). Es kann vermutet werden, dass die Teilnehmenden aufgrund der nachzuweisenden 60 Arbeitseinheiten didaktisch-pädagogische Beschäftigung die medizindidaktische Qualifizierung besuchen, da diese Arbeitseinheiten für die Eröffnung der Habilitation in Zukunft vorausgesetzt werden.

*„I: Wie kam es denn dazu, dass Sie sich dann angemeldet haben?“*

*B: Weil ich es für meine Habilitation brauche [...] es ist einfach nochmal ein Mehraufwand, den man jetzt betreiben muss, wenn man sieht zum Beispiel zu Kollegen, die jetzt habilitiert haben vor drei Jahren oder vor fünf Jahren, die mussten das noch gar nicht machen. [...] Der auch in der Freizeit noch irgendwie stattfindet. Daher ist natürlich die Motivation oder, ich sage mal, ein bisschen die Grundeinstellung nicht die positivste dafür.“ (Transkript\_P5\_1, Pos. 130–143)*

In dieser Interviewsequenz wird die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung als Nachweis für die Habilitation benannt. Die interviewte Person betont, dass die medizindidaktische Qualifizierung für die Habilitation benötigt wird, und vergleicht diese Tatsache mit der zuvor geltenden Habilitationsordnung. Wie bereits oben erläutert, wurde die Habilitationsordnung 2020 geändert. Wo zuvor lediglich eine pädagogische Eignung gefordert war, muss nun ein Nachweis über eine (medizin)didaktische Beschäftigung im Rahmen von mindestens 60 Arbeitseinheiten nachgewiesen werden. Zum Zeitpunkt des Interviews war der interviewten Person die Änderung der Habilitationsordnung bekannt. Diese Tatsache wird allen Habilitand\*innen durch die Medizinische Fakultät mitgeteilt, damit bei dem Einreichen der Habilitation diese Nachweise erbracht werden können. Ferner wird eine Teilnahme an den Kursen der medizindidaktischen Qualifizierung im Rahmen des Habilitationsverfahrens empfohlen. Somit kann der Nachweis der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung ein defensives Lern- und Teilnahmemotiv darstellen. Eine Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung kann nicht aus den Lerninteressen der Teilnehmenden begründet werden, sondern das Anstreben einer Habilitation „zwingt“ zu einer Lernhandlung, um einer Beeinträchtigung vorzubeugen. Daher wird der Empfehlung der Medizinischen Fakultät nachgegangen, durch den Nachweis der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung die verpflichtende didaktische Qualifikation nachzuweisen. Die Daten lassen vermuten, dass der „Mehraufwand“ in Form der medizindidaktischen Qualifizierung akzeptiert wird um die Voraussetzungen für die Habilitation zu erfüllen. Für die Lern- und Teilnahmemotivation kann dies bedeuten, dass die Teilnehmenden, die der Empfehlung folgen, eine Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung als Nachweis für die Habilitation ansehen können.

### 10.1.2.2 Auftrag, einen Beitrag zur Organisationsentwicklung zu leisten

Die Daten geben Hinweise darauf, dass der Auftrag, einen Beitrag zur Organisationsentwicklung zu leisten, ein weiteres defensives Lern- und Teilnahmemotiv darstellt. Die Teilnehmenden nehmen an der medizindidaktischen Qualifizierung teil, um eine Weiterentwicklung innerhalb der Organisation anzustoßen. Da der Beitrag zur Organisationsentwicklung nicht aus den Lebensinteressen der Teilnehmenden zu begründen ist und daher nicht auf der subjektiven Bedeutungszuweisung der Lernhandlung basiert, kann von einem defensiven Lern- und Teilnahmemotiv ausgegangen werden. Die Teilnehmenden beugen dabei einer Beeinträchtigung der Handlungsfähigkeit vor. Die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung wird den Teilnehmenden durch die Organisation und deren Mitglieder aufgetragen. Aus dem empirischen Material können zwei Arten eines Beitrags zur Organisationsentwicklung herausgearbeitet werden. So können Tabelle 15 die Rekrutierung von Nachwuchs durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung und die Weiterentwicklung der Ausbildung und Lehre als inhaltliche Dimensionen entnommen werden.

Die **Rekrutierung von Nachwuchs durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung** kann in den Daten als Auftrag zur Organisationsentwicklung vermutet werden. Die Teilnahme am Kurs ermöglicht den Teilnehmenden, durch den Status des Akademischen Lehrkrankenhauses, Lernende in ihrer Klinik auszubilden und somit potentiellen Nachwuchs zu rekrutieren. Die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung wird somit durch Ziele der Organisation bestimmt und beruht nicht auf subjektiven Gründen der Teilnehmenden.

*„Das heißt, wir haben ja die Universität gefragt, ob wir nicht Lehrkrankenhaus werden können und ob wir die Voraussetzungen hätten. Weil wir das gerne für den @Standort@ hier organisieren würden und einfach um vielleicht daraus auch später Ärzte zu generieren, denen es hier Spaß und Freude macht, an so einem Haus zu arbeiten. Weil wir natürlich im @Beschreibung der geografischen Lage des Krankenhauses@ sonst gar nicht an junge Ärzte rankommen, die uns kennenlernen können“ (Transkript\_P3\_1, Pos. 148–152)*

In dieser Interviewsequenz wird die Rekrutierung von Nachwuchs durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung als defensiver Lern- und Teilnahmegrund verdeutlicht. Wie oben bereits beschrieben, kann die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung als Empfehlung zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung durch das Anstreben des Titels „Akademisches Lehrkrankenhaus“ angesehen werden. Durch die Ausbildung von angehenden Mediziner\*innen kann somit eine Möglichkeit geschaffen werden, Nachwuchs für das Krankenhaus zu rekrutieren. Somit kann auf der Grundlage der Interviewdaten vermutet werden, dass die interviewte Person einen Beitrag zur Organisationsentwicklung leisten kann. Aus dem Zitat geht hervor, dass die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung nicht durch subjektive Lerninteressen begründet werden kann, sondern organisationale Ziele die Lernbegründung darstellen. Für die Teilnehmenden kann dies bedeuten, dass die Lern- und Teilnahmemotivation als defensiv angesehen werden kann, da einer Beeinträchtigung der



Handlungsfähigkeit vorgebeugt werden kann. Diese potentielle Beeinträchtigung kann in diesem Fall der ärztliche Nachwuchs darstellen, der für ein Krankenhaus eine unabdingbare Möglichkeit zur langfristigen Sicherung der ärztlichen Versorgung darstellt.

Als weiteres defensives Lern- und Teilnahmemotiv kann in den Daten die **Weiterentwicklung der Ausbildung und Lehre** als Organisationsentwicklungsbeitrag identifiziert werden. Die Daten weisen darauf hin, dass die Teilnehmenden durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung den Auftrag erhalten, einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Ausbildung und Lehre zu leisten.

*„Ich soll von der Klinik, sozusagen von meinem Chef aus mich auch da [um die Lehre; Anm. d. V.] intensiver drum kümmern. So eine Art Strukturen auch aufbauen, dass bei uns an der Klinik gerne gelehrt wird und dass die Studenten auch besser ausgebildet werden, weil letztlich sind die Studenten von jetzt, das sind die Kollegen, die morgen mitarbeiten. [...] Dass wir dann vielleicht versuchen, irgendwas aufzubauen und unsere Klinik da besser aufzustellen“  
(Transkript\_P4\_1, Pos. 94–99)*

In diesem Interviewausschnitt wird das Lern- und Teilnahmemotiv der Weiterentwicklung der Ausbildung und Lehre als Beitrag zur Organisationsentwicklung verdeutlicht. Die interviewte Person betont, dass dieser Beitrag zur Organisationsentwicklung von der Klinik und dem Vorgesetzten ausgehen, dies wird durch die Äußerung *„Ich soll von der Klinik sozusagen von meinem Chef aus mich auch da [um die Lehre; Anm. d. V.] intensiver drum kümmern“* deutlich. Dies kann als Indiz für einen Arbeitsauftrag zur Organisationsentwicklung verstanden werden. Die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung kann somit nicht aus den subjektiven Lerninteressen der interviewten Person begründet werden. Es kann eher vermutet werden, dass durch den Vorgesetzten ein Auftrag im Sinne einer Weiterentwicklung der Ausbildung und Lehre verstanden werden kann. Die Teilnahme kann daher als defensive Lernhandlung beschrieben werden, weil keine Hinweise auf eine subjektive Lernbegründung der interviewten Person vorliegen. Demnach kann durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung eine Handlungsfähigkeit erhalten bleiben und einer Beeinträchtigung vorgebeugt werden. Als Ziel kann die Weiterentwicklung der ärztlichen Ausbildung und Lehre vermutet werden; es sollen Strukturen aufgebaut werden, um die *„Klinik da besser aufzustellen“*. Die Wahl dieser Begrifflichkeiten lässt darüber hinaus einen defensiven Lern- und Teilnahmegrund vermuten, da diese Ziele primär auf die Organisationsentwicklung abzielen und keine persönlichen Zielsetzungen darstellen. Somit können Hinweise herausgearbeitet werden, die auf eine defensive Motivation schließen lassen, da ein Beitrag zur Organisationsentwicklung im Rahmen der Arbeitsaufgaben und auf explizite Anweisung von Vorgesetzten geschieht.

### 10.1.3 Transfermotivation

Die Transfermotivation kennzeichnet sich durch den Wunsch und das Verlangen, neues

Wissen und Fähigkeiten am Arbeitsplatz einzusetzen. Insbesondere zur Lösung arbeitsbedingter Probleme und zur Verbesserung der bisherigen Fähigkeiten können die Teilnehmenden durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung eine mögliche Berücksichtigung von didaktischen Elementen und Lehrthemen in ihrem Arbeitsfeld benennen. In den empirischen Daten können die **Absicht, etwas zu ändern** (Kapitel 10.1.3.1), und die **Offenheit für Neues** (Kapitel 10.1.3.2) als Indizien für die Transfermotivation herausgearbeitet werden (siehe Tabelle 15).

#### 10.1.3.1 Absicht, etwas zu ändern

Die Absicht, etwas zu ändern, zeigt sich in den Daten als Beschreibung eines Vorhabens, Veränderungen in der Lehre vorzunehmen und Weiterentwicklungen anzustoßen. Hierbei können sowohl Wünsche als auch konkrete Veränderungen als Absicht gelten. In den Daten können der Wunsch nach regelmäßigem Austausch über Lehre, die Erhöhung der Bereitschaft für Lehrthemen im Kollegium und die Identifizierung von Weiterentwicklungspotentialen für die Lehre als Absichten identifiziert werden (siehe Tabelle 15).

Der **Wunsch nach regelmäßigem Austausch über Lehre** kann in den Daten als Absicht, etwas zu verändern identifiziert werden. Die Teilnehmenden äußern den Wunsch, über Lehrthemen in kollegialen Gesprächen zu kommunizieren.

*„Ich glaube, ich fände es gar nicht schlecht, wenn man sich einfach in regelmäßigen Abständen immer mal wieder mit Leuten austauscht. Es muss ja jetzt nicht zwingend über so eine Kleinseminarreihe wieder sein. Aber dass man vielleicht auch einfach sowas wie einen offenen Stammtisch für Lehre, das ist einfach nur mal eine Idee, in dem man sich Lehrinteressierte auch einfach treffen können, sich darüber auch nochmal austauschen können, das ist mal so eine Idee. [...] Einfach so eine Veranstaltung pro Semester, in der man die Möglichkeit hätte, sich einfach nochmal auszutauschen“ (Transkript\_P6\_2, Pos. 163–168)*

In diesem Interviewzitat wird der Wunsch nach einem regelmäßigen Austausch über die Lehre verdeutlicht. Die interviewte Person hebt hervor, dass ein regelmäßiger kollegialer Austausch eine „Idee“ darstellt, um mit „Lehrinteressierte[n]“ in Kontakt zu treten. Dies lässt darauf schließen, dass ein kollegialer Austausch in diesem Rahmen nicht stattfindet und daher als Wunsch geäußert wird. Für die Transfermotivation kann dies bedeuten, dass die interviewte Person über ein Interesse am Austausch über Lehre verfügt und Lehrthemen auch in Zukunft als Bestandteil des Berufsalltags angesehen werden können. Für den Lerntransfer kann dies bedeuten, dass die Teilnehmenden mit einer weiteren Beschäftigung und einem Austausch über Lehre diese positiv unterstützen können.

Als weiterer Aspekt der Absicht, etwas zu verändern, kann die **Erhöhung der Bereitschaft für Lehrthemen im Kollegium** aus dem empirischen Material herausgearbeitet werden. Die Daten geben Hinweise darauf, dass die Teilnehmenden versuchen, durch Engagement als Vorbild zu agieren und damit den Kolleg\*innen Möglichkeiten der Lehrgestaltung aufzuzeigen, wodurch eine Weiterentwicklung der Lehre und eine Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit

Lehrthemen im Kollegium angestrebt werden können.

*„Einfach, um mit gutem Beispiel voranzugehen. Einfach, um die Kollegen zu motivieren. Wir haben auch dafür immer diese Sieben-Minuten-Frühfortbildung, da habe ich immer ganz viele Frühfortbildungen nacheinander gehalten am Anfang des Semesters, um die Kollegen zu motivieren. Und ich glaube, ich bin denen auf den Geist gegangen schon. Genau. Aber ich versuche einfach, die Kollegen zu motivieren, indem ich zeige, es geht und es macht auch Spaß. Und wie kann man es vielleicht mit Spaß und Lust gestalten“ (Transkript\_P4\_2, Pos. 81–85)*

*„Und ich hoffe einfach, dass ich dann auch mehr Überzeugung mitbringen kann für Kollegen, sich auch gerne damit zu beschäftigen und das nicht nur so als Beiwerk abzustempeln“ (Transkript\_P4\_1, Pos. 128–130)*

In diesen Interviewausschnitten wird die Absicht, die Bereitschaft für Lehrthemen im Kollegium zu erhöhen, aufgezeigt. Die Daten geben Hinweise darauf, dass die interviewte Person versucht, als Vorbild zu agieren, um die Bereitschaft der Kolleg\*innen zu erhöhen. Durch das zweite Interviewzitat kann vermutet werden, dass die interviewte Person den Kolleg\*innen den Stellenwert der Lehre verdeutlichen will und das Bewusstsein für die Relevanz von und Bereitschaft zu der Auseinandersetzung mit Lehrthemen stärken möchte. Die Wahl des Wortes „Beiwerk“ und damit einhergehend die organisationalen Rahmenbedingungen, spezifischer die Relevanz der ärztlichen Berufspflichten und der Lehrtätigkeit und die fehlende Freistellung für Lehre, können ebenfalls auf eine fehlende organisationale Verankerung und Strukturierung zur Beschäftigung mit Lehrthemen hindeuten. So erhält die Lehre im ärztlichen Berufsalltag der Teilnehmenden im direkten Vergleich zur Patient\*innenversorgung einen geringeren Stellenwert, was aus der Wortwahl der interviewten Person ebenfalls vermutet werden kann. Für die Transfermotivation kann dies bedeuten, dass die Teilnehmenden sowohl vor als auch nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung die Absicht hegen, die Bereitschaft für Lehrthemen im Kollegium zu erhöhen. Für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden lässt dies vermuten, dass Inhalte und Themen aus der medizindidaktischen Qualifizierung auch darüber hinaus noch Berücksichtigung im Berufsalltag erhalten können.

Die **Identifizierung von Weiterentwicklungspotentialen für die Lehre** als Absicht, etwas in der Lehre zu ändern, zeigt sich als weiterer Aspekt der Transfermotivation der Teilnehmenden. Die Teilnahme am Kurs kann die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten verbessern, um daraus Potentiale zur Veränderung der bisherigen Lehre zu gewinnen und darüber hinaus zur Weiterentwicklung der Lehre zu nutzen.

*„I: Woran würden Sie denn festmachen, dass das Didaktiktraining gut war?“*

*B: Ich würde es daran festmachen, dass ich genau neue Methoden oder Tipps und Tricks, die ich dort erlernt habe, auch tatsächlich integrieren kann in meine Lehre, die ich dann mache. Und das schaffe, dann vor allen Dingen auch dauerhaft dann beizubehalten. Dass man es dann einmal ausprobiert. Also das würde ich als gelohnt ansehen, dass man da etwas Neues lernt, was man hinterher für seine Lehre benutzen und davon dann auch profitieren kann“ (Transkript\_P6\_1, Pos. 91–96)*

In dieser Interviewpassage werden bereits vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung Weiterentwicklungspotentiale der eigenen Lehre identifiziert, was auf eine Transfermotivation hindeuten kann. Es werden konkrete Ideen für Veränderungen und Potentiale zur Weiterentwicklung von der interviewten Person benannt, was auf ein Bewusstsein für einen Optimierungsbedarf hinweisen kann. Für die Transfermotivation kann davon ausgegangen werden, dass bereits im Vorfeld eine Absicht und Bereitschaft zu Veränderungen in der Lehre bestanden.

In den Interviewdaten können überdies auch Hinweise auf eine Transfermotivation nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung gefunden werden. So werden Weiterentwicklungspotentiale in der Lehre und konkrete Maßnahmen nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung benannt.

*„Wo ich weiß, dass ich Defizite habe, das ist der rein theoretische Frontalunterricht. Da bin ich mit meinen Gedanken immer viel zu weit im Thema und überfordere die Jungs und Mädels, die mir zuhören müssen. Ich habe jetzt ganz bewusst nach dem meine Folien in den Kursen hier im Haus in Anführungszeichen entstaucht. Ich habe diverse, ja, nennen wir es mal Tertiärliteratur rausgeschmissen. Die muss ja dann immer draufstehen. Habe vieles versucht, so zu machen, dass man mit wenigen Schlagworten praktisch die, die Themen, die angerissen werden, dem Gegenüber oder der Gruppe vorstellt. Und ganz bewusst auf diese ewig langen Studienteile und so und Plus-Minus und weiß der Geier was praktisch, die habe ich versucht rauszuschmeißen. Und habe versucht, die, wie heißt es immer so schön, die Take-Home-Message oder die Key-Message praktisch jetzt mit, zum Teil mit Ampelsystemen, zum Teil als Headliner mit reinzunehmen. [...] Und dadurch- man ist erstaunt, wie wenig Text auf so einer Folie auf der Wand oder PowerPoint man das Interesse der Zuhörer bekommt. Und auf der anderen Seite sie einem dann auch weiter folgen.“ (Transkript\_P2\_2, Pos. 160–171)*

In dieser Interviewsequenz wird die Bereitschaft zu Veränderungen in der Lehre verdeutlicht. Die interviewte Person berichtet über bereits initiierte Weiterentwicklungen in der eigenen Lehre nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung. Für die Transfermotivation kann dies bedeuten, dass Inhalte aus der medizindidaktischen Qualifizierung bereits Berücksichtigung in der Lehre der Teilnehmenden erhalten haben. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass sowohl die Absicht als auch die Bereitschaft, etwas zu ändern, vorhanden sind und Weiterentwicklungspotentiale in der Lehre von den Teilnehmenden identifiziert werden können.

#### 8.1.3.2 Offenheit für Neues

Die Offenheit für Neues als ein Aspekt der Transfermotivation kann auch in den empirischen Daten identifiziert werden. Die Teilnehmenden sind in Bezug auf medizindidaktische Themen neugierig und möchten neuen Input erhalten. Offenheit wird als Aufgeschlossenheit und Bereitschaft, sich mit medizindidaktischen Themen auseinanderzusetzen sowie bisherige Erfahrungen kritisch zu reflektieren, definiert. Im empirischen Material werden eine kritische Selbstreflexion der Lehre und die Bereitschaft, etwas Neues zu lernen, herausgearbeitet (siehe Tabelle 15).

Die **kritische Selbstreflexion der Lehre** wird in den Daten als Möglichkeit definiert, die eigene

Lehraktivität zu hinterfragen und zu optimieren. Die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung kann zur Reflexion der eigenen Lehrgestaltung anregen und neue Möglichkeiten eröffnen.

*„Sagen wir mal so, ich sehe es als Chance einfach. Ich sehe es einfach wie ‚Train the Trainer‘, einfach nochmal hinterfragen, was ich so tue. [...] Dass man zielgruppenorientierter vielleicht auch arbeitet. [...] Und das ist, denke ich, vielleicht ganz sinnvoll, wenn man in Anführungszeichen nochmal back to the roots geschickt wird!“ (Transkript\_P2\_1, Pos. 243–249)*

In diesem Interviewzitat wird die Offenheit für Neues, spezifischer die kritische Selbstreflexion der Lehre, als ein Teil der Transfermotivation betrachtet. Die Daten geben Hinweise darauf, dass die interviewte Person die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung als „Chance“ ansieht. Dies kann bedeuten, dass basierend auf den Inhalten der medizindidaktischen Qualifizierung die Lehre kritisch reflektiert werden kann und Möglichkeiten zur Veränderung bestehen können. Für die Transfermotivation kann dies bedeuten, dass die Teilnehmenden aufgeschlossen gegenüber den Inhalten der medizindidaktischen Qualifizierung sind und auch die Bereitschaft zur Reflexion der Lehre vorhanden ist.

Die **Bereitschaft, etwas Neues zu lernen**, kann als weiterer Aspekt der Offenheit für Neues aus den Daten identifiziert werden. Hierbei äußern die Teilnehmenden Interesse an neuem Wissen. Der Wunsch nach und die Bereitschaft zu Wissenszuwachs von didaktischen Themen können in den Daten identifiziert und zur Optimierung der Lehre genutzt werden. Dabei verfügen die Teilnehmenden zum Teil über eine sehr konkrete Erwartungshaltung zu den didaktischen Themen.

*„Also was mich eigentlich interessiert, ist, wie man, wenn man sowas auch als Frontalunterricht macht, welche Farben, Textzusammenstellungen, was da einprägsamer ist. Was, wie kann man Informationen eigentlich übertragen auf den anderen, ohne dass viel Störendes dazukommt? Da gibt es ja so ein paar Dinge wie ‚man schreibt nur sieben Zeilen‘, ‚man nimmt die Farbe Blau statt Grün‘ oder diese ganzen Sachen. Wie man sich selber benimmt, ob man die Hände in den Hosentaschen hat oder ob man zerwühlte Haare hat, wo man ständig draufschaut, ich glaube, solche Äußerlichkeiten, da zählt viel dazu. Und dann vielleicht, wie man solche Dinge aufbauen kann. Ja, und einfach Ideen, die sich daraus vielleicht ergeben. Vielleicht gibt es ein paar Dinge, wo man gar nicht weiß, dass man sie anwenden kann. Also vielleicht auch verbale Formen, dass man während seiner Lehre oder Vorlesung oder wie man das auch immer nennt, wie das Zusammenspiel Interesse weckt. Wie wecke ich bei meinem Gegenüber Interesse, der eigentlich bocklos ist vielleicht? Also wie schaffe ich das? Und da gibt es vielleicht viele Ideen, die man selber noch gar nicht so hat!“ (Transkript\_P3\_1, Pos. 160–169)*

In dieser Interviewsequenz wird die Bereitschaft, etwas Neues zu lernen, ersichtlich. Die Daten geben einen Hinweis darauf, dass die interviewte Person offen für neue Inhalte ist und Interesse an Lehrgestaltung zeigt. In Abgrenzung zu den Erwartungen, spezifischer der Behandlung spezifischer didaktischer Themen, stehen hier die generelle Offenheit und Bereitschaft für Neues im Fokus. Diese Bereitschaft kann in dem Interviewausschnitt durch das Ansprechen vieler verschiedener Themen und das damit verbundene Interesse an Wissenszuwachs verstanden werden. Für die Transfermotivation kann dies bedeuten, dass die Teilnehmenden über eine gewisse Offenheit gegenüber Neuem verfügen und damit

einhergehend die Bereitschaft, etwas Neues zu lernen, eine unterstützende Funktion beim Lerntransfer und der Weiterentwicklung der Lehre ausüben kann.

## 10.2 Engagement

Engagement als persönlicher Einsatz durch Verbundenheit und ein Pflichtgefühl kann in dem empirischen Material als **berufliches** (Kapitel 10.2.1) und **organisationales Engagement** (Kapitel 10.2.2) identifiziert werden (siehe Tabelle 16). Hierbei weisen die Daten darauf hin, dass die Teilnehmenden sowohl in den Arztberuf, inklusive der Karriereentwicklung, als auch in die Organisation durch ihr Engagement investieren.

*Tabelle 16: Übersicht über die Ergebnisse des Engagements*

Engagement
<b>Berufliches Engagement als Entwicklung von Karriereoptionen</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Anregung zum Masterstudium durch die Teilnahme an medizindidaktischer Qualifizierung</li><li>- Erfüllung von Habilitationsvoraussetzungen durch die Teilnahme an medizindidaktischer Qualifizierung</li><li>- Fachspezifisches Zertifikat durch die Teilnahme an medizindidaktischer Qualifizierung</li></ul>
<b>Organisationales Engagement als Identifikation mit den Zielen der Organisation</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Absicht, die Lehre in der Abteilung weiterzuentwickeln</li><li>- Erkennen von Weiterentwicklungspotentialen in der ärztlichen Ausbildung</li></ul>

### 10.2.1 Berufliches Engagement als Entwicklung von Karriereoptionen

Die Identifikation mit der beruflichen Tätigkeit sowie dem Beruf allgemein und damit einhergehend das Engagement für die eigene Karriere können als Charakteristika des beruflichen Engagements verstanden werden. Das empirische Material lässt vermuten, dass die Teilnehmenden Vorstellungen und Pläne für die Karriereentwicklung haben. Für die Teilnehmenden können sich Perspektiven für eine Karriereentwicklung durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung ergeben. Es können die der Tabelle 16 zu entnehmenden inhaltlichen Ausprägungen der Entwicklung von Karriereoptionen aus den Daten herausgearbeitet werden. Dabei können die Anregung zum Masterstudium, die Erfüllung von Habilitationsvoraussetzungen und der Erwerb eines fachspezifischen Zertifikats durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung als Ausprägungen des beruflichen Engagements zusammengefasst werden.

Die **Anregung zum Masterstudium durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung** kann in den Daten als Engagement für die eigene Karriere identifiziert werden.

Es kann vermutet werden, dass sich durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung weitere Perspektiven für die eigene Karriere und den eigenen Berufsweg ergeben können.

*„Vielleicht ergibt sich dann daraus [aus der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung; Anm. d. V.] auch noch die Idee, vielleicht machst du doch noch einen Master of Medical Education aus ganz anderen Gründen“ (Transkript\_P2\_1, Pos. 289–290)*

In diesem Interviewausschnitt wird die Möglichkeit der Entwicklung von Karriereoptionen durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung geäußert. Die interviewte Person spricht einen Masterstudiengang für die medizinische Lehre an, der als Option für die interviewte Person in Frage kommen kann. Die Äußerungen der interviewten Person sind vage, dennoch wird eine weitere Beschäftigung mit Medizindidaktik nicht ausgeschlossen. Der Masterstudiengang würde der interviewten Person zu guten Berufschancen innerhalb der Medizindidaktik und der medizinischen Lehre verhelfen, daher kann diese Äußerung als Indiz dafür gewertet werden, dass durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung der Grundstein für die Entwicklung von Karriereoptionen gelegt werden kann.

Die Habilitation als wissenschaftliche Weiterqualifikation kann als weitere Möglichkeit zur Karriereentwicklung angesehen werden, wodurch Karriereoptionen eröffnet werden können. Die **Erfüllung von Habilitationsvoraussetzungen durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung** kann in den Daten als weiterer Aspekt der Entwicklung von Karriereoptionen angesehen werden. Die Daten geben Hinweise darauf, dass durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung die wissenschaftliche Weiterqualifikation als Entwicklung von Karriereoptionen zur Wahrung der Lebensinteressen der Teilnehmenden fungieren kann.

*„I: Wie kam es denn dazu, dass Sie sich dann angemeldet haben?“*

*B: Weil ich es für meine Habilitation brauche“ (Transkript\_P5\_1, Pos. 130–131)*

In diesem Interviewzitat wird der Grund für die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung thematisiert. Die Motive für die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung werden bereits in Kapitel 10.1 dargestellt. Wird diese Sequenz vor dem Hintergrund der formalen Bedingungen der Habilitation betrachtet, kann vermutet werden, dass durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung ein Teil der Habilitationsvoraussetzungen erfüllt wird. Erst durch den Nachweis einer didaktischen Qualifizierung im Rahmen von 60 Arbeitseinheiten kann das Habilitationsverfahren eröffnet werden. Somit kann vermutet werden, dass durch die Erfüllung von Habilitationsvoraussetzungen eine Karriereentwicklung im Rahmen des beruflichen Engagements erfolgen kann.

Da während der medizindidaktischen Qualifizierung spezifisch auf die medizinischen

Rahmenbedingungen und Gegebenheiten im Kontext der Medizin eingegangen wird, wird ein Zertifikat für Medizindidaktik nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung ausgehändigt (siehe Kapitel 2.3). In den Daten zeigt sich, dass ein **fachspezifisches Zertifikat durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung** die Karriereentwicklung unterstützen kann. Für das Engagement für die eigene Karriere kann diese fachspezifische Qualifizierung relevant werden, da sie spezifisch auf den medizinischen Kontext ausgerichtet ist.

*„Und was mich daran, das ist wichtig, was mich daran interessiert hat, war nicht nur das Medizin, sondern dass sie das da hingeschrieben haben, ich hoffe, dass das auch bei den Zeugnissen zum Tragen kommt, und Pflege. [...] In dieser Einladungs-E-Mail stand nämlich ‚für Medizin und Pflege‘. Und das sind ja beides Sachen, in denen ich doziere. Und dann wäre es Quatsch, jetzt mit einem normalen Hochschuldidaktik-Kurs anzufangen, wenn es denn einen von der Uniklinik gibt“ (Transkript\_P1\_1, Pos. 390–396)*

In dieser Interviewpassage wird deutlich, dass die Adressierung der spezifischen medizinischen Rahmenbedingungen und Gegebenheiten für die interviewte Person wichtig erscheint. Die Daten lassen vermuten, dass für die interviewte Person die fachspezifische Ausrichtung auf den medizinischen Kontext, sowohl für die Pflege als auch für das ärztliche Personal, einen Grund für die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung darstellen kann. Da die interviewte Person in beiden medizinischen Bereichen in der Lehre aktiv ist, wird ein „normale[r]“ Didaktikkurs ausgeschlossen. Dies kann darauf hindeuten, dass ein Kurs der allgemeinen Hochschuldidaktik zu wenig spezifisch auf die besonderen Bedingungen der Pflege und der Medizin ausgerichtet ist und daher auch weniger karrierewirksam wirken kann. Der Forscherin ist bekannt, dass die interviewte Person sich nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung als Mitarbeiter\*in an der Medizinischen Fakultät Würzburg beworben hat, von der die Teilnahme an einer medizindidaktischen Qualifizierung vorausgesetzt wird. Mit diesem Hintergrundwissen und aufgrund der Tatsache, dass die interviewte Person „hoff[t]“, dass auf den Zeugnissen sowohl Pflege als auch Medizin als Qualifizierungsbereiche betitelt werden, kann vermutet werden, dass ein fachspezifisches Zertifikat das Engagement für die eigene Karriere unterstützen kann.

### 10.2.2 Organisationales Engagement als Identifikation mit Zielen der Organisation

Die persönliche Einbindung und Identifikation mit der Organisation, insbesondere mit den Werten und Zielen der Organisation, sowie die persönliche Bereitschaft zur Erreichung der Organisationsziele können als organisationales Engagement definiert werden. Die Daten weisen darauf hin, dass die Teilnehmenden sich der Organisation und den Organisationszielen verpflichtet fühlen und daher an der medizindidaktischen Qualifizierung teilnehmen und sich mit Medizindidaktik beschäftigen. Dieses Engagement zeigt sich in den Daten als Absicht, die



Lehre in der Abteilung weiterzuentwickeln, und als Erkennen von Weiterentwicklungspotentialen in der ärztlichen Ausbildung (siehe Tabelle 16).

Die **Absicht zur Weiterentwicklung der Lehre in der Abteilung** als Teil des organisationalen Engagements umfasst das Vorhaben, die Lehre für das Fach und die Abteilung weiterzuentwickeln. Teilnehmende können einen Beitrag zur Weiterentwicklung leisten und haben die Möglichkeit, das Fach und die Abteilung zu optimieren. In den Daten gibt es Hinweise darauf, dass spezifische Ideen zur Weiterentwicklung der Lehre bereits vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung bestehen und daher auf ein ausgeprägtes organisationales Engagement hinweisen können.

*„Ich würde tatsächlich mehr Kleingruppenseminare machen. Ich finde, da ist das Angebot nicht sehr groß. Vor allen Dingen nicht in unserem Fach. [...] gibt es wie gesagt nur einen Termin und viele Seminare sind auch nicht Pflicht, sondern freiwillig. Aber das ist was, was ich, glaube ich, gerne ausbreiten würde. Wo man, ja, das auch, glaube ich, anbieten könnte, denke ich, hier am Klinikum“ (Transkript\_P6\_1, Pos. 165–168)*

In diesem Interviewzitat wird das organisationale Engagement der interviewten Person im Rahmen der Weiterentwicklung der Lehre für die Abteilung deutlich. Die interviewte Person zeigt bereits vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung die Bereitschaft, die Lehre für das Fach und die Abteilung weiterzuentwickeln. Die Erweiterung des Lehrangebots zu den spezifischen Themen des Fachs kann als Hinweis darauf gedeutet werden, dass die interviewte Person über ein organisationales Engagement verfügt. Für den Lerntransfer kann es bedeuten, dass die interviewte Person basierend auf der Weiterentwicklung der Lehre in der Abteilung, als ein Aspekt des organisationalen Engagements, über eine subjektive Lern- und Handlungsbegründung verfügt, die die Bereitschaft zur Weiterentwicklung der Lehre in der Abteilung beinhaltet.

Als weitere Dimension des organisationalen Engagements wird in den Daten das **Erkennen von Weiterentwicklungspotentialen in der ärztlichen Ausbildung** identifiziert. Diese Dimension grenzt sich zu den obigen Ausführungen ab, da die Teilnehmenden nicht Weiterentwicklungspotentiale spezifisch für das Fach und die Abteilung benennen, sondern übergeordnete Potentiale, die auf eine Weiterentwicklung der ärztlichen Ausbildung der Gesamtorganisation abzielen. Die Daten weisen darauf hin, dass die Ausbildung zukünftiger Ärzt\*innen in der Klinik weiterentwickelt werden kann und Potentiale und Chancen von den Teilnehmenden identifiziert werden.

*„Also ich habe ja letztlich schon auch Kurse [didaktische Weiterbildungs- und Qualifizierungsangebote; Anm. d. V.] besucht [...] Weil wir eben doch so viele Studenten durchschleusen auch auf Station [...] und wollte das so ein bisschen strukturierter lernen“ (Transkript\_P4\_1, Pos. 114–117)*

Die Daten geben Hinweise darauf, dass die interviewte Person Weiterentwicklungspotentiale in der ärztlichen Ausbildung erkennt und die Teilnahme an der medizindidaktischen

Qualifizierung hilfreich zur Umsetzung dieser Weiterentwicklungspotentiale sein kann. So spricht die interviewte Person die Struktur der arbeitsplatzbasierten Ausbildung der Lernenden auf Station an und benennt diese Struktur als Entwicklungsmöglichkeit. Das Erkennen dieses eher übergeordneten, globalen Potentials kann darauf hindeuten, dass die interviewte Person über ein hohes organisationales Engagement verfügt. Für den Lerntransfer kann dies bedeuten, dass die Teilnehmenden über konkrete Potentiale nachgedacht haben, was darauf schließen lässt, dass eine Weiterentwicklung der Lehre von den Teilnehmenden angestrebt werden kann.

### 10.3 Erfahrungen

Die Erfahrungen der Teilnehmenden erhalten in dieser Arbeit eine besondere Berücksichtigung, da die subjektorientierte Lerntheorie den Erfahrungszusammenhang der Individuen als Ausgangspunkt von Lernprozessen ansieht. Erfahrungen stellen einen zentralen Bestandteil der subjektiven Anreize und eine Basis für die guten Gründe innerhalb der Subjektorientierung dar. Daher besteht das Ziel der Analyse im Erfassen von Erfahrungen im Lehr-/Lernkontext und der Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden zu diesen persönlichen Erfahrungen. Wie bereits ausgeführt, erhalten die persönlichen Erlebnisse der Teilnehmenden im Kontext von **Erfahrungen als Lernende** (Kapitel 10.3.1) eine besondere Bedeutung, da diese Erfahrungen zukünftiges Lernverhalten beeinflussen können. Überdies erhalten die **Erfahrungen als Lehrende** (Kapitel 10.3.2) und **didaktische Vorerfahrungen** (Kapitel 10.3.3) eine Berücksichtigung in dieser Arbeit (siehe Tabelle 17). Die Erfahrungen als Lernende wie auch die didaktischen Vorerfahrungen zeigen sich sowohl in den empirischen Daten als auch in dem theoretischen Modell dieser Arbeit, jedoch können die Erfahrungen als Lehrende nur aus dem empirischen Material gewonnen werden. Aufgrund der Modifizierung des empirischen Modells werden die identifizierten Erfahrungen aus dem Arbeitsumfeld nicht an dieser Stelle betrachtet, sondern in Kapitel 8.1 im Kontext der organisationalen Lernkultur expliziert. Die Erfahrungen aus dem Arbeitsumfeld beziehen sich auf Erfahrungswerte der interviewten Personen mit Kolleg\*innen und dem organisationalen Kontext. Es werden daher in Kapitel 8.1 jene Erfahrungen der Teilnehmende dargestellt, die im Arbeitsumfeld gemacht wurden und Rückschluss auf mögliche Unterstützung bei der Lehrtätigkeit liefern. Um inhaltliche Überschneidungen zu vermeiden, werden diese Erfahrungen aus dem Arbeitsumfeld nur in Kapitel 8.1 dargestellt und ausgeführt.

Tabelle 17: Übersicht über die Ergebnisse der Erfahrungen der Teilnehmenden

<b>Erfahrungen</b>
<b>Erfahrungen als Lernende</b>
<b>Erleben von Weiterentwicklungsbedarfen in der Lehre</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Kommunikation in Lehrsituationen</li><li>- Methodik zur Vermittlung von praktischen Fertigkeiten</li><li>- Wertschätzung der Lernenden</li></ul>
<b>Erleben von lernförderlicher Didaktik</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Gestaltung von Vorträgen</li></ul>
<b>Erfahrungen als Lehrende</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Subjektiv erlebter Lehrerfolg</li><li>- Erleben von Sicherheit durch Routine</li></ul>
<b>Didaktische Vorerfahrungen</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Vorerfahrungen durch die Teilnahme an Kursen im akademischen Kontext</li><li>- Vorerfahrungen durch die Teilnahme an nicht akademischen Kursen</li><li>- Wiedererkennen von didaktischen Methoden</li><li>- Anknüpfen an didaktisches Vorwissen</li></ul>

### 10.3.1 Erfahrungen als Lernende

Die Erfahrungen als Lernende umfassen Erfahrungen, die durch die eigene Lerntätigkeit als Lernende (z. B. Studierende, Auszubildende) gemacht wurden und eine Bedeutungszuschreibung für die eigene Lehre implizieren. Inhaltlich zu differenzieren sind das **Erleben von Weiterentwicklungsbedarfen in der Lehre** (Kapitel 10.3.1.1) und das **Erleben von lernförderlicher Didaktik & Methodik** (Kapitel 10.3.1.2) (siehe Tabelle 17).

#### 10.3.1.1 Erleben von Weiterentwicklungsbedarfen in der Lehre

Das Erleben von Weiterentwicklungsbedarfen in der Lehre wird in den Daten aus den Erfahrungen der Teilnehmenden als Lernende rekonstruiert. Es werden jene Erfahrungen ausgeführt, die für die Teilnehmenden in der Rolle der Lernenden einen Weiterentwicklungsbedarf darstellen und einen Hinweis auf mögliche Wirkungen und Einflüsse auf die aktuelle Lehrtätigkeit der Teilnehmenden zulassen. Aus den Daten lassen sich Erfahrungen bezüglich der Kommunikation in Lehrsituationen, der Methodik zur Vermittlung von praktischen Fertigkeiten sowie der Wertschätzung der Lernenden (siehe Tabelle 17) im

Kontext von Weiterentwicklungsbedarfen in der Lehre herausstellen.

Die Kommunikation in Lehrsituationen kann als ein Weiterentwicklungsbedarf in der Lehre aus den Daten herausgearbeitet werden, dieser wird durch eine inadäquate **Kommunikation in Lehrsituationen** als ein Aspekt des Erlebens von Weiterentwicklungsbedarfen in der Lehre angesehen. Die Teilnehmenden haben in konkreten Lehrsituationen Weiterentwicklungsbedarfe in der Kommunikation zwischen Lehrenden und Lernenden erlebt. Ferner geben die Daten einen Hinweis darauf, dass diese Erfahrung als Lernende eine Bedeutung für die eigene Lehrtätigkeit aufweisen kann.

*„Es gibt so ein paar Sachen, die nicht gehen, die man halt nicht übernimmt. Und auch heute nicht mehr gehen, gibt ja auch heute von den Konventionen her Dinge [...] dumme Sprüche, die man heute halt nicht mehr macht, die man sich früher hat anhören müssen. Als junger Assistent waren die Zeiten anders. Die Dinge sind halt alle, versucht man halt einfach besser zu machen und anders zu machen“ (Transkript\_P2\_1, Pos. 306–309)*

In diesem Interviewausschnitt wird das Erleben von Weiterentwicklungsbedarfen in der Lehre, konkreter in einer inadäquaten Kommunikation in Lehrsituationen, thematisiert. Die interviewte Person beschreibt das kommunikative Verhalten der Lehrenden während ihrer Zeit als Assistenzarzt. Hierbei benennt die interviewte Person „dumme Sprüche“, die „man sich früher hat anhören müssen“. Diese Ausführungen geben Hinweise darauf, dass diese Art der Kommunikation in Lehrsituationen als Normalität verstanden werden kann. Ferner lassen die Daten vermuten, dass die interviewte Person die Kommunikation als unpassend empfunden hat. Die interviewte Person distanziert sich von den Erfahrungen als Lernende und benennt aus dieser Erfahrung Implikationen für die eigene Lehre. Diese beziehen sich vor allem auf Weiterentwicklungsbedarfe für die Lehre, spezifischer in der Kommunikation zwischen Lernenden und Lehrenden. Die interviewte Person grenzt sich von den eigenen Erfahrungen in der Lehrsituation ab und betont, dass sie versucht, es „besser zu machen und anders zu machen“. Diese Interviewpassage gibt somit einen Hinweis auf Weiterentwicklungsabsichten für die eigene Lehre, die basierend auf eigenen Lernerfahrungen getroffen werden.

Als weiterer Aspekt des Erlebens von Weiterentwicklungsbedarfen in der Lehre kann in den Daten eine **Methodik zur Vermittlung von praktischen Fertigkeiten** identifiziert werden. Das empirische Material gibt Hinweise darauf, dass die Lernerfahrung eine Bedeutung für die eigene Lehrtätigkeit aufweisen kann. So erlebten die Teilnehmenden während des Studiums und der Assistenzausbildung eine Vorgehensweise zur Vermittlung von praktischen Fertigkeiten, von der sich abgegrenzt wird, und ziehen daraus Rückschlüsse auf die eigene Lehrtätigkeit.

*„Dass man das adäquat eben kommuniziert auf der einen Seite und auf der anderen Seite eben auch nochmal die Systematik, die eben auch immer in diesen ‚teach the teachers‘ immer wieder kommt, von wegen meine Ausbildungszeit war ‚see one, do one, teach one‘. Und das ist ja jetzt ein bisschen differenzierter. ‚See one, see second, see third, ja, try first‘. Also das ist, also dieser Schmiss ins kalte Wasser war zumindest in den neunziger Jahren sehr viel schneller und leichter“ (Transkript\_P2\_1, Pos. 333–337)*

In dieser Interviewsequenz, die inhaltlich auf die Methodik zur Vermittlung von praktischen Fertigkeiten abzielt, spricht die interviewte Person von eigenen Lernerfahrungen. Die Daten geben Hinweise darauf, dass diese Erfahrungen Weiterentwicklungsbedarfe in der eigenen Lehre hervorgebracht haben. Die interviewte Person berichtet neben dem Vorgehen „see one, do one, teach one“ von der Erfahrung des „Schmiss[es] ins kalte Wasser“. Diese Ausführungen lassen den Schluss zu, dass Möglichkeiten zum Üben und Simulieren von praktischen Fertigkeiten weniger gegeben waren, sondern nach einer Demonstration die eigene Durchführung einer praktischen Fertigkeit und daran anschließend deren weitere Vermittlung als Konzept verfolgt wurden. Das methodische Vorgehen des see one, do one, teach one wurde lange Zeit als Lehrmethode in der Medizin eingesetzt, jedoch erhalten alternative Lehrmethoden zur Vermittlung von praktischen Fertigkeiten eine größere Bedeutung in der Ausbildung der Mediziner\*innen (siehe Kapitel 2). An diese Entwicklung knüpft die interviewte Person an und grenzt sich von den eigenen Lernerfahrungen ab und benennt die Weiterentwicklungsbedarfe für die eigene Lehre. Die Daten geben einen Hinweis darauf, dass hierbei die Möglichkeit zum Üben und Simulieren eine besondere Bedeutung erhalten kann, die durch die Betonung auf „try first“ deutlich werden kann. Aus dieser Benennung kann vermutet werden, dass es mehr als eine Möglichkeit des Versuchens und Übens gibt, bevor die praktische Fertigkeit dann an den Patient\*innen ausgeübt wird. Das Sammeln von Erfahrungen durch Simulation erfährt in der Ausbildung der heutigen Medizinstudierenden mehr Beachtung und wird explizit zur Vermittlung von praktischen Fähigkeiten eingesetzt (vgl. Thiessen, Fichtner & Breuer, 2018, 84 ff.). Diese Entwicklung bekräftigt die Ausführungen der interviewten Person und deren Weiterentwicklungsbedarf für die Lehrgestaltung.

Die **Wertschätzung der Lernenden** kann als weiterer Aspekt des Erlebens von Weiterentwicklungspotentialen angesehen werden. Diese Lernerfahrung kann in den Daten als Erleben von geringer Wertschätzung der Lernenden identifiziert werden. Das Erleben einer geringen Wertschätzung für Lernende basiert auf der eigenen Erfahrung, dass Lernende als nicht willkommen und eher als zusätzliche Aufgabe erlebt wurden.

*„Und ich fand, dass meine sozusagen gerade diese Bedside-Ausbildung [Unterricht am Krankenbett; Anm. d. V.] grässlich. Und uns wurde im Prinzip zum Teil gesagt, dass man uns nicht will. Und das fand ich sehr unschön und wollte das so ein bisschen strukturierter lernen.“  
(Transkript\_P4\_1, Pos. 115–117)*

*„Ich bemühe mich auch wirklich, ich nehme mir die Zeit und versuche, den Studenten auch das Gefühl zu geben, dass sie willkommen sind. Weil das bei mir noch anders war, ja.“  
(Transkript\_P4\_1, Pos. 34–36)*

In den beiden Interviewausschnitten wird die Wertschätzung der Lernenden thematisiert. In dem Lehrformat „Unterricht am Krankenbett“ mit realen Patient\*innen wurde die interviewte Person zurückgewiesen und empfand dies als „grässlich“. In der zweiten Passage betont die interviewte Person, dass Bemühungen unternommen werden und Zeit investiert wird, damit

die Lernenden merken, „*dass sie willkommen sind*“. Die Daten geben einen Hinweis darauf, dass dies vor dem Hintergrund der eigenen Lernerfahrungen geschieht und somit Prinzipien für die eigene Lehre formuliert werden. In dem ersten Zitat schlussfolgert die interviewte Person: „[...] und wollte das so ein bisschen strukturierter lernen“, um somit der „grässlich[en]“ Ausbildungssituation vorzubeugen und die Lernenden mehr und strukturierter in die Lehr-/Lernsituation einzubinden. An beiden Ausführungen wird deutlich, dass während der eigenen Studienzeit eine geringe Wertschätzung für die Lernenden gezeigt wurde. Diese Lernerfahrung lässt Rückschlüsse auf und Absichten für die eigene Lehrtätigkeit der Teilnehmenden vermuten. So werden konkrete Verbesserungspotentiale, wie oben bereits expliziert, benannt und eine klare Abgrenzung zu den eigenen Lernerfahrungen und Weiterentwicklungsbedarfe in der eigenen Lehrtätigkeit aufgezeigt.

#### 10.3.1.2 Erleben von lernförderlicher Didaktik & Methodik

Das Erleben von lernförderlicher Didaktik & Methodik, spezifischer im Kontext der **Gestaltung von Vorträgen**, kann als weitere Lernerfahrung aus dem empirischen Material identifiziert werden (siehe Tabelle 17). Die Teilnehmenden haben während ihrer Studienzeit didaktische und methodische Lehrgestaltung kennengelernt, die sie als lernförderlich einschätzen. Die Daten geben einen Hinweis darauf, dass die erfahrene Gestaltung von Vorträgen eine Bedeutung für die eigene Lehrtätigkeit aufweisen kann.

*„Man hat ja auch im Rahmen seiner Ausbildung [...] gesehen, wie die [die Lehrenden; Anm. d. V.] ihre Vorträge aufbauen, wie die ihre Seminare aufgebaut haben. Hat dann selber im universitären Rahmen Seminare halten dürfen oder Teilbeiträge zu Seminaren praktisch machen dürfen. Und hat dann versucht, sich an dem, was einem selbst gefallen hat, wo man selbst gemeint hat, ich nehme am meisten mit, ich kann am meisten lernen, hat dann versucht, seine Vorträge ähnlich aufzubauen“ (Transkript\_P2\_1, Pos. 292–296)*

In diesem Interviewzitat wird die Erfahrung als Lernende in Bezug auf die didaktische und methodische Lehrgestaltung thematisiert. Es werden eigene studentische Beiträge zur Lehre wie auch die Lehrgestaltung der Lehrenden als Bezugspunkte genutzt. Die Daten geben einen Hinweis darauf, dass das Erleben von lernförderlicher Didaktik & Methodik einen Beitrag zur aktuellen Lehrtätigkeit liefern kann. So identifiziert die interviewte Person didaktische und methodische Elemente aus der Lehre, die die interviewte Person als lernförderlich erlebt. Daraus können Potentiale für die eigene Lehrtätigkeit und Lehrgestaltung gewonnen werden, da diese didaktischen und methodischen Elemente als Orientierung bei der Gestaltung der eigenen Lehre fungieren können. Somit kann das Erleben von lernförderlicher Didaktik & Methodik als Lernerfahrung mit Bezug zur aktuellen Lehrtätigkeit gedeutet werden; dies kann insbesondere vor dem Hintergrund der Bedeutung von Lernerfahrungen für zukünftiges Lernen aus erwachsenenpädagogischer und subjektorientierter Sichtweise relevant für die Bearbeitung dieser Forschungsfrage sein.

### 10.3.2 Erfahrungen als Lehrende

Es werden im Folgenden die Erfahrungen, die auf der eigenen Lehrtätigkeit der interviewten Personen basieren, ausgeführt. Die Verwendung des Begriffs „Lehrende“ grenzt sich bewusst von dem bis jetzt verwendeten Begriff der Teilnehmenden ab. Teilnehmende stellen die Ärzt\*innen dar, die zum einen an dieser Studie teilgenommen haben und zum anderen aus der Berufspraxis heraus lehren. Die analysierten Interviewsequenzen geben Hinweise auf eine Lehrtätigkeit, jedoch nicht auf eine Verbindung mit dem klinischen Alltag. Daher werden die konkreten Lehrerfahrungen der Teilnehmenden in diesem Abschnitt als Erfahrungen der Lehrenden betitelt. Dabei werden jene Erfahrungen ausgeführt, die einen Bezug zur jetzigen Lehrtätigkeit aufweisen. In den Daten können ein subjektiv erlebter Lehrerfolg und das Erleben von Sicherheit durch Routine als Erfahrungen identifiziert werden (siehe Tabelle 17). In den Daten können darüber hinaus die Freude an der Lehre, das Desinteresse an der Lehrtätigkeit und Feedback zur Lehrgestaltung als weitere Lehrerfahrungen der Teilnehmenden identifiziert werden. Diese erhalten in diesem Kapitel jedoch keine Berücksichtigung, da keine Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden für die aktuelle Lehrtätigkeit aus den Daten herausgearbeitet werden kann. Die Bedeutungszuschreibung wird basierend auf den Äußerungen der interviewten Personen hergestellt. Interviewsequenzen, die Erfahrungen thematisieren, die einen Bezug zu der jetzigen Lehrtätigkeit vermuten lassen, können in diesem Schritt analysiert werden.

Der **subjektiv erlebte Lehrerfolg** zeigt sich in den Daten als Erfahrung, die auf der eigenen Lehrtätigkeit der Teilnehmenden basiert. Es wird ein Erreichen eines guten Lehrergebnisses und -prozesses als Erfahrung geschildert, die als Bestätigung der eigenen Lehrtätigkeit gedeutet werden kann.

*„Wir haben einige Generationen Weiterbildungsassistenten schon an uns vorbeilaufen sehen. Und aus denen ist zum Teil was geworden und man lebt dann in der persönlichen Überzeugung, dass man doch ausbilden kann. Dass man didaktisch den jungen Menschen was auf den Weg mitgegeben hat und die ihren Facharzt erreicht haben und es geschafft haben und in dem Beruf sich etabliert haben.“ (Transkript\_P2\_1, Pos. 237–240)*

In dieser Interviewsequenz wird von dem subjektiv erlebten Lehrerfolg der interviewten Person berichtet. Die interviewte Person misst der eigenen Lehrleistung eine Bedeutung in der Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses bei. Hierbei kann der subjektiv erlebte Lehrerfolg vor allem an „*der persönlichen Überzeugung, dass man doch ausbilden kann*“, definiert werden. Die Lehre wird von der interviewten Person selbst beurteilt und als Lehrerfolg verzeichnet, da bereits einige Weiterbildungsassistent\*innen den Facharzt absolviert haben und als Arzt/Ärztin arbeiten. Dieses Zitat gibt einen Hinweis darauf, dass die interviewte Person einen direkten Zusammenhang zwischen der eigenen Lehre und dem Absolvieren des Facharztes der jungen Ärzt\*innen sehen kann. Die fachärztliche Ausbildung erstreckt sich über mindestens fünf

Jahre, in denen die Weiterbildungsassistent\*innen bestimmte Weiterbildungsinhalte für das spezifische Fach praktisch durchgeführt haben müssen und zu deren Ende sie eine Facharztprüfung ablegen müssen. In dieser Zeit werden die Weiterbildungsassistent\*innen in den spezifischen praktischen Fertigkeiten und Techniken des Fachs ausgebildet und erhalten nach einiger Zeit die Möglichkeit, selbst Untersuchungen und Eingriffe durchzuführen, um die Weiterbildungsinhalte zur Facharztprüfung zu sammeln. In der gesamten fachärztlichen Ausbildungszeit werden die Weiterbildungsassistent\*innen durch erfahrene Kolleg\*innen begleitet und unterstützt. Diese Kolleg\*innen sind in der Regel Fachärzt\*innen und supervidieren die Ärzt\*innen während der fachärztlichen Ausbildungszeit im Hinblick auf die praktischen Fertigkeiten und Techniken des klinischen Fachs.

Die Daten geben somit einen Hinweis darauf, dass durch den subjektiv erlebten Lehrerfolg der interviewten Person die Lernenden profitiert haben. Die Interviewpassage kann so gedeutet werden, dass die Lehrerfahrungen, die als Lehrerfolg interpretiert werden, eine Bedeutung für die Lehrtätigkeit im Allgemeinen aufweisen können. So kann vermutet werden, dass die oben ausgeführte „*persönliche[] Überzeugung*“ eine übergeordnete Einstellung zur Lehrbefähigung darstellen kann, die vor allem auf der Ebene der Wissensvermittlung der Weiterbildungsinhalte definiert und an einem erfolgreich absolvierten Facharzt bemessen werden kann.

Das **Erleben von Sicherheit durch Routine** kann in den Daten als weitere Lehrerfahrung identifiziert werden. Diese Erfahrung kann so interpretiert werden, dass durch häufiges Lehren und Wiederholen die Teilnehmenden eine Routine erhalten, die Sicherheit vermittelt und somit einen Einfluss auf die aktuelle Lehrtätigkeit ausüben kann.

*„Man braucht halt eine Zeit zum Reinkommen am Anfang. Kennen Sie selbst. Irgendwann macht man das mal mit PowerPoint und irgendwann traut man sich auch mal an die Tafel. Und kann dann auch mal den Verlauf eines Gefäßes anzeichnen oder so. Aber da kommt man halt erst rein. Das kann man nicht am Anfang in einem großen Hörsaal machen, also ich konnte es nicht. Aber das geht mittlerweile ganz gut“ (Transkript\_P1\_1, Pos. 144–148)*

In dieser Interviewsequenz wird das Erleben von Sicherheit in der Lehrtätigkeit durch Routine thematisiert. Die Daten geben Hinweise darauf, dass durch mehr Erfahrungen in der Lehre die interviewte Person an Sicherheit gewinnt und sich „traut“, Lehrinhalte an der Tafel zu skizzieren, wo zuvor eine PowerPoint-Präsentation gezeigt wurde. Durch die Ausführungen der interviewten Person lässt sich vermuten, dass diese Sicherheit erst durch die Lehrerfahrung und somit die Routine erworben wird. Für die zukünftige Lehrtätigkeit kann dies als Hinweis darauf gedeutet werden, dass mehr Lehrerfahrungen und somit Routine zu mehr Sicherheit in der Lehre führen können.

Dieser Interviewausschnitt gibt zudem einen Hinweis darauf, dass das Erleben von Sicherheit durch Routine für die interviewte Person einen normalen Prozess in der Entwicklung der Lehrtätigkeit und Lehrpersönlichkeit bedeuten kann. So beginnt die Person mit folgender Aussage: „Man braucht halt eine Zeit zum Reinkommen am Anfang. Kennen Sie selbst.“ Dies



kann auf die Selbstverständlichkeit dieses Entwicklungsschritts hinweisen, da diese Aussage verallgemeinert wird.

### 10.3.3 Didaktische Vorerfahrungen

Um in einem nächsten Schritt zu untersuchen, ob die empirischen Daten ebenfalls eine Bedeutung der Vorerfahrungen auf den Lerntransfer aufzeigen können, werden im Folgenden zuerst die didaktischen Vorerfahrungen (der Teilnehmenden vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung) analysiert und anschließend auf deren Bedeutung und auf Hinweise zu möglichen Wirkungen aus den Interviews nach der Teilnahme eingegangen.

Im Folgenden werden jene Erfahrungen expliziert, die auf eine didaktische Vorerfahrung im Kontext von Lehrgestaltung und Didaktik hinweisen. Die didaktischen Vorerfahrungen sind zu den Erfahrungen als Lehrende abzugrenzen, da eine Lehrtätigkeit in der Medizin nicht automatisch mit einer didaktischen Ausbildung oder Vorbereitung einhergehen muss. Zu differenzieren sind dabei die Vorerfahrungen durch die Teilnahme an Kursen im akademischen Kontext und die Vorerfahrungen durch die Teilnahme an nicht akademischen Kursen (siehe Tabelle 17). Aus dem empirischen Material können darüber hinaus didaktische Vorerfahrungen durch eine Berufsausbildung und durch die Teilnahme an medizinischen Kursen herausgearbeitet werden. Diese Vorerfahrungen können jedoch in dem zweiten Schritt keine Bedeutung für die aktuelle Lehrtätigkeit oder den Lerntransfer aufweisen und werden daher an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt.

Die didaktischen **Vorerfahrungen** der Teilnehmenden, die **durch die Teilnahme an Kursen im akademischen Kontext** erworben wurden, beziehen sich auf Kurse im universitären Kontext, spezifischer der Hochschuldidaktik, die jedoch nicht zu einem formalen Abschluss oder Zertifikat geführt haben.

*„B: Ich habe schon hochschuldidaktische Seminare belegt, ja. [...] Aber konkrete medizindidaktische Lehre, da habe ich bisher noch wenige Erfahrungen.*

*I: Und was waren das für allgemeindidaktische Kurse?*

*B: Ähm interkulturelles Lernen, wissenschaftlich präsentieren, genau, das sind so die Hauptthemen, die ich bisher belegt habe [...] Und auch in anderweitigen Seminaren. Ich bin einmal durch das ‚MENTORING med‘-Programm hier an der Uni gelaufen, wo ja lehrdidaktische Seminare angeboten werden“ (Transkript\_P6\_1, Pos. 101–110)*

In dieser Interviewsequenz wird die Teilnahme an diversen Weiterbildungs- und Qualifizierungsangeboten im akademischen Kontext der Universität thematisiert. Diese Kurse führen zu keinem formalen Abschluss oder Zertifikat. Die interviewte Person beschreibt, dass diese Kurse „belegt“ und durch-„laufen“ worden sind. Diese Formulierungen können einen Hinweis darauf geben, dass die Teilnahme an den Kursen erfolgte; inwiefern jedoch ein Mehrwert für die Lehre daraus gezogen wird, kann anhand dieser Aussage nicht analysiert werden.

Die didaktischen **Vorerfahrungen durch die Teilnahme an nicht akademischen Kursen** können in den Daten als Kurse aus dem Freizeitbereich identifiziert werden. Hierbei handelt es sich um Hobbys und Ehrenämter, die in Hilfsorganisationen und öffentlichen Einrichtungen ausgeübt werden. Durch diese nicht akademischen Kurse können die Teilnehmenden didaktische Vorerfahrungen sammeln, die für die aktuelle Lehrtätigkeit eine Bedeutung aufweisen können.

*„B: Wenn Sie im privaten Bereich gucken, gibt es ganz klare Fortbildungen für sowas [Angebote für Lehrgestaltung; Anm. d. V.]. Und wenn Sie da wie ich jetzt bei @Hilfsorganisation 1@ sind, dann können Sie solche regelrechten Seminare auch durchführen. Und dann lernen Sie, mit bestimmten Tools zu arbeiten. Und das ist, das können Sie dann natürlich täglich auch in verschiedenen Sitzungen außerhalb der Lehre auch anwenden [...]*

*I: Und Sie haben solche schon besucht?*

*B: Ja, also man muss ganz ehrlich sagen, ich habe relativ früh angefangen, innerhalb der @Hilfsorganisation 1@ zu lehren, schon als Student. Und dann besuchte man natürlich solche Didaktik- und Methodikseminare“ (Transkript\_P3\_1, Pos. 110–118)*

*„Ich habe auch schon sehr früh so Gruppenleiterschulungen gemacht, Teambildungsmaßnahmen gemacht, als junge Erwachsene. Von daher habe ich schon ein bisschen mitgenommen von Gruppendynamik, Charakteren in der Gruppe, Konfliktmanagement in der Gruppe“ (Transkript\_P6\_1, Pos. 101–103)*

In beiden Interviewausschnitten werden die didaktischen und pädagogischen Vorerfahrungen durch die Teilnahme an nicht akademischen Kursen expliziert. Die Teilnehmenden verfügen über Vorerfahrungen, die im Freizeitbereich gesammelt wurden.

Diese dargestellten didaktischen Vorerfahrungen, die aus der Teilnahme an Kursen im akademischen Kontext und nicht akademischen Kursen entstanden sind, können in einem weiteren Schritt in Zusammenhang mit der Lehrtätigkeit und dem Lerntransfer gebracht werden; sie agieren somit als Hilfskategorie, um in einem nächsten Schritt die Bedeutung für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden herauszuarbeiten. Im Folgenden wird aus den Daten eine mögliche Bedeutung der didaktischen Vorerfahrungen für die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung und den Lerntransfer ausgeführt. Hierbei können das Wiedererkennen von didaktischen Methoden und das Anknüpfen an didaktisches Vorwissen als mögliche Wirkungen der Vorerfahrungen der Teilnehmenden interpretiert werden (siehe Tabelle 17).

Das **Wiedererkennen von didaktischen Methoden** kann in den Daten als mögliche Wirkung der Vorerfahrungen durch die Teilnahme an akademischen und nicht akademischen Kursen gedeutet werden. Die Daten geben Hinweise darauf, dass didaktische Methoden in der medizindidaktischen Qualifizierung wiedererkannt werden, da sie bereits in Kursen im akademischen Kontext und in nicht akademischen Weiterbildungs- und Qualifizierungsangeboten thematisiert wurden.

*„Na ja, man hat manche Dinge gleich so ein bisschen durchschaut [...] Alleine man kommt in den Raum und man wird in Gruppen schon aufgeteilt. Und diese verschiedenen Möglichkeiten, wie man Gruppen aufteilt. Das war ja dann so spielerisch, am Anfang war es nur gesetzt, ja. Dass da die Werkzeuge [Materialien; Anm. d. V.] alle schon liegen, dass man manche Dinge schon sieht,*

*aha, das läuft schon darauf hinaus. Ja, alles gut. Also deswegen, da hatte man schon so eine Vorahnung. Man war nicht so ganz, es war nicht alles ganz neu. Es waren viele Dinge Wiederholung, heißt heute auch zum Teil vielleicht anders. Also manche Sachen kannte man. [...] Ja, aber diese Sachen auch, dass man es einmal erzählt oder einmal macht und erzählt, was gab es da noch, einmal selber macht, es waren aber vier Sachen [Vier-Schritt-Methode nach Peyton; Anm. d. V.] [...] Aber diese Sachen kannte man im Grunde auch aus @Hobby 1@“ (Transkript\_P3\_2, Pos. 695–717)*

In dieser Interviewsequenz werden verschiedene didaktische Methoden aus der medizindidaktischen Qualifizierung wiedererkannt, die der interviewten Person bereits bekannt waren. Die Ausführung „Aber diese Sachen kannte man im Grunde auch aus @Hobby 1@“ lässt vermuten, dass einige didaktische Methoden bereits thematisiert wurden. In dem Interviewausschnitt werden zum einen didaktische Methoden zur Gruppeneinteilung und zum anderen Teile der Vier-Schritt-Methode nach Peyton zur Anleitung von praktischen Fertigkeiten aus bereits besuchten Kursen von der interviewten Person beschrieben. Der interviewten Person waren diese didaktischen Methoden „nicht [...] ganz neu“, jedoch kann aus dem Interviewzitat kein Hinweis darauf gefunden werden, dass an diese Vorerfahrungen angeknüpft werden kann. Die didaktischen Methoden werden erkannt und als bekannt identifiziert, jedoch kann beispielsweise die Vier-Schritt-Methode nach Peyton von der interviewten Person nicht vollständig wiedergegeben werden. Deswegen kann diese Interviewpassage als Wiedererkennen von didaktischen Methoden interpretiert werden.

Das **Anknüpfen an didaktisches Vorwissen** während der medizindidaktischen Qualifizierung kann in den Daten durch die Teilnahme an Kursen im akademischen Kontext und nicht akademischen Kursen identifiziert werden. Diese didaktischen Vorerfahrungen ermöglichen es, an dem Vorwissen anzuknüpfen und basierend darauf die eigenen Fertigkeiten und die Lehre weiterzuentwickeln.

*„Ich glaube, es hat mir geholfen [bereits didaktische Vorerfahrungen zu haben; Anm. d. V.], so ein allgemeines Verständnis für die Dinge zu haben. Und deren Wichtigkeit zu erkennen. Und dass ich auch schon in dem ein oder anderen Bereich schon einfach ein Basiswissen, Basismethodik zur Verfügung hatte, die ich jetzt einfach nochmal verfeinern konnte. Und ja, nochmal auch aufpeppen konnte“ (Transkript\_P6\_2, Pos. 198–200)*

In diesem Interviewausschnitt beschreibt die interviewte Person, dass auf der Grundlage der didaktischen Vorerfahrungen an Inhalte der medizindidaktischen Qualifizierung angeknüpft werden kann. Die Daten geben einen Hinweis darauf, dass das didaktische Vorwissen eine positive Wirkung auf den Lerntransfer der interviewten Person ausüben kann. Das Interviewzitat kann so gedeutet werden, dass auf der Grundlage des didaktischen Vorwissens die eigene Lehre weiterentwickelt werden kann und darauf aufbauend Inhalte aus der medizindidaktischen Qualifizierung hilfreich sein können. Hinweise ergeben sich aus den Ausführungen der interviewten Person, dass basierend auf dem Vorwissen die Lehre und die eigenen didaktischen Fertigkeiten „verfeiner[t]“ werden können. Dies lässt den Schluss zu,

dass auf ein Grundwissen, in Form von didaktischem Vorwissen, zurückgegriffen werden kann, damit die Lehre und die didaktischen Fertigkeiten weiterentwickelt werden können. Zusammenfassend lässt sich schlussfolgern, dass die ausgeführten Erfahrungen der Teilnehmenden eine Bedeutung für die aktuelle Lehrtätigkeit aufweisen können. Sowohl durch die Erfahrungen als Lernende und als auch durch die Erfahrungen als Lehrende können die Teilnehmenden sich von konkreten Erfahrungen abgrenzen und Weiterentwicklungsbedarfe für die eigene Lehre benennen.

## 10.4 Erwartungen an die medizindidaktische Qualifizierung

Zu den subjektiven Anreizen der Teilnehmenden zählen neben den obenstehenden individuellen Aspekten auch die Erwartungen. Als definitorische Grundlage werden Erwartungen als Annahmen und Vorstellungen über die medizindidaktische Qualifizierung und deren erfolgreichen Abschluss verstanden. Ferner können der Nutzen der Inhalte und konkrete Annahmen zur Methodik der medizindidaktischen Qualifizierung unter den Erwartungen gefasst werden. Damit sind die empirischen Ergebnisse an die theoretischen Vorannahmen und Forschungsergebnisse anschlussfähig. In diesem Auswertungsschritt werden jene Interviewzitate analysiert, die eine Relevanz für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden aufweisen können und in Form von Wünschen und Hoffnungen im Hinblick auf die medizindidaktische Qualifizierung geäußert werden. Die Erwartungen beziehen sich auf individuelle Annahmen über die Teilnahme und Nützlichkeit der medizindidaktischen Qualifizierung für den Berufsalltag. Es lassen sich aus den Daten Erwartungen identifizieren, die die medizindidaktische Qualifizierung als Erlebnis, die Gelegenheit zu kollegialem Austausch auf Augenhöhe und den allgemeinen Wissenszuwachs thematisieren. Diese Erwartungen werden in dieser Arbeit nicht weiter ausgeführt, sondern nur jene Erwartungen, in denen Hinweise auf eine Relevanz für die Lehrtätigkeit gefunden werden. Im Detail finden sich Erwartungen in Bezug auf den **individuellen Nutzens der medizindidaktischen Qualifizierung für die Lehre** (Kapitel 10.4.1) und die **Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung** (Kapitel 10.4.2), die im Folgenden dargestellt werden und bereits ausdifferenziert in Tabelle 18 erfasst sind.

*Tabelle 18: Übersicht über die Ergebnisse der Erwartungen an die medizindidaktische Qualifizierung*

<p style="text-align: center;"><b>Erwartungen an die medizindidaktische Qualifizierung</b></p> <p><b>Erwartungen zum individuellen Nutzen der medizindidaktischen Qualifizierung für die Lehre</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Didaktische Methoden zum unmittelbaren Einsatz in der Lehre</li><li>- Handlungsanleitung zur professionellen Lehrgestaltung</li></ul>
--

### Erwartungen in Bezug auf die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung

- Möglichkeit der Lehrberatung und gemeinsamen Reflexion der Lehre
- Verknüpfung von Wissensvermittlung und Anwendungsorientierung
- Behandlung spezifischer didaktischer Perspektiven

#### 10.4.1 Erwartungen zum individuellen Nutzen der medizindidaktischen Qualifizierung für die Lehre

Die Erwartungen über die Anwendbarkeit der Lerninhalte, die subjektive Nützlichkeit der Inhalte der medizindidaktischen Qualifizierung und damit einhergehend die Relevanz für die eigene Tätigkeit zeigen sich auch im empirischen Material. Die Daten geben Hinweise auf konkrete Erwartungen bezüglich des individuellen Nutzens für die Lehrtätigkeit und -gestaltung der Teilnehmenden. Spezifischer kann in den Daten zwischen didaktischen Methoden zum unmittelbaren Einsatz in der Lehre und einer Handlungsanleitung zur professionellen Lehrgestaltung als Ausprägungen des individuellen Nutzens differenziert werden (siehe Tabelle 18).

Die Daten geben einen Hinweis darauf, dass der Erwerb von **didaktischen Methoden zum unmittelbaren Einsatz in der Lehre** eine Erwartung der Teilnehmenden an die medizindidaktische Qualifizierung darstellen kann. Die Teilnehmenden erhoffen sich durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung, dort aufgezeigte Methoden für den direkten Einsatz in der eigenen Lehre zu erhalten.

*„I: Woran würden Sie denn festmachen, dass das Didaktiktraining gut war?“*

*B: Ich würde es daran festmachen, dass ich genau neue Methoden oder Tipps und Tricks, die ich dort erlernt habe, auch tatsächlich integrieren kann in meine Lehre, die ich dann mache. Und das schaffe, dann vor allen Dingen auch dauerhaft dann beizubehalten. Dass man es dann einmal ausprobiert. Also das würde ich als gelohnt ansehen, dass man da etwas Neues lernt, was man hinterher für seine Lehre benutzen und davon dann auch profitieren kann“ (Transkript\_P6\_1, Pos. 91–96)*

In der Interviewsequenz wird die Erwartung des Erwerbs von didaktischen Methoden zum unmittelbaren Einsatz in der eigenen Lehre thematisiert. Die interviewte Person hat die Erwartung, dass didaktische Methoden aus der medizindidaktischen Qualifizierung im Kontext der eigenen Lehre „ausprobiert“ und „benutz[t]“ werden können. Diese sprachlichen Äußerungen geben einen weiteren Hinweis darauf, dass das ärztliche Handeln einer spezifischen Handlungslogik unterliegt, die auch für die Lehre Anwendung finden kann. In diesem konkreten Beispiel kann vermutet werden, dass die interviewte Person didaktische Methoden in der medizindidaktischen Qualifizierung kennenlernt und diese dann eine Berücksichtigung in der eigenen Lehre erhalten. Die Daten geben zum einen Hinweise darauf,

dass die Reflexion der Inhalte aus der medizindidaktischen Qualifizierung vor dem Hintergrund der eigenen Lehre erfolgen kann. Zum anderen weisen die Daten darauf hin, dass nach der Reflexion ein unmittelbarer Einsatz in der Lehre angestrebt wird. Die interviewte Person hat die Erwartung, dass neues Wissen aus der medizindidaktischen Qualifizierung im Kontext der eigenen Lehre „ausprobiert“ wird und somit durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung ein unmittelbarer Einsatz erzielt werden kann. Dieses Vorgehen lässt die Vermutung zu, dass neues Wissen in der Praxis getestet und anschließend 1 : 1 in die Lehre „integrier[t]“ werden kann. Diese Handlungslogik lässt Ähnlichkeiten zum ärztlichen Handeln erkennen, dort werden beispielsweise neue Untersuchungstechniken oder Medikamente getestet und danach in die ärztliche Berufspraxis übertragen. Hierbei geschieht keine Anpassung an die Gegebenheiten oder die Patient\*innen, da die Untersuchungstechniken standardisierte Verfahren darstellen und Medikamente eine induzierte Wirkung haben. Aus den Interviewdaten wird nicht klar, ob eine Anpassung der didaktischen Methoden an die Lernenden oder eine Reflexion der Methoden im Kontext der eigenen Lehre angedacht ist. Vielmehr kann durch das Interviewzitat der Eindruck gewonnen werden, dass die interviewte Person die Erwartung hat, dass die didaktischen Methoden zum unmittelbaren Einsatz in der Lehre als individueller Nutzen der medizindidaktischen Qualifizierung für die Lehre agieren können.

Die **Handlungsanleitung zur professionellen Lehrgestaltung** als Erwartung hinsichtlich der Nützlichkeit und Anwendbarkeit der Inhalte im Arbeitsalltag wird in den Daten durch die professionelle Gestaltung der eigenen Lehre anhand von Handlungsanleitungen als erhofftes zukünftiges Verhalten formuliert.

*„Also ich hoffe, dass so ein paar [didaktische; Anm. d. V.] Sachen von der Lehre am Patienten drankommen. Weil das immer so – wie soll ich sagen? – frei Schnauze kreativ ist. Eben halt auch aus meinem Erfahrungsschatz. Also sprich, ich kenne was. Ich zeige ihnen das. Aber da sind wir dann halt auch schon bei ‚see one, do one, teach one‘. Was, glaube ich, zwar ein gutes Konzept ist, aber nur eine Ausrede dafür, dass man nur zweimal Zeit hatte“ (Transkript\_P1\_1, Pos. 401–405)*

In diesem Interviewausschnitt wird die didaktische Lehrgestaltung der interviewten Person basierend auf Erfahrungswissen dargestellt und der Wunsch nach einer Anleitung zum professionellen Handeln im Rahmen der Lehrgestaltung thematisiert. Diese Sequenz gibt einen Hinweis darauf, dass durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung eine Handlungsanleitung zur professionellen Lehrgestaltung erhofft wird. Anhaltspunkte bietet die Ausführung der interviewten Person „ein paar [didaktische; Anm. d. V.] Sachen von der Lehre am Patienten“, die auf einen Wunsch nach didaktischen Methoden für die Lehre mit Patient\*innen hinweisen kann. Die Erwartung der interviewten Person kann so gedeutet werden, dass durch die medizindidaktische Qualifizierung die Lehrgestaltung auf der Grundlage von Handlungsanleitungen durchgeführt werden kann. Diese Handlungsanleitung kann basierend auf der Kritik an dem „Konzept“ der Lehrmethode „see one, do one, teach one“

verstanden werden. Demnach kann vermutet werden, dass die interviewte Person weitere Lehrmethoden als Handlungsanleitung für die Lehre mit Patient\*innen wünscht. In diesem Interviewzitat wird deutlich, dass die professionelle und didaktische Umsetzung der Lehre für die interviewte Person im Gegensatz zu der erfahrungsbasierten Durchführung der Lehre steht. Basierend auf der Erwartung der interviewten Person kann geschlussfolgert werden, dass zur professionellen Lehrgestaltung die medizindidaktische Qualifizierung in Form einer Handlungsanleitung einen Beitrag leisten kann. Für die Lehrtätigkeit und den Lerntransfer kann dies bedeuten, dass die interviewte Person eine Weiterentwicklung in der Lehre forciert; daher kann vermutet werden, dass die Erwartung an eine Handlungsanleitung zur professionellen Lehrgestaltung angesprochen wird.

Aus den analysierten Interviewsequenzen kann geschlussfolgert werden, dass die Erwartungen an zukünftiges Verhalten durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung auf dem individuellen Nutzen für die Lehre basieren. So können in den Daten der Erwerb von didaktischen Methoden zum unmittelbaren Einsatz in der Lehre und eine Handlungsanleitung zur professionellen Lehrgestaltung als Erwartungen der Teilnehmenden herausgearbeitet werden. Die Teilnehmenden erwarten neue Denkanstöße, Inhalte und Konzepte, die sie im Kontext der eigenen Lehre verwenden können. Zusammenfassend lässt sich für die Erwartungen über den individuellen Nutzen der medizindidaktischen Qualifizierung für die Lehre der Teilnehmenden in den Daten zeigen, dass die Weiterentwicklungspotentiale von den Teilnehmenden im Vorfeld der medizindidaktischen Qualifizierung im Kontext der Lehre eingeschätzt werden und daraus eine Reflexion über den individuellen Nutzen für die Lehre und damit einhergehend Qualifizierungsbedarfe abgeleitet werden.

#### 10.4.2 Erwartungen in Bezug auf die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung

Wie bereits in Kapitel 4.6.1 aufgezeigt, können die Erwartungen der Teilnehmenden im Hinblick auf die Ausgestaltung einer Weiterbildung das Lernen und den Lerntransfer beeinflussen. Aus den Daten können die spezifischen Erwartungen zur Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung herausgearbeitet werden. Hierbei können im empirischen Material die Möglichkeit der Lehrberatung und gemeinsamen Reflexion der Lehre, die Verknüpfung von Wissensvermittlung und Anwendungsorientierung sowie die Behandlung spezifischer didaktischer Perspektiven als Erwartungen an die inhaltliche Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung differenziert werden (siehe Tabelle 18).

Für die inhaltliche Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung lässt sich in den Daten zum einen die **Möglichkeit der Lehrberatung und gemeinsamen Reflexion der Lehre** als Erwartung identifizieren. Die Teilnehmenden erhoffen sich durch die

medizindidaktische Qualifizierung neue Inhalte, die im Kontext der eigenen Lehre reflektiert werden können. Die Daten geben einen Hinweis darauf, dass die Teilnehmenden den Wunsch haben, eine Lehrberatung, in Form eines Coachings während der medizindidaktischen Qualifizierung, als einen reflexiven Prozess zur Weiterentwicklung der Lehre durchzuführen.

*„Es gibt einfach viele Dinge, die eben vom Arbeitsablauf her so klar sind, dass Sie halt einfach jemanden brauchen, der Sie ausbremst und sagt: ‚Wieso machst du das jetzt so? Wieso jetzt so? Wieso kommt der Schritt nach dem Schritt? Wenn ich hier nebenan stehe, scheint es anders herum doch viel sinnvoller.‘ Und das sind so Dinge, da braucht man wirklich jemanden, der einen dann im Sinne dieses ‚Train the Trainer‘ praktisch ausbremst und hinterfragt, warum man was jetzt so macht. Und einen dann zwingt, es in der Ausbildung von der anderen Seite her zu erklären. Deswegen bin ich gespannt [...] letztendlich muss man auch offen zugeben, man ist nach @über 20 Jahren@ in einem Fach ist man zu einem gewissen Grad Fachidiot und setzt vieles voraus bei seinem Gegenüber, was vielleicht gar nicht da ist. Und das ist, denke ich, vielleicht ganz sinnvoll, wenn man in Anführungszeichen nochmal back to the roots geschickt wird“ (Transkript\_P2\_1, Pos. 225–250)*

In dieser Interviewsequenz wird der Wunsch nach der Möglichkeit einer individuellen Lehrberatung und gemeinsamen Reflexion der Lehre während der medizindidaktischen Qualifizierung geäußert. Durch die über 20-jährige Berufspraxis der interviewten Person sind medizinische Abläufe und ärztliche Vorgehensweisen verinnerlicht und können als selbstverständlich verstanden werden. Die Ausführungen in der Interviewpassage geben einen Hinweis darauf, dass durch die medizindidaktische Qualifizierung eine gemeinsame Reflexion der Lehre angestoßen werden kann. Wie die interviewte Person beschreibt, möchte sie, dass die medizindidaktische Qualifizierung in dem alltäglichen, routinierten Handeln „aus[ge]bremst“ und „back to the roots geschickt“ wird. Beide Formulierungen lassen den Schluss zu, dass durch die medizindidaktische Qualifizierung das alltägliche, routinierte Handeln gestoppt werden soll und eine individuelle Lehrberatung erwartet werden kann. Für die Lehre kann dies bedeuten, dass die über Jahre etablierte routinierte Lehre einem gemeinsamen Reflexionsprozess unterzogen werden kann und somit grundlegende Anforderungen an Lehrgestaltung wieder mehr in den Fokus gerückt werden können. Diese grundlegenden Anforderungen können durch die Äußerung, „back to the roots geschickt“ zu werden, vermutet werden, die auf eine individuelle Lehrberatung, ähnlich einem Coaching, schließen lässt. Somit liefert dieses Interviewzitat einen Hinweis darauf, dass die gemeinsame Reflexion der eigenen Lehre sowie eine individuelle Lehrberatung Erwartungen der Teilnehmenden zur Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung darstellen können. Für die Lehrtätigkeit und den Lerntransfer kann dies bedeuten, dass von einer Absicht zur Weiterentwicklung der Lehre ausgegangen werden kann, diese Weiterentwicklung jedoch durch andere Personen im Rahmen individueller Lehrberatung und gemeinsamer Reflexion angestoßen werden kann.

Die Daten zeigen, dass zum anderen die **Verknüpfung von Wissensvermittlung und Anwendungsorientierung** eine weitere Erwartung der Teilnehmenden an die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung darstellen kann. Die Daten geben Hinweise darauf,



dass die Teilnehmenden die Erwartung haben, dass theoretische Inhalte in Verbindung mit der Berufspraxis gelehrt werden.

*„Also das eine wird, denke ich, Theorie sein, wie Lernvermittlung funktioniert, und das Zweite ist, wie man es praktisch im Leben umsetzt. Und wenn man da gute Verknüpfungen bekommt und das was ist, was man selber gut anwenden kann, dann ist man, glaube ich, zufrieden mit dem, was man dort [in der medizindidaktischen Qualifizierung; Anm. d. V.] gehört hat“ (Transkript\_P3\_1, Pos. 172–175)*

*„Ich glaube, ich bin sehr aufgeschlossen, ich habe eine Erwartung, dass es sehr praxisorientiert wird (lacht). Natürlich mit einem entsprechenden theoretischen Input, aber dass man viel praktisch arbeiten kann. Dass man das dann tatsächlich eben auch schafft, denn man kann sich das ja theoretisch anhören, aber das heißt noch lange nicht, dass man es schafft, dann hinterher die Praxis umzusetzen. Dass man da wirklich auch Anwendertipps bekommt, wie, und das auch schon lernt, es im Seminar vielleicht schon üben kann, wie man es dann in die Praxis umsetzt“ (Transkript\_P6\_1, Pos. 173–177)*

In beiden Interviewzitatzen wird eine Erwartung an die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung als Wunsch nach der Verknüpfung von Wissensvermittlung und Anwendungsorientierung formuliert. Die Daten geben einen Hinweis darauf, dass nach der Wissensvermittlung eine praxisbezogene Anwendungsorientierung im Rahmen der medizindidaktischen Qualifizierung erwartet wird. Die Art der Anwendungsorientierung wird in den beiden Interviewausschnitten auf unterschiedlichen Ebenen ausdifferenziert. In dem ersten Interviewzitat wird auf einer abstrakten Ebene verblieben. Die Verknüpfung von Wissensvermittlung und Anwendungsorientierung kann hierbei auf der passiven Ebene verortet werden, da die interviewte Person die Erwartungshaltung in Bezug auf das „was man dort gehört hat“, bezieht. In diesem Sinne wären praktische Beispiele aus der Berufspraxis als passive Auseinandersetzung mit der Verknüpfung von Wissensvermittlung und Anwendungsorientierung vorstellbar. In der zweiten Interviewsequenz können Hinweise darauf gefunden werden, dass die Verknüpfung von Wissensvermittlung und Anwendungsorientierung auf der aktiven Ebene erwartet wird, da die interviewte Person beschreibt, dass „man viel praktisch arbeiten kann“ und „das auch schon lernt, es im Seminar vielleicht schon üben kann, wie man es dann in die Praxis umsetzt“. Die aktive Einbindung der Teilnehmenden und damit einhergehend die Möglichkeit, erste praktische Erfahrungen in einem geschützten Rahmen zu machen, stellen eine Erwartung in Bezug auf die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung dar. Die Verknüpfung von Wissensvermittlung und Anwendungsorientierung kann durch die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung adressiert werden, sodass beispielsweise im Rahmen von Simulationen und Übungen die Möglichkeit eröffnet wird, theoretische Modelle und Konzepte im Kontext einer praxisorientierten Aufgabe auszuprobieren. Aus beiden Interviewausschnitten kann geschlussfolgert werden, dass die Erwartung zur Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung die Adressierung der Verknüpfung von Wissensvermittlung und Anwendungsorientierung beinhaltet. Für die eigene Lehrtätigkeit der

Teilnehmenden können diese Erkenntnisse einen Hinweis darauf geben, dass die Teilnehmenden die Absicht verfolgen, durch die medizindidaktische Qualifizierung eine Weiterentwicklung der Lehre anzustreben. Diese Weiterentwicklung kann durch die Adressierung der Verknüpfung von Wissensvermittlung und Anwendungsorientierung unterstützt werden.

Ferner kann in den Daten die Erwartung zur **Behandlung spezifischer didaktischer Perspektiven** identifiziert werden. Diese umfasst die Annahmen und Wünsche über Thematiken, die für die Teilnehmenden relevant sind und deren Behandlung im Rahmen der medizindidaktischen Qualifizierung erwartet werden. Zentral ist hierbei, dass die Teilnehmenden Annahmen über Themen benennen; der Inhalt dieser Erwartungen ist für diesen Auswertungsschritt nicht maßgeblich.

*„Dass man vielleicht so ein paar Tipps und Tricks mitkriegt, wie man vielleicht diesen Unterricht oder dieses Seminar noch interessanter machen kann. Also vielleicht auch neue Techniken, also so eine Aufmache für einen Start in so ein Seminar oder in so eine Thematik hinein“ (Transkript\_P5\_1, Pos. 154–156)*

*„Also ich hoffe, dass so ein paar Sachen von der Lehre am Patienten drankommen. Weil das immer so – wie soll ich sagen? – frei Schnauze kreativ ist [...] Und also sowas wirklich Didaktik am Patienten. Da hätte ich gerne ein bisschen mehr“ (Transkript\_P1\_1, Pos. 401–409)*

In diesen Interviewausschnitten wird die Erwartung, in Form von Wünschen, nach der Behandlung spezifischer didaktischer Perspektiven angesprochen. Für diese Auswertung sind die didaktischen Perspektiven und Themen inhaltlich nicht relevant, sondern vielmehr die Äußerungen der Teilnehmenden über den Wunsch zur Thematisierung von spezifischen Perspektiven. Diese Äußerungen geben einen Hinweis darauf, dass die Teilnehmenden sich im Vorfeld über den Weiterentwicklungsbedarf der eigenen didaktischen Fähigkeiten und die Weiterentwicklungspotentiale der eigenen Lehre Gedanken gemacht haben. So kann in dem zweiten Interviewzitat ein Weiterentwicklungsbedarf identifiziert werden, wonach die interviewte Person auf der Grundlage der Reflexion der Lehre die Behandlung spezifischer didaktischer Perspektiven formuliert. Vor diesem Hintergrund kann vermutet werden, dass die Erwartung der Teilnehmenden zur inhaltlichen Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung einen reflexiven Prozess der Weiterentwicklungsbedarfe und -potentiale beinhaltet, aus dem dann Wünsche nach der Behandlung spezifischer didaktischer Perspektiven expliziert werden. In diesem Zusammenhang kann auf die oben ausgeführte fehlende Nutzenerwartung hingewiesen werden, die zu einem Lernhindernis führen kann. Daher kann die Erwartung über den Nutzen und die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung als unterstützendes Element im Transferprozess angesehen werden.

Zusammenfassend kann für die Erwartungen der Teilnehmenden zur Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung anhand der Daten aufgezeigt werden, dass im Vorfeld der Qualifizierung bereits Annahmen über die Weiterentwicklungsbedarfe und -potentiale

vorherrschend waren. Basierend auf diesen werden Annahmen über die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung formuliert, die einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Lehre leisten können. Dies deutet darauf hin, dass die Teilnehmenden mit einer klaren Erwartung an der medizindidaktischen Qualifizierung teilnehmen und bereits vor der Teilnahme Annahmen über förderliche Bedingungen im Rahmen der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung formulieren.

## 11. Lerntransfer

Lerntransfer kann in dieser Arbeit die Erhöhung einer Handlungsfähigkeit, die Bewältigung von Handlungsproblemen, einen Anstoß zum Weiterlernen wie auch das Fortführen eines Lernprozesses darstellen. Es können Aussagen zur Lehrgestaltung aus den Daten herausgearbeitet werden, die jedoch nicht im Zusammenhang mit der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung stehen; daher werden im Folgenden nur jene Dimensionen ausgeführt, die auf einen Lerntransfer in Bezug zu der medizindidaktischen Qualifizierung hinweisen können. Die Daten lassen keinen Schluss auf die Wirkung der medizindidaktischen Qualifizierung auf die Lehre und die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden zu. Vielmehr können durch die Interviewpassagen Hinweise auf einen Vorher-nachher-Vergleich aus der Perspektive der Teilnehmenden gezogen werden. Die Frage, inwiefern die medizindidaktische Qualifizierung zu einer Veränderung innerhalb der Lehre und der Lehrtätigkeit geführt hat, kann diese Arbeit mit dem empirischen Forschungsdesign nicht beantworten. Um Hinweise auf Veränderungen nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung zu liefern, werden in diesem Kapitel Indizien gesammelt; worauf diese jedoch zurückzuführen sind, kann nicht benannt werden. Bei der Bearbeitung der Forschungsfrage können drei Bereiche des Lerntransfers identifiziert werden, die eine Bedeutungszuschreibung durch die Teilnehmenden nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung erfahren. Hierbei können aus dem empirischen Material die **Identifikation von Weiterentwicklungspotentialen in der Lehre** (Kapitel 11.1), die **Veränderungen im Verhalten der Teilnehmenden** (Kapitel 11.2) und die **Reflexion der eigenen Lehre nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung** (Kapitel 11.3) herausgearbeitet werden.

### 11.1 Identifikation von Weiterentwicklungspotentialen in der Lehre

Nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung kann basierend aus den Interviewdaten eine Identifikation von Weiterentwicklungspotentialen in der Lehre herausgearbeitet werden (siehe Tabelle 19). Hierbei benennen die Teilnehmenden konkrete Weiterbildungsmöglichkeiten für die eigene Lehre und die medizinische Lehre allgemein. Als Potentiale werden Möglichkeiten zur Weiterentwicklung angesehen, die von den

Teilnehmenden nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung benannt werden. Die Daten lassen die Vermutung zu, dass dieser Prozess der Identifikation durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung angestoßen oder beeinflusst wird. Wie Tabelle 19 zu entnehmen ist, kann zwischen organisationalen Strukturen zum Austausch über Lehre, einer Einforderung der Unterstützung von Kolleg\*innen, einer Stärkung des Bewusstseins für die Lehrtätigkeit im Kollegium und einer inhaltlichen Ausrichtung der Lehre an der ärztlichen Berufspraxis als inhaltlichen Dimensionen im empirischen Material differenziert werden.

*Tabelle 19: Übersicht über die Ergebnisse der Identifikation von Weiterentwicklungspotentialen in der Lehre*

<b>Identifikation von Weiterentwicklungspotentialen in der Lehre</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Organisationale Strukturen zum Austausch über Lehre</li><li>- Einforderung der Unterstützung von Kolleg*innen</li><li>- Stärkung des Bewusstseins für die Lehrtätigkeit im Kollegium</li><li>- Inhaltliche Ausrichtung der Lehre an der ärztlichen Berufspraxis</li></ul>

Der Wunsch nach **organisationalen Strukturen zum Austausch über Lehre** nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung kann als ein Aspekt der Identifikation von Weiterentwicklungspotentialen in der Lehre und einer weiteren Beschäftigung mit Medizindidaktik interpretiert werden. Die Daten geben Hinweise darauf, dass die Teilnehmenden den Wunsch nach einem kollegialen Austausch über die Lehre äußern, der von der Organisation initiiert werden soll.

*„Mhm, ich glaube, ich fände es gar nicht schlecht, wenn man sich einfach in regelmäßigen Abständen immer mal wieder mit Leuten austauscht. Es muss ja jetzt nicht zwingend über so eine Kleinseminarreihe wieder sein. Aber dass man vielleicht auch einfach sowas wie einen offenen Stammtisch für Lehre, das ist einfach nur mal eine Idee, in dem man sich Lehrinteressierte auch einfach treffen können, sich darüber auch nochmal austauschen können, das ist mal so eine Idee. [...] Oder so einen Tag der Lehre. Einfach so eine Veranstaltung pro Semester, in der man die Möglichkeit hätte, sich einfach nochmal auszutauschen. Das wäre vielleicht noch, was ich mir wünschen würde.“ (Transkript\_P6\_2, Pos. 163–169)*

In diesem Interviewzitat wird der Wunsch nach Strukturen zum Austausch über Lehre thematisiert. Nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung äußern die Teilnehmenden das Bedürfnis, regelmäßig in organisational etablierten Veranstaltungen über Lehre zu sprechen. Aus den Daten kann vermutet werden, dass dieser Wunsch erst nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung geäußert wurde, da in dem ersten Interview kein Hinweis auf einen Bedarf an organisationalen Strukturen zum Austausch über Lehre gefunden werden kann. Dies kann als ein Hinweis auf eine expansive Lernmotivation

nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung gedeutet werden, da dieser Austausch für „*Lehrinteressierte*“ etabliert werden soll. Dies deutet darauf hin, dass die interviewte Person an der Lehre und dem Austausch über diese Interesse zeigt. In Bezug zum Lerntransfer und den Teilnehmenden kann auf der Grundlage dieser Aussage von einer Transfermotivation ausgegangen werden, da die Daten Hinweise darauf gehen, dass die interviewte Person die Absicht verfolgt, Veränderungen in der Lehre zu initiieren.

Die **Einforderung der Unterstützung von Kolleg\*innen** kann als weiteres Potential zur Weiterentwicklung der Lehre von den Teilnehmenden identifiziert werden. Die Teilnehmenden benennen den Wunsch nach kollegialer Unterstützung bei der Berücksichtigung von medizindidaktischen Themen in der Lehre nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung.

*„B: Also doch, die [die Kolleg\*innen; Anm. d. V.] merken das schon, das man sowas [medizindidaktische Qualifizierung; Anm. d. V.] gemacht hat. Aber natürlich nicht so, wie wir es hier gelernt haben. Also diese Ausprägung hier, die war ja perfektioniert, das war schon so. Aber das zu übertragen, das kriegen Sie kaum hin, ne.*

*I: Was bräuchten Sie denn, damit Sie das übertragen können?*

*B: Zeit und Mitstreiter. Ich brauche noch einen Zweiten. [...] Sie brauchen eigentlich einen Mitstreiter, mit dem Sie das eigentlich auch bearbeiten können. Weil das war ja hier [während der medizindidaktischen Qualifizierung; Anm. d. V.] auch so. Wenn man irgendwas entwerfen will, so eine SOP, dann ist man zu viert, weil das Brain ist halt mehr, das ist halt gut vernetzt, das System. Wenn Sie das alleine machen, geht das nicht. Und deshalb war auch so die Idee, ob man nicht irgendwie im nächsten Jahr einen schickt [zu der medizindidaktischen Qualifizierung; Anm. d. V.], der mit einem das macht. [...] wo man weiß, worüber man da redet. Wo man immer dann gegenseitig Tipps geben kann. Wo man sagt: ‚Pass auf, ich mache da mal einen Teil und schicke dir das rüber.‘ Dann macht der das weiter und dann kriegst du wieder Input zurück [...] Ja, und Sie brauchen auch einen Zweiten, sonst ist es, glaube ich, verloren.“ (Transkript\_P3\_2, Pos. 598–626)*

In dieser Interviewpassage wird der Wunsch nach kollegialer Unterstützung bei der Umsetzung von und Beschäftigung mit didaktischen Themen gefordert. Die interviewte Person beschreibt, dass das „[Ü]bertragen“ von didaktischen Elementen in die Lehre ohne weitere Unterstützung, in Form einer weiteren Person, als Herausforderung angesehen werden kann. Daher kann vermutet werden, dass durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung der Bedarf an weiterer Unterstützung angestoßen wird. Somit kann ein Weiterentwicklungspotential von der interviewten Person identifiziert werden, bei dem die Unterstützung von Kolleg\*innen eingefordert wird. Diese Einforderung kann durch die Ausführung „*Und deshalb war auch so die Idee, ob man nicht irgendwie im nächsten Jahr einen schickt [zu der medizindidaktischen Qualifizierung; Anm. d. V.]*“ vermutet werden, die darauf hinweisen kann, dass gezielt Kolleg\*innen ausgewählt werden, die an der medizindidaktischen Qualifizierung teilnehmen sollen und daher „[ge]schickt“ werden. Die Identifizierung dieses Weiterentwicklungspotentials kann basierend auf der Rückfrage „*Was bräuchten Sie denn, damit Sie das übertragen können?*“ definiert werden, da die interviewte

Person durch die Reflexion der eigenen Bedarfe die Unterstützung der Kolleg\*innen benennt. Somit kann die Einforderung der Unterstützung der Kolleg\*innen als ein Aspekt des Lerntransfers angesehen werden, der ein Weiterentwicklungspotential in der Lehre adressiert.

Als weiteres Ergebnis des Lerntransfers kann aus den Daten die **Stärkung des Bewusstseins für die Lehrtätigkeit im Kollegium** identifiziert werden. Diese Stärkung des Bewusstseins für die Lehrtätigkeit kann als ein Weiterentwicklungspotential in der Lehre verstanden werden. Das Bewusstsein kann als eine Aufmerksamkeit und Bedeutsamkeit für die Lehre und die Lehrtätigkeit verstanden werden. Die Teilnehmenden empfehlen die Beschäftigung mit Medizindidaktik für alle Ärzt\*innen, die lehren. Darüber hinaus machen die Teilnehmenden Vorschläge für Möglichkeiten zur Stärkung des Bewusstseins für die Lehre und die Lehrtätigkeit.

*„I: Wem würdest du das Training denn empfehlen?“*

*B: Ähm, ja. Also letztlich wäre es gut, wenn das alle Ärzte machen würden [...] Für die aber, die hier doch längerfristig bleiben wollen und die eine universitäre Karriere anstreben, die sollten das tun. [...] vielleicht, dass man auch mehr- die kriegen diesen Einführungstag, ich weiß jetzt nicht, wie der aufgebaut ist. Wenn man ehrlich ist, wenn sie den Einführungstag kriegen, haben sie ja schon alles gesehen oder das meiste [...] Vielleicht könnte man stattdessen irgendwie zeigen: Okay, wir haben auch Studenten. Und wie kann man das umsetzen? [...] Aber dann auch, dass die mitbekommen: Na klar, jetzt sind wir auf der anderen Seite. Und die gerade da am Schopf zu packen und zu sagen: ‚Ihr müsst Lehre machen und ihr solltet- ihr wisst, wie schwierig das ist. Und jetzt seid ihr so frisch mit euren auch Erinnerungen aus der Studienzeit.‘ Vielleicht kann man da noch die Leute gut motivieren, ja“ (Transkript\_P4\_2, Pos. 173–192)*

In dieser Interviewpassage wird der Vorschlag unterbreitet, das Bewusstsein für die Lehrtätigkeit im Kollegium zu stärken. Diese Stärkung des Bewusstseins kann nach den Ausführungen der interviewten Person durch Transparenz über die Aufgabe der Lehrtätigkeit und die Herausforderungen erfolgen. Die Daten geben Hinweise darauf, dass diese Stärkung im Rahmen des Einführungstages für neue Mitarbeiter\*innen bereits beginnen kann, indem auf die Lehrtätigkeit und deren Bedeutung hingewiesen wird. Eine Herausforderung kann durch die Ausführung *„Ihr müsst Lehre machen und ihr solltet- ihr wisst, wie schwierig das ist“* vermutet werden. Ferner berichtet die interviewte Person, dass alle Ärzt\*innen an der medizindidaktischen Qualifizierung teilnehmen sollten, insbesondere die Ärzt\*innen, die an einer Universitätsklinik arbeiten. Für den Lerntransfer der Teilnehmenden kann daraus eine Identifikation von Weiterentwicklungspotentialen erkannt werden, da nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung eine Stärkung des Bewusstseins für die Lehrtätigkeit im Kollegium gefordert wird.

Als weiteres Weiterentwicklungspotential kann in den Daten die **inhaltliche Ausrichtung der Lehre an der ärztlichen Berufspraxis** identifiziert werden. Die Teilnehmenden äußern Weiterentwicklungsvorschläge, um bestehende E-Learning-Fälle mehr an der ärztlichen Berufspraxis zu orientieren. Die E-Learning-Fälle in diesem Interviewausschnitt bestehen aus

einem klinischen Fall, bei dem Patient\*innen mit Symptomen vorgestellt werden und die Lernenden diagnostische und therapeutische Verfahren auswählen müssen.

*„Also insgesamt einfach nach und nach Sachen verändern. Also ganz konkret, was wir besser machen wollen, sind die E-Learning-Fälle, die schlecht sind. Also es geht nicht darum, einfach alles auf die Onlineplattform zu heben, sondern einfach darum, dass die Studierenden lernen, an diesen E-Learning-Fällen klinisch zu denken. Die lernen ja bis jetzt eher so Krankheiten, dann ist das aber am Patienten andersherum. Wir haben einen Patienten und der hat Beschwerden und wir müssen verstehen, was er für eine Krankheit hat. Und damit haben die enorme Schwierigkeiten. Diesen Transfer zu schaffen. Und dass wir durch vielleicht gute E-Learning-Fälle im Rahmen unserer Ausbildung @in Fachrichtung 1@ schaffen, diesen Transfer irgendwie zu ermöglichen. [...] ‚Gute Fälle‘ heißt realistisch, weniger Auswahlmöglichkeiten, gute Bilder. Laufende Videosequenzen, klare Videosequenzen. Wirklich mehrere Fragen hintereinander und auch eben mit Therapiemöglichkeiten“ (Transkript\_P4\_2, Pos. 300–316)*

In dieser Interviewpassage werden Weiterentwicklungspotentiale für die E-Learning-Fälle von der interviewten Person angesprochen. Es wird der Wunsch geäußert, die inhaltliche Ausrichtung der Lehre mehr an der ärztlichen Berufspraxis zu orientieren. Die interviewte Person betont dabei, dass es wichtig sei, dass die Lernenden lernen, „klinisch zu denken“. Um dies zu unterstützen, können die E-Learning-Fälle an die ärztliche Berufspraxis angepasst werden. Für den Lerntransfer kann dies bedeuten, dass nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung die Bedeutsamkeit zur inhaltlichen Ausrichtung der Lehre an der ärztlichen Berufspraxis geäußert wird. In den bereits analysierten Daten gibt es Hinweise darauf, dass bei der Wissensvermittlung in der Medizin die Orientierung an der ärztlichen Berufspraxis (Kapitel 7.2.3) bereits fokussiert wird. Diese Orientierung soll bei der inhaltlichen Ausrichtung der E-Learning-Fälle ebenfalls berücksichtigt werden. Die Erkenntnis, dass es bereits Bemühungen um eine Orientierung an der ärztlichen Berufspraxis innerhalb der Lehre in der Medizin gibt, kann bei der inhaltlichen Ausrichtung der E-Learning-Fälle unterstützend wirken, da es bereits Beispiele für diese Orientierung an der ärztlichen Berufspraxis gibt.

## 11.2 Veränderungen im Verhalten der Teilnehmenden

In diesem Kapitel werden Hinweise auf Veränderungen im Verhalten der Teilnehmenden thematisiert. Die Veränderungen lassen sich zeitlich nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung verorten. Die Veränderungen im Verhalten der Teilnehmenden werden basierend auf der Lehrtätigkeit und dem ärztlichen Berufsalltag differenziert dargestellt. Da in den bisherigen Analysen bereits deutlich wird, dass teilweise implizit durch die ärztliche Berufspraxis gelehrt wird (Kapitel 7.1) und eine berufliche Sozialisation als Arzt/Ärztin eine Art der Lehrgestaltung (Kapitel 7.2.2) darstellen kann, erhalten auch die Veränderungen, die nicht primär auf die reine Lehrtätigkeit bezogen sind, eine Relevanz in dieser Analyse. Darin sind Aspekte des ärztlichen Berufsalltags inbegriffen, die nicht primär eine klassische Lehr-/Lernsituation darstellen. Diese Differenzierung der

Veränderungen im Verhalten der Teilnehmenden kann Tabelle 20 entnommen werden und wird in den folgenden Kapiteln zu den **Veränderungen in Bezug zur Lehrtätigkeit** (Kapitel 11.2.1) und den **Veränderungen in Bezug zum ärztlichen Berufsalltag** (Kapitel 11.2.2) ausgeführt.

*Tabelle 20: Übersicht über die Ergebnisse der Veränderungen im Verhalten der Teilnehmenden*

<b>Veränderungen im Verhalten der Teilnehmenden</b>
<b>Veränderungen in Bezug zur Lehrtätigkeit</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Mehr Selbstsicherheit in der Lehre durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung</li><li>- Identifizieren von Lehrmomenten im klinischen Alltag</li><li>- Transparenz über die Lernziele einer Veranstaltung</li><li>- Didaktisches Vorgehen bei der Anleitung praktischer Fertigkeiten</li><li>- Strukturierung von Vorträgen</li><li>- Nutzung von Feedbackelementen</li><li>- Relevanz von Medizindidaktik für die Teilnehmenden</li></ul>
<b>Veränderungen in Bezug zum ärztlichen Berufsalltag</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Medizindidaktische Qualifizierung als Denkanstoß für den ärztlichen Berufsalltag</li><li>- Berücksichtigung von didaktischen Elementen im ärztlichen Berufsalltag</li></ul>

### 11.2.1 Veränderungen in Bezug zur Lehrtätigkeit

In Bezug auf die Lehrtätigkeit können in den Daten Hinweise gefunden werden, die auf eine Veränderung nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung schließen lassen. Hinweise auf Veränderungen können demnach primär zeitlich anhand des Vergleichs vor und nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung verortet werden. Jedoch geben die Daten Hinweise darauf, dass die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung etwas zu einer Veränderung in Bezug auf die Lehrtätigkeit beigetragen haben kann. Dies kann daran identifiziert werden, dass die Teilnehmenden entweder eine Wirkung aus der medizindidaktischen Qualifizierung benennen oder Begrifflichkeiten und Konzepte aus der Qualifizierung verwenden. In Tabelle 20 können die Veränderungen in Bezug zu der Lehrtätigkeit der Teilnehmenden veranschaulicht werden.

In den Daten kann **mehr Selbstsicherheit in der Lehre durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung** als ein Aspekt der Lehrtätigkeit identifiziert werden. Die Teilnehmenden berichten nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung über



eine neue Sicherheit, insofern als auf ein Repertoire an Methoden zurückgegriffen werden kann, das während der medizindidaktischen Qualifizierung besprochen wird.

*„I: Sie sind jetzt wieder in der Klinik und machen Ihre Lehrveranstaltungen. Wie war das jetzt für Sie, nachdem Sie das Training besucht haben?“*

*B: Ich glaube, dass man, wenn man offen dafür ist und so ein paar Techniken auch mitnimmt, dass das natürlich auch dann ne - also noch eine bestimmte Sicherheit gibt. Weil man weiß, okay, man hat das da mal theoretisch dann durchgesprochen. [...] Und dann hat man sozusagen Techniken auch an die Hand bekommen, die einem vielleicht helfen können, diese Situation erfolgreich zu lösen. Ich glaube, das ist ein Pluspunkt, dass man dort [in der medizindidaktischen Qualifizierung; Anm. d. V] so ein Stück neue Sicherheit gewonnen hat. [...] allein das Bewusstsein, dass man so ein Repertoire an Techniken hat, glaube ich, löst damit, glaube ich, auch aus, dass man vielleicht auch ein ganz anderes Auftreten hat. Und dadurch ein ganz neues, vielleicht auch ganz anderes Selbstbewusstsein hat. Den Studierenden oder den Lernenden gegenüber“ (Transkript\_P5\_2, Pos. 181–194)*

In dieser Interviewsequenz wird über eine neue Selbstsicherheit in der Lehre berichtet, die zeitlich nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung zu verorten ist. Die interviewte Person beschreibt, dass durch die Thematisierung von didaktischen Methoden während der medizindidaktischen Qualifizierung ein „*Stück neue Sicherheit gewonnen*“ werden kann. Diese Selbstsicherheit wird von der interviewten Person auf konkrete Inhalte aus der medizindidaktischen Qualifizierung bezogen und auch als ein „*Repertoire an Techniken*“ beschrieben. Dies kann darauf hindeuten, dass der Lerntransfer in dieser Hinsicht zum einen das Bewusstsein für und die Gewissheit über ein Repertoire an Methoden und zum anderen eine Handlungsanleitung für Lehrsituationen darstellen kann. Diese Handlungsanleitung kann durch die Ausführungen der interviewten Person vermutet werden, da Situationen in der Lehre bereits während der medizindidaktischen Qualifizierung thematisiert werden und damit auf eine Handlungssicherheit hindeuten können. Daher kann auf eine Veränderung geschlossen werden, die mehr Selbstsicherheit in der Lehre durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung beinhaltet.

Eine weitere Veränderung in Bezug zur Lehrtätigkeit der Teilnehmenden stellt das **Identifizieren von Lehrmomenten im klinischen Alltag** dar. Die Teilnehmenden benennen nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung die Lehre anhand von Momenten, die im klinischen Alltag stattfinden. Die Teilnehmenden verwenden zur Beschreibung dieser Lehrmomente den Begriff der „teachable moments“.

*„Also ich versuche auch bei der Visite zu lehren, wenn wir Studierende haben. Ich lasse die immer mit untersuchen, heute zum Beispiel auch. Und dann frage ich auch manchmal. Einfach so die teachable moments dann: ‚Ah, und weißt du das und weißt du das?‘ Das klappt eigentlich ganz gut. Und ja, ich versuche, ganz bewusst die Studierenden zu fragen, was sie schon wissen, um darauf aufzubauen“ (Transkript\_P4\_2, Pos. 16–19)*

*„Mhm. Also manchmal ist es wirklich so, dass man sagt, ganz gezielt. Wie diese Geschichte mit @medizinisches Arbeitswerkzeug 1@. Da wissen Sie, dass das irgendwann kommt. Aber Sie können natürlich nicht den konkreten Zeitplan planen. Da sage ich: ‚Pass auf, guck dir das zweimal an. Irgendwann kommt der Tag, da geht das.‘ Und der kam dann ja wirklich. Der hätte*

*auch zwei Wochen später kommen können. Aber da müssen Sie in dem Moment das im Grunde sich erinnern, ich wollte da jetzt was beibringen. Und dann müssen Sie sich zurücknehmen, aber dann müssen Sie sich auch die Zeit nehmen. [...] So teachable moments müssen Sie erkennen. Das sind Dinge, die sehen Sie. Reagieren dann noch nicht ganz drauf, haben vielleicht noch so ein Gedankenspiel, während Sie in den OP gehen. Sich da umziehen. Und sagen: Beim nächsten Mal kasch' ich mir sie.“ (Transkript\_P3\_2, Pos. 207–221)*

In dieser Interviewpassage wird das Identifizieren von Lehrmomenten im klinischen Alltag der interviewten Personen beschrieben. Die Daten lassen vermuten, dass während der ärztlichen Berufspraxis Situationen identifiziert werden, die als Lehrmomente dienen können. Die Teilnehmenden sprechen von „teachable moments“, jedoch geben die Daten Hinweise darauf, dass dieser Begriff stellvertretend für Lehrmomente im klinischen Alltag steht, da das Prinzip der Umsetzung der „teachable moments“ nicht verfolgt wird. Dabei werden Lehrmomente identifiziert, diese jedoch nicht nach dem Prinzip umgesetzt (siehe Kapitel 2.3). Das Prinzip der „teachable moments“ wird im Rahmen der medizindidaktischen Qualifizierung gelehrt. Es kann somit vermutet werden, dass nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung die Teilnehmenden für das Identifizieren von Lehrmomenten die Begrifflichkeit der „teachable moments“ verwenden, jedoch das dahinterliegende Prinzip nicht nutzen. Es kann somit hervorgehoben werden, dass die Teilnehmenden konkrete Lehrmomente benennen und im klinischen Alltag nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung erkennen können, was als eine Veränderung zu betrachten ist, da diese Begrifflichkeiten aus der medizindidaktischen Qualifizierung stammen und zuvor in keinem Interview thematisiert wurden.

Darüber hinaus kann nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung aus den Daten herausgearbeitet werden, dass die Teilnehmenden didaktische Elemente in ihrer Lehre verwenden. Dabei erhält die **Transparenz über die Lernziele einer Veranstaltung** eine Bedeutung für die Teilnehmenden. Die Daten weisen darauf hin, dass die Teilnehmenden am Beginn einer Lehreinheit die Lernziele definieren und diese den Lernenden transparent kommunizieren, um abschließend auf sie zurückzukommen.

*„Also das Bedside-Teaching ist so, dass man die Studenten abholt an der Pforte. [...] Und dann sagen am Patienten Anamnese erheben lässt und auch untersuchen lässt. Oder ich mache das als gesammelte Visite, dass ich alle auf einmal mitnehme, je nachdem wie viele es sind. Und dann würde ich jetzt sagen nach meinem Lern- Medizindidaktik-Seminar schon im Vorfeld klar also die Lernziele definieren. Das habe ich vorher nicht gemacht. Das habe ich jetzt mit übernommen. Also dass man vorher schon klarmacht, auf was es mir in dieser Unterrichtseinheit ankommt. [...] Dass man auch dann vorher das klar definiert, dann die Unterrichtseinheit macht und dann hinterher auch nochmal drüber spricht und nochmal wirklich klärt, ob das auch angekommen ist“ (Transkript\_P6\_2, Pos. 40–51)*

In dieser Interviewsequenz wird die Transparenz über Lernziele einer Lehreinheit als Veränderung in der Lehrgestaltung der interviewten Person betrachtet. Als Veränderung wird dieses Verhalten gedeutet, da die interviewte Person betont, dass vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung dies so nicht erfolgte bzw. nicht in der Art und Weise und das Vorgehen „übernommen“ wird. Innerhalb der medizindidaktischen Qualifizierung erhält die

Thematik der Lernziele und deren Formulierung einen großen Stellenwert. Die Lernzielformulierungen werden an verschiedenen Stellen der medizindidaktischen Qualifizierung durch Übungen und theoretischen Input thematisiert (siehe Kapitel 2.3). Die Daten weisen darauf hin, dass diese Transparenz, im Sinne eines Sichtbarmachens der Lernziele für die Teilnehmenden und Lernenden, als Lerntransfer bewertet werden kann. Die Inhalte aus der medizindidaktischen Qualifizierung können so vor dem Hintergrund der Bedeutungszuweisung durch die Teilnehmenden eine Relevanz für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden erhalten.

Als weitere Veränderung im Kontext der Lehrtätigkeit kann das **didaktische Vorgehen bei der Anleitung praktischer Fertigkeiten** aus den Daten identifiziert werden. Die Daten geben Hinweise darauf, dass die Teilnehmenden nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung bei der Anleitung von praktischen Fertigkeiten auf ein didaktisches Vorgehen aus der medizindidaktischen Qualifizierung zurückgreifen.

*„I: Sie haben gerade eben noch gesagt, das Krawattebinden ist Ihnen noch in Erinnerung geblieben. Warum?“*

*B: Ja, es ist ebenso dieses klassische Beispiel. Ich mache es vor, ohne es zu kommentieren. Ich mache es vor und erläutere die Schritte. Und eben als Lernmodell, wie ich eben einen praktischen Prozess praktisch hübsch in Anführungszeichen so gestalte, dass ihn dann jemand, ein Lernender, dann eben mitverfolgen kann. Und ebendieses Modell versuchen wir, kann man ja für @Fachrichtung 1@ ist ja ein bisschen komplexer als in Anführungszeichen der Knoten mit den sechs Schritten. Aber man kann unsere Prozesse so aufdröseln, dass man praktisch tatsächlich sagt: Okay, wir fangen jetzt damit an, zeigen das und das. Die ersten Schritte, die ersten ein, zwei Steps. Und dröseln das dann immer weiter- also nehmen dann die nächsten Schritte mit dazu. Und irgendwann ist der Gesamtprozess @Teilbereich 1 der medizinischen Maßnahme 1@, @Teilbereich 2 der medizinischen Maßnahme 1@ und @Teilbereich 3 der medizinischen Maßnahme 1@ praktisch dann über in Anführungszeichen über so einen Windsorknoten aufgedröseln. Praktisch dann ein schönes Modell, was man miteinander durchführen kann und üben kann. Und deswegen ist das, machen wir das jetzt immer wieder. Dass man praktisch eben was zeigt und das unkommentiert erst zeigt. Dann kommentiert, warum man das jetzt so macht. Und dann eben den Ablauf komplett. Und dann bittet[die Lernenden bittet, den Teilnehmenden die Schritte zu benennen ; Anm. d. VJ]. Und so- das lässt sich zumindest bei mir im Fach relativ problemlos in den praktischen Arbeitsalltag integrieren. Ich habe keinen wesentlichen Zeitverlust im Alltag. Und trotzdem geht der Lernende mit seinem Erfolgserlebnis am Abend heim. Das war so, also das waren so die Dinger, die in Anführungszeichen, das war so schlagend“ (Transkript\_P2\_2, Pos. 437–451)*

In dieser Interviewpassage wird das didaktische Vorgehen bei Anleitung von praktischen Fertigkeiten als Veränderung in Bezug zur Lehrtätigkeit der interviewten Person thematisiert. In dem Interviewzitat wird von dem Krawattebinden und dem „Knoten mit den sechs Schritten“ gesprochen; dies weist darauf hin, dass die interviewte Person über die Vier-Schritt-Methode nach Peyton spricht und statt vier Schritten sechs benennt. Die interviewte Person nutzt nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung die Peyton-Methode und kann Vorteile dieses didaktischen Elements benennen. Dies weist auf ein Bewusstsein für die Einsatzmöglichkeiten dieser Methode hin. Die Veränderung kann an mehreren Äußerungen der interviewten Person vermutet werden, da dieses Vorgehen unter anderem in die Lehre

„integrier[t]“ wird und betont wird, dass die Peyton-Methode genutzt wird („*machen wir das jetzt immer wieder*“). Dass die interviewte Person sechs anstatt der vier Schritte benennt, kann darauf hindeuten, dass die Methode nicht als Vier-Schritt-Methode nach Peyton benannt wird, sondern die praktische Handlung anhand von sechs Schritten ausgeführt wird („*Knoten mit den sechs Schritten*“). Dies kann dadurch geschlussfolgert werden, dass die interviewte Person die vier Schritte der Methode im Interviewzitat korrekt benennt („*Dass man praktisch eben was zeigt und das unkommentiert erst zeigt. Dann kommentiert, warum man das jetzt so macht. Und dann eben den Ablauf komplett. Und dann bittet [die Lernenden bittet, den Teilnehmenden die Schritte zu benennen; Anm. d. VJ]*“), jedoch die Handlung, die mit der Methode ausgeführt wird, ebenfalls in Schritten beziffert. Unabhängig von der Bezeichnung der Methode kann für den Lerntransfer resümiert werden, dass nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung eine Veränderung im Rahmen des didaktischen Vorgehens bei der Anleitung praktischer Fertigkeiten identifiziert werden kann.

Als weiterer Aspekt der Veränderungen in Bezug zur Lehrtätigkeit wird in den Daten die **Strukturierung von Vorträgen** herausgearbeitet. Die Teilnehmenden beschreiben nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung strukturierende didaktische Elemente für ihre Vorträge, die in der eigenen Lehrgestaltung eingesetzt werden.

*„Auch sonst für irgendwelche Vorlesungen, für irgendwelche @Fachärzte 2@ oder sowas. Ganz klar sozusagen Eingangsfolie, was erzähle ich so heute. Und dann auch ganz klar Cut-offs zu machen und zu sagen: ‚Okay, wir sind jetzt hier. Und jetzt ist ein Cut und jetzt ist Themawechsel.‘ Und dann macht man das auch. Das habe ich mitgenommen“ (Transkript\_P4\_2, Pos. 205–208)*

In dieser Interviewpassage wird die Strukturierung von Vorträgen als Veränderung nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung von der interviewten Person thematisiert. Die Daten geben Hinweise darauf, dass nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung Vorträge strukturiert werden, um so mehr Transparenz zu erzeugen. Diese Transparenz kann durch einen Überblick über die Inhalte, wie die interviewte Person betont „*Eingangsfolie, was erzähle ich so heute*“, vermutet werden. Darüber hinaus lassen die Daten die Vermutung zu, dass die Verwendung von „*Cut-offs*“ ebenfalls als strukturierendes Element dienen kann. Im Kontext des Lerntransfers kann diese Strukturierung von Vorträgen als Veränderung angesehen werden; Hinweise gibt die interviewte Person durch die Äußerung „*Das habe ich mitgenommen*“, die auf einen Transfer von Inhalten aus der medizindidaktischen Qualifizierung hinweist. Somit kann von einer Veränderung in Bezug zur Lehrtätigkeit der Teilnehmenden ausgegangen werden, die die Strukturierung von Vorträgen beinhaltet.

Eine weitere Veränderung in Bezug zu der Lehrtätigkeit zeigt sich in den Daten unter anderem dadurch, dass die Teilnehmenden versuchen, die **Nutzung von Feedbackelementen** in der Lehre zu berücksichtigen. Die Teilnehmenden berichten nach der Teilnahme an der

medizindidaktischen Qualifizierung, dass in der Lehre Briefing, Debriefing und Feedback eingesetzt werden.

*„Und dann würde ich jetzt sagen nach meinem Lern- Medizindidaktik-Seminar [...] Also dass man vorher schon klarmacht, auf was es mir in dieser Unterrichtseinheit ankommt. Und mir ist es wichtig, dass man alles, was die Studierenden alleine praktisch machen, dann hinterher auch nochmal überprüft. Also nicht, dass man sie sozusagen irgendwas machen lässt, dass die dann aber überhaupt kein Feedback bekommen. Also gerade diese Elemente Briefing und Debriefing, die ich, denke ich, schon vorher gemacht habe, mache ich jetzt viel bewusster. Dass man auch dann vorher das klar definiert, dann die Unterrichtseinheit macht und dann hinterher auch nochmal drüber spricht und nochmal wirklich klärt, ob das auch angekommen ist“ (Transkript\_P6\_2, Pos. 43–51)*

In dieser Interviewsequenz wird der Einsatz von Feedbackelementen in der Lehre der interviewten Person thematisiert. Die Daten geben Hinweise darauf, dass nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung Feedbackelemente in der Lehrgestaltung berücksichtigt werden. Eine Veränderung kann vermutet werden, da die interviewte Person berichtet, nach der Teilnahme „viel bewusster“ Feedbackelemente in die Lehre zu integrieren. Als Veränderung kann dies angesehen werden, da das Zitat mit der Rückschau auf die medizindidaktische Qualifizierung beginnt und daran ansetzt, wie die Lehre nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung gestaltet wird. Damit kann die Nutzung von Feedbackelementen als eine Veränderung im Rahmen der Lehrtätigkeit der Teilnehmenden aufgefasst werden.

Die Ansicht über die **Relevanz von Medizindidaktik für die Teilnehmenden** kann als eine weitere Veränderung in Bezug zu der Lehrtätigkeit der Teilnehmenden identifiziert werden. Die Daten geben Hinweise darauf, dass nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung eine Beschäftigung mit Medizindidaktik als relevant erachtet wird. Die Teilnehmenden empfehlen allen Ärzt\*innen die Beschäftigung mit medizindidaktischen Themen.

*„Wem würde ich das Training empfehlen? [...] also jeder, der Lehre macht, ehrlich gesagt. Weil Lehre machen ohne so ein Hintergrundwissen, finde ich, kann halt auch in die falsche Richtung gehen. Oder redundant werden oder irgendwie am Ziel vorbei. Also ich würde es jedem empfehlen, der tatsächlich auch in der Lehre aktiv tätig ist“ (Transkript\_P6\_2, Pos. 131–135)*

In dieser Interviewpassage wird die Relevanz von Medizindidaktik nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung thematisiert. Die interviewte Person empfiehlt allen Ärzt\*innen die Beschäftigung mit Medizindidaktik, dies deutet auf eine Relevanz von Medizindidaktik im ärztlichen Berufsalltag der Teilnehmenden hin. In Bezug zum Lerntransfer kann herausgestellt werden, dass die Relevanz für Medizindidaktik in den Daten erst nach der Teilnahme an den Kursen herausgearbeitet werden kann. Da in dieser Interviewsequenz nach der Weiterempfehlung der medizindidaktischen Qualifizierung gefragt wird, kann die Antwort der interviewten Person als eine Art Reflexion über die Wichtigkeit von Medizindidaktik für die Ärzt\*innen angesehen werden. Dazu passt die Ausführung, dass „jeder, der Lehre macht“,

sich mit medizindidaktischen Themen beschäftigen sollte. Daher kann aus diesem Ausschnitt geschlussfolgert werden, dass sich durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung die Relevanz von Medizindidaktik verändert hat.

### 11.2.2 Veränderungen in Bezug zum ärztlichen Berufsalltag

Wie bereits oben ausgeführt, kann herausgearbeitet werden, dass die Lehre in der Medizin unter anderem durch implizites Lehren durch die ärztliche Berufspraxis (Kapitel 7.1) sowie durch das Aufzeigen eines ärztlichen Habitus (7.2.2) gestaltet werden kann. Somit kann der ärztliche Berufsalltag, im Sinne der Aufgabenvielfalt von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung, ebenso von Veränderungen durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung tangiert werden und Auswirkungen auf die Lehre ausüben. In den Daten können die in Tabelle 20 aufgeführten inhaltlichen Ausprägungen zu den Veränderungen im ärztlichen Berufsalltag identifiziert werden. Demnach kann die medizindidaktische Qualifizierung als Denkanstoß für den ärztlichen Berufsalltag dienen und eine Berücksichtigung von didaktischen Elementen im ärztlichen Berufsalltag herausgearbeitet werden.

Die **medizindidaktische Qualifizierung als Denkanstoß für den ärztlichen Berufsalltag** kann in den Daten als eine Veränderung im ärztlichen Berufsalltag identifiziert werden. Die Daten geben Hinweise darauf, dass dieser Denkanstoß als Impuls zum Perspektivwechsel aus der medizindidaktischen Qualifizierung verstanden werden kann, durch den Sichtweisen und Handlungsrouninen im ärztlichen Berufsalltag hinterfragt werden.

*„Mir ist diese, die Krawattenbindeaktion. Die hat sich bei mir so ganz nett eingebrannt. Und dann, was mir auch aufgefallen ist oder was sich bei mir auch so ein bisschen vertieft hat, das waren diese Rollenspiele. Weil das meine Sichtweise auf manches im klinischen Setting, meine Sichtweise wieder etwas verändert hat. Weil es ist ganz komisch, wenn du auf einmal auf der anderen Seite bist. Oder wenn du auf einmal nur der Beobachter bist und eine Situation beobachtest. Und diese Rollenspiele haben da - wurden bestimmte Dinge mal wieder geradegerückt. Einen gewissen Blickwinkel auch wieder verändert, weil es ist ja sehr autokratisch im Tagesverlauf. [...] Und wenn man dann aber wieder mal so auf der anderen Seite vom Tisch gegenüber sitzt und dann so sich etwas mehr mit den Sorgen und Nöten des Patienten beschäftigt, der auf der anderen Seite sitzt, und auch den Blickwinkel versucht zu verändern und zu verstehen, was den jetzt treibt. Wenn der dir gegenüber sitzt und man dem sagt: ‚Morgen dann @Folgen der medizinischen Maßnahme 1@, zwei bis drei Stunden müssen Sie rechnen und das und das passiert mit Ihnen.‘ Und dass man da einfach ein bisschen anders wieder die Kommunikation mit dem Patienten pflegt. Und das Sichtfenster verändert. Und auch das Sichtfenster verändert, die Bereitschaft, auf einen operativen Kollegen zuzugehen. Weil auch da gibt es unterschiedliche Sichtweisen von ein und demselben. Und dieses Spiegeln, das tut zwischendurch ganz gut“ (Transkript\_P2\_2, Pos. 394–410)*

In dieser Interviewpassage wird die medizindidaktische Qualifizierung als Denkanstoß für den ärztlichen Berufsalltag als eine Veränderung im Verhalten der interviewten Person thematisiert. Die Daten lassen vermuten, dass der Denkanstoß als Impuls aus der

medizindidaktischen Qualifizierung in Form von Rollenspielen mit unterschiedlichen Rollen (Teilnehmende\*r, Lernende\*r, Patient\*in, Beobachter\*in) angestoßen wird (siehe Kapitel 2.3). Die Daten geben Hinweise darauf, dass diese Rollenspiele eine nachhaltige Wirkung bei der interviewten Person hinterlassen haben. So betont die interviewte Person, dass „*bestimmte Dinge mal wieder geradegerückt*“ wurden und „*[e]in[] gewisse[r] Blickwinkel auch wieder verändert*“ werden konnte. Diese Äußerungen lassen darauf schließen, dass durch die Rollenspiele ein Denkanstoß in Form eines Perspektivwechsels für die ärztliche Berufspraxis verstärkt werden kann. Im Zusammenhang mit dem Lerntransfer kann durch die Selbsterfahrung von didaktischen Methoden (Kapitel 9.1) dieser Denkanstoß erst ermöglicht werden. Da vermutet werden kann, auf welche Rollenspiele die interviewte Person sich bezieht, ist zu betonen, dass diese das Geben und Nehmen von Feedback, Briefing und Debriefing als Inhalte verfolgen. Dabei erhalten die Teilnehmenden bei jedem Rollenspiel neue Rollen, damit jede Person Feedback geben und erhalten kann (siehe Kapitel 2.3). Vor diesem Hintergrund ist zu vermuten, dass die Rollenspiele eine nicht intendierte Wirkung bei den Teilnehmenden ausgelöst haben und somit ein Denkanstoß aus der medizindidaktischen Qualifizierung Veränderungen im ärztlichen Berufsalltag unterstützen kann. Diese nicht intendierten Wirkungen haben bereits bei der Definition von Lerntransfer eine bedeutende Rolle erhalten und können an dieser Stelle im Kontext der Daten interpretiert werden.

Als weitere Veränderung im Verhalten der Teilnehmenden kann die ***Berücksichtigung von didaktischen Elementen im ärztlichen Berufsalltag*** aus den Daten identifiziert werden. Die Daten weisen darauf hin, dass didaktische Elemente aus der medizindidaktischen Qualifizierung eine Anwendung im ärztlichen Berufsalltag der Teilnehmenden erhalten können.

*„Und wir haben es jetzt organisiert in Jahresgesprächen, die ich mit meinen Assistenten das erste Mal geführt habe im Übrigen, was, glaube ich, auch daraus rührt, aus diesen Kursen, die wir hier gemacht haben, obwohl das gar nicht das Thema war. Aber das man gezielt angehen muss und fragen muss: ‚Was ist eigentlich gewollt?‘ Und man wieder zurückspielen kann, was ist eigentlich das letzte Jahr aus meiner Sicht gelaufen oder aus der Sicht des zu Lehrenden“  
(Transkript\_P3\_2, Pos. 47–51)*

In dieser Interviewsequenz wird die Berücksichtigung von didaktischen Elementen im ärztlichen Berufsalltag der interviewten Person thematisiert. Die interviewte Person beschreibt dabei die Jahresgespräche, die im Normalfall jährlich mit allen Mitarbeitenden geführt werden sollen. Zielsetzung dieser Gespräche sind die Entwicklung seit dem letzten Jahresgespräch sowie Weiterentwicklungspotentiale für die Zukunft, auch können Probleme und Unklarheiten während dieser Gespräche thematisiert werden. Wie die interviewte Person beschreibt, werden diese Gespräche erst seit der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung geführt. Als didaktische Elemente können aus den Daten eine Transparenz und Zielorientierung in der Gesprächsführung vermutet werden. Ferner kann die Ausführung „*Und*

*man wieder zurückspielen kann, was ist eigentlich das letzte Jahr aus meiner Sicht gelaufen oder aus der Sicht des zu Lehrenden“* vermuten lassen, dass dabei Feedbackelemente verwendet werden. Die wechselseitige Rückmeldung aus verschiedenen Perspektiven (Lernende und Teilnehmende) kann hierbei als ein Element des Feedbacks genutzt werden. Zur genauen Ausführung dieses Gesprächs liegen keine Daten vor und daher kann dies nicht in der Gänze beurteilt werden. Auf einen Lerntransfer weist die Ausführung *„was, glaube ich, auch daraus rührt, aus diesen Kursen, die wir hier gemacht haben, obwohl das gar nicht das Thema war“* hin. In dieser Äußerung kann, wie in der eben analysierten Veränderung im ärztlichen Berufsalltag, die medizindidaktische Qualifizierung als Denkanstoß für den ärztlichen Berufsalltag und somit als eine nicht intendierte Wirkung der medizindidaktischen Qualifizierung vermutet werden. Die Teilnehmenden nutzen didaktische Elemente außerhalb der Lehrtätigkeit, was jedoch durch die Lehre während des ärztlichen Berufsalltags nicht strikt differenziert werden kann. Daher werden auch solche Veränderungen analysiert, die auf den ersten Blick keine Verbindung zur Lehrtätigkeit aufweisen. Da alle Lernenden diese Jahresgespräche mit ihren Vorgesetzten führen sollten, kann auch hier insbesondere das Aufzeigen eines ärztlichen Habitus (Kapitel 7.2.2) außerhalb der regulären Lehrtätigkeit eine Bedeutung einnehmen.

### 11.3 Reflexion der eigenen Lehre nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung

Als weiterer Aspekt des Lerntransfers kann in den Daten die Reflexion der Lehre nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung identifiziert werden. Lerntransfer kann auch die Absicht und die Beschäftigung mit den Inhalten der medizindidaktischen Qualifizierung nach der Teilnahme bzw. eine Wirkung der medizindidaktischen Qualifizierung darstellen. Hierbei wird die Reflexion als kritische Betrachtung untenstehender Dimensionen verstanden (siehe Tabelle 21). Folglich können die Reflexion über die didaktische Ausgestaltung der eigenen Lehre, die Reflexion über die Nützlichkeit und Umsetzbarkeit von Inhalten aus der medizindidaktischen Qualifizierung und die Reflexion über die Herausforderungen bei der Berücksichtigung von didaktischen Elementen als Ergebnisse des Lerntransfers betrachtet werden.



Tabelle 21: Übersicht über die Ergebnisse der Reflexion der eigenen Lehre nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung

<b>Reflexion der eigenen Lehre nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Reflexion über die didaktische Ausgestaltung der eigenen Lehre</li><li>- Reflexion über die Nützlichkeit und Umsetzbarkeit von Inhalten aus der medizindidaktischen Qualifizierung</li><li>- Reflexion über die Herausforderungen bei der Berücksichtigung von didaktischen Elementen</li></ul>

Die **Reflexion über die didaktische Ausgestaltung der eigenen Lehre** nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung kann aus den Daten als ein Aspekt des Lerntransfers herausgearbeitet werden (siehe Tabelle 21). Die Teilnehmenden betrachten die eigene Lehrgestaltung mit dem Wissensstand nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung.

*„Ähm, retrospektiv muss man sagen, man denkt, man weiß viel. Und dann kommt man hierher [in die medizindidaktische Qualifizierung; Anm. d. V.] und dann stellt man aber fest, dass das, was du da gemacht hast, im Wesentlichen in Anführungszeichen Erfahrungswerte beziehungsweise Erfahrungsmedizin waren. Und dass du viel von dem, was du da gemacht hast, was die anderen vielleicht auch gut gefunden haben, intuitiv vielleicht richtig gemacht hast. Aber du hast dich nie ernsthaft damit beschäftigt, ob der Aufbau, die Struktur, die Form des Vortrags wirklich gut ist. [...] wenn ich mir die Dinge jetzt heute wieder angucke, dann stelle ich fest: Mensch, du hast damals erstens viel zu viele Bildchen drauf, viel zu viele Schlagwörter, viel zu viel Text. Das war all das, was du kommunizieren wolltest, eigentlich in Worten, das hast du da auch im Text stehen. Und dein Opfer, was unten sitzt, hätte entweder die Folie oben lesen können oder dir folgen, aber euch beide hätte es nicht gebraucht. [...] So unter dem Aspekt würde ich es heute betrachten. Und würde sagen, die Vorträge waren damals angemessen und inhaltlich okay. Aber im Endeffekt vom didaktischen Aufbau nicht besonders klug gemacht. Und eben wie gesagt viel zu viel Text. Und einer von beiden hätte wegbleiben können, entweder der Vortragende oder die Folie“ (Transkript\_P2\_2, Pos. 673–691)*

In dieser Interviewsequenz wird die Selbstreflexion über die didaktische Ausgestaltung der Lehre von der interviewten Person thematisiert. Die Daten weisen darauf hin, dass die interviewte Person vor dem Hintergrund der medizindidaktischen Qualifizierung und der dort vermittelten Inhalte die Ausgestaltung der eigenen Lehre als eher erfahrungsbasiert betrachtet. Wie die interviewte Person betont, hat sie sich „*nie ernsthaft damit beschäftigt*“, wie die didaktische Ausgestaltung der Lehre erfolgen kann. In diesem Kontext werden Weiterentwicklungsmöglichkeiten der didaktischen Ausgestaltung von der interviewten Person selbst benannt. Die Daten weisen darauf hin, dass die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung und die dort behandelten Themen zu dieser Reflexion angeregt haben können, da die Ausführungen auf einer retrospektiven Betrachtung der Lehrgestaltung vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung im Vergleich zu dem Interviewzeitpunkt

nach der Teilnahme an der Qualifizierung beruhen. Darüber hinaus kann die Abgrenzung von didaktischer Ausgestaltung der Lehre und der Lehrgestaltung basierend auf Erfahrungen aus den Daten vermutet werden. So äußert die interviewte Person: „[...] und dann stellt man aber fest, dass das, was du da gemacht hast, im Wesentlichen in Anführungszeichen Erfahrungswerte [...] waren.“ So kann vermutet werden, dass eine didaktische Lehrgestaltung im Kontrast zur erfahrungsbasierten Lehre stehen kann. Auf die Reflexion deutet unter anderem der Beginn des Interviewausschnitts hin, in dem die interviewte Person betont: „retrospektiv muss man sagen“, was auf einen Vorher-nachher-Vergleich hindeuten kann. Somit kann die Reflexion über die didaktische Ausgestaltung der eigenen Lehre als ein Ergebnis des Lerntransfers betrachtet werden, da die Äußerungen der interviewten Person eine Veränderung der Sichtweisen auf die didaktische Ausgestaltung der Lehre vermuten lassen.

Als weiterer Aspekt des Lerntransfers kann die **Reflexion über die Nützlichkeit und Umsetzbarkeit von Inhalten aus der medizindidaktischen Qualifizierung** aus den Daten herausgearbeitet werden. Die Teilnehmenden unterziehen die Inhalte der medizindidaktischen Qualifizierung und deren Passgenauigkeit für die eigene Lehre einer kritischen Betrachtung.

*„Ein paar Sachen [aus der medizindidaktischen Qualifizierung; Anm. d. V.] sind einfach, glaube ich, auch schwierig umzusetzen. In dem Gesamtkontext, wenn man dann Lehre am Bett macht, zum Beispiel wenn man sich irgendwelche Sachen auf Zettel schreiben muss und irgendwie an eine Pinnwand pinnen muss. Das ist natürlich nicht möglich. Also das kommt ja immer dann auch auf die Lehrform drauf an. Deshalb kann man nicht jetzt auch alles anwenden“ (Transkript\_P5\_2, Pos. 115–119)*

In diesem Interviewzitat wird eine Reflexion über die Inhalte der medizindidaktischen Qualifizierung und die Passgenauigkeit für die Lehre vollzogen, die auf die Nützlichkeit und Umsetzbarkeit von didaktischen Methoden aus der medizindidaktischen Qualifizierung im ärztlichen Berufsalltag abzielt. Dabei wird durch die interviewte Person betont, dass das Lehrformat für die Lehrgestaltung ausschlaggebend ist und daher nicht alle in der medizindidaktischen Qualifizierung aufgezeigten Methoden zur Anwendung kommen können. Die „Lehre am Bett“ wird während des ärztlichen Berufsalltags durchgeführt. Es werden Patient\*innen von den Teilnehmenden behandelt und untersucht und eine Gruppe aus maximal drei Lernenden oder einzelnen Lernenden begleitet die Ärzt\*innen bei der klinischen Arbeit (siehe Kapitel 2.1). Durch die Vorgaben dieses Lehrformats ergeben sich Implikationen für die Lehrgestaltung der Teilnehmenden. Wie die interviewte Person betont, können einige didaktische Methoden mit Material eher schlecht während der ärztlichen Berufspraxis durchgeführt werden. Diese Ausführungen können darauf hinweisen, dass die interviewte Person in der Art und Weise der Gestaltung der Lehre durch das Lehrformat bestimmt wird und daher die Nützlichkeit und Umsetzbarkeit von Inhalten aus der medizindidaktischen Qualifizierung für die eigene Lehre nicht gegeben sind. Vor dem Hintergrund des Lerntransfers

ist dieser Aspekt zu berücksichtigen, da diese Selbstreflexion einen Hinweis für die kritische Auseinandersetzung mit den Inhalten und der Lehre darstellen kann.

Als weiterer Aspekt des Lerntransfers kann die **Reflexion über die Herausforderungen bei der Berücksichtigung von didaktischen Elementen** aus den Daten identifiziert werden. Die Daten weisen darauf hin, dass die Teilnehmenden sich kritisch mit herausfordernden Aspekten beschäftigen, die sich bei der Berücksichtigung von didaktischen Elementen in der Lehre ergeben können.

*„I: [...] Sie haben eben gesagt, dass den Oberärzten aufgefallen ist, dass Sie etwas anders gemacht haben. Was ist denn den Oberärzten aufgefallen? Können Sie das beschreiben?“*

*B: [...] Ganz klar diese Geschichte im OP, dass man sagt, man erklärt das jetzt mal, wie man das macht, ich hatte da drei @medizinischer Eingriff 2 @hintereinander, so war das. ‚Ich erkläre Ihnen jetzt jeden Schritt, den ich hier mal mache.‘ Und beim zweiten Mal haben wir gesagt, ich sage gar nichts. ‚Ich operiere und Sie gehen das für sich in Gedanken mit.‘ Beim dritten habe ich gesagt: ‚Sie sagen jetzt immer an, was ich als nächsten Schritt machen muss.‘ Und das war neu. [...] Dann kann man eigentlich nur sagen: ‚Sie kommentieren mir heute mal, weil ich glaube, Sie wissen, was ich jetzt Schritt für Schritt mache.‘ Dann muss man sich dann aber auch schon zu zwingen. Und man muss es auch durchhalten. Also Sie dürfen dann nicht nach zehn Minuten aufgeben, dann hören die nämlich auf und reden nichts mehr und hoffen, dass sie in der Versenkung verschwinden. Also waren wir ja auch alle so. Ja, das sind so die Dinge, die man geändert hat“ (Transkript\_P3\_2, Pos. 504–530)*

In dieser Interviewpassage wird die Reflexion über die Herausforderungen bei der Berücksichtigung von didaktischen Elementen in der Lehre thematisiert. In der zitierten Interviewpassage kann davon ausgegangen werden, dass drei Teilschritte der Vier-Schritt-Methode nach Peyton als Lehrmethode genutzt werden und die interviewte Person dies erläutert. Die Daten weisen darauf hin, dass die interviewte Person bei der Berücksichtigung von didaktischen Elementen auf Herausforderungen stößt und den Umgang damit kritisch betrachtet. Deutlich wird dies durch die Ausführungen der interviewten Person: *„Dann muss man sich dann aber auch schon zu zwingen. Und man muss es auch durchhalten. Also Sie dürfen dann nicht nach zehn Minuten aufgeben, dann hören die nämlich auf und reden nichts mehr und hoffen, dass sie in der Versenkung verschwinden.“* Dies kann darauf hindeuten, dass die Stringenz der Umsetzung eines didaktischen Elements für die interviewte Person von Bedeutung sein kann. Für den Lerntransfer kann dies wiederum bedeuten, dass didaktische Elemente aus der medizindidaktischen Qualifizierung in der Lehre berücksichtigt werden und die Wirksamkeit von der Umsetzungsfähigkeit der Teilnehmenden abhängen kann. Folglich kann dieses Zitat ebenfalls eine Reflexion der eigenen Lehre aufzeigen, die als Lerntransfer angesehen werden kann.

## 12. Das empirische Rahmenmodell dieser Arbeit

Um in einem weiteren Schritt die Ergebnisse der obigen Kapitel von dem theoretischen Rahmenmodell dieser Arbeit abzugrenzen, erfolgt die Erarbeitung eines empirischen Rahmenmodells des Lerntransfers in der Medizindidaktik. Fokussiert werden dabei die Modifizierung und Weiterentwicklung des theoretischen Modells hin zu dem empirischen Rahmenmodell speziell für die Medizindidaktik. Hierbei erhalten die Teilnehmenden, mit ihren subjektiven Anreizen und guten Gründen, sowie die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung, die organisationale Lernkultur wie auch die Besonderheit der Lehre in der Medizin eine Berücksichtigung. Zur besseren Nachvollziehbarkeit und Verständlichkeit wird auch das empirische Rahmenmodell prozessual aufgebaut und die einzelnen Komponenten dieses Modells schrittweise erläutert. Dabei liegt der Schwerpunkt dieser Darstellung vor allem auf der Weiterentwicklung des theoretischen Modells. In diesem Zusammenhang werden die neuen Modellkomponenten – die Lehre in der Medizin und der Lerntransfer – ausführlicher behandelt. In Abgrenzung zu dem theoretischen Rahmenmodell werden in dem empirischen Rahmenmodell nur jene Aspekte berücksichtigt, die Hinweise auf eine Bedeutung für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden und deren Lerntransfer liefern können. Daher werden einige Aspekte aus dem theoretischen Rahmenmodell zwar in den empirischen Daten gefunden, können jedoch zur Bearbeitung der Forschungsfrage keinen wesentlichen Beitrag leisten. Insgesamt weist das empirische Rahmenmodell eine andere Abstraktionsebene der Ergebnisse auf, da diese auf die Lehre in der Medizin und die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden bezogen sind. Das theoretische Rahmenmodell hingegen basiert auf zentralen Ergebnissen aus dem Lerntransferdiskurs und Studien zur Untersuchung des Lerntransfers, meist auf quantitativer Ebene. Um das empirische Rahmenmodell im Kontext der gesamten Ergebnisse zu betrachten und Zusammenhänge deutlich zu machen, erfolgt an gegebener Stelle ein Verweis auf Ergebnisse anderer Dimensionen des empirischen Rahmenmodells.

Bei der grafischen Darstellung des Gesamtmodells wird auf der formalen Ebene der Dimensionen verblieben, um die Übersichtlichkeit des Modells zu gewährleisten. Die formalen Kategorien ermöglichen eine Strukturierung der verschiedenen Ebenen des empirischen Rahmenmodells. Die detaillierten Ausdifferenzierungen mit den materialen Kategorien stellen die Bearbeitung der Forschungsfrage dar und werden in den Kapiteln 7–11 ausführlich erläutert und bei der Erarbeitung des empirischen Rahmenmodells im Rahmen einer Betrachtung der einzelnen Modellkomponenten in den Gesamtzusammenhang der Arbeit eingebettet.

## 12.1 Lerntransfer als Komponente des empirischen Rahmenmodells

Wie Abbildung 11 zu entnehmen ist, haben alle Komponenten des theoretischen Rahmenmodells eine Berücksichtigung bei der Erarbeitung des empirischen Rahmenmodells erhalten. Darüber hinaus kann der Lehre in der Medizin als neuer Komponente eine Bedeutung für den Transferprozess zugesprochen werden. Auch in dem empirischen Modell wird eine subjektorientierte Sichtweise auf Lernen verfolgt, bei der ein Lerntransfer nur über eine subjektive Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden möglich ist. Erst durch diese Bedeutungszuschreibung, im Sinne einer Relevanz für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden, kann eine Lernhandlung erfolgen, die sowohl expansiver als auch defensiver Art sein kann. Da das empirische Rahmenmodell dabei helfen soll, die Ergebnisse der Bearbeitung der Forschungsfrage darzustellen, ist eine reine Visualisierung des Gesamtmodells auf der formalen Ebene nicht ausreichend. Um die Ergebnisse auf der materialen Ebene als zentrales Ergebnis dieser Arbeit zu verdeutlichen, können die inhaltlichen Ausprägungen der Kategorien des Lerntransfers zusammenfassend der untenstehenden Tabelle entnommen werden (siehe Tabelle 22). Im Rahmen dieses Kapitels wird nur auf einzelne Aspekte eingegangen, insbesondere auf jene, die eine Weiterentwicklung des theoretischen Rahmenmodells beinhalten.

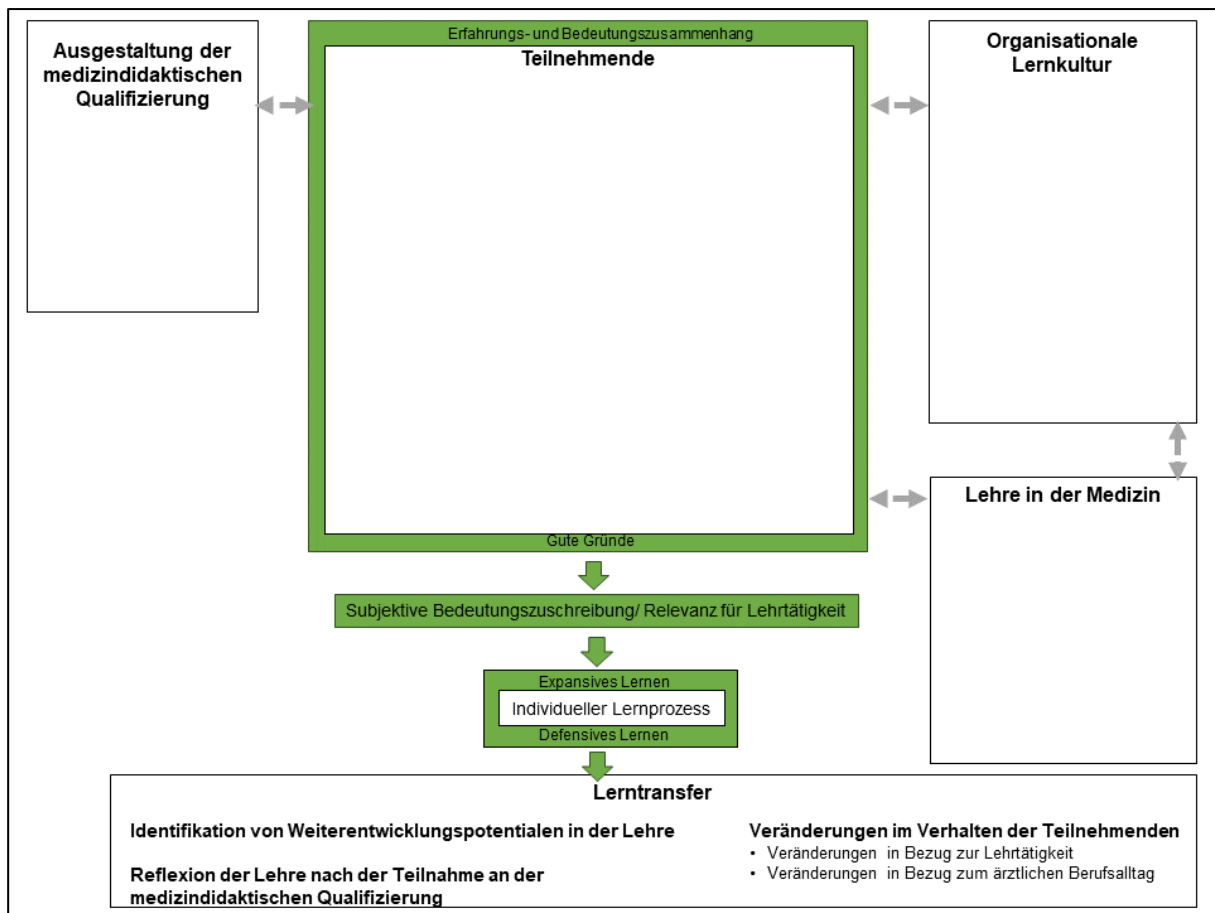


Abbildung 11: Empirisches Rahmenmodell des Lerntransfers in der Medizindidaktik mit Fokus auf den Lerntransfer (eigene Darstellung)

Die Komponente des Lerntransfers stellt zum einen eine neue inhaltliche Modellkomponente und zum anderen ein Ergebnis dieser Arbeit dar, das sich in der Identifikation von Weiterbildungspotentialen in der Lehre, den Veränderungen im Verhalten der Teilnehmenden, in Bezug zur Lehrtätigkeit und dem ärztlichen Berufsalltag, und der Reflexion der Lehre nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung auf der formalen Ebene im empirischen Rahmenmodell zeigt (siehe Abbildung 11). Demnach gestaltet sich Lerntransfer in der Medizindidaktik unter anderem durch eine **Identifikation von Weiterbildungspotentialen in der Lehre**. Hierbei können unter anderem Unterstützungsmomente von den Teilnehmenden formuliert werden, die die Lehrtätigkeit positiv beeinflussen können. Demnach können *organisationalen Strukturen zum Austausch über Lehre* und die *Einforderung der Unterstützung von Kolleg\*innen* als Weiterbildungspotentiale in der Lehre agieren (siehe Tabelle 22). Diese Potentiale setzen zum einen an institutionellen Strukturen an, die einen Austausch über Lehre im Kontext einer organisationalen Verankerung ermöglichen sollen. Zum anderen können durch die *Einforderung der Unterstützung von Kolleg\*innen* und die *Stärkung des Bewusstseins für die Lehrtätigkeit im Kollegium* Potentiale im Sinne einer direkten Unterstützung bei der Lehrgestaltung und eines Sichtbarmachens der Lehre sowie einer Aufmerksamkeit für den

Stellenwert der Lehre identifiziert werden. Zudem kann die *inhaltliche Ausrichtung der Lehre an der ärztlichen Berufspraxis* als weiteres Potential zur Weiterentwicklung der Lehre fungieren. Demnach kann die Ausrichtung der Lehre an der ärztlichen Berufspraxis insbesondere vor dem Hintergrund der impliziten Lehre durch den ärztlichen Berufsalltag (Kapitel 7.1) erfolgen.

Im Kontext der Datenanalyse werden Hinweise auf **Veränderungen im Verhalten der Teilnehmenden** gefunden. Diese betreffen zum einen die **Veränderungen in Bezug zur Lehrtätigkeit** und zum anderen die Veränderungen in Bezug zum ärztlichen Berufsalltag der Teilnehmenden (siehe Abbildung 11). Folglich können konkrete didaktische und methodische Veränderungen in der Lehrtätigkeit der Teilnehmenden erfasst werden (siehe Tabelle 22). Überdies messen die Teilnehmenden nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung der Medizindidaktik eine Bedeutung für die Lehrtätigkeit bei und demnach kann von einer Relevanz für die Teilnehmenden ausgegangen werden.

Tabelle 22: Detaillierte Übersicht über die Ergebnisse des Lerntransfers

<b>LERNTRANSFER</b>
<b>Identifikation von Weiterentwicklungspotentialen in der Lehre</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Organisationale Strukturen zum Austausch über Lehre</li><li>- Einforderung der Unterstützung von Kolleg*innen</li><li>- Stärkung des Bewusstseins für die Lehrtätigkeit im Kollegium</li><li>- Inhaltliche Ausrichtung der Lehre an der ärztlichen Berufspraxis</li></ul>
<b>Veränderungen im Verhalten der Teilnehmenden</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Veränderungen in Bezug zur Lehrtätigkeit</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Mehr Selbstsicherheit in der Lehre durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung</li><li>- Identifizieren von Lehrmomenten im klinischen Alltag</li><li>- Transparenz über die Lernziele einer Veranstaltung</li><li>- Didaktisches Vorgehen bei der Anleitung praktischer Fertigkeiten</li><li>- Strukturierung von Vorträgen</li><li>- Nutzung von Feedbackelementen</li><li>- Relevanz von Medizindidaktik für die Teilnehmenden</li></ul></li><li>• <b>Veränderungen in Bezug zum ärztlichen Berufsalltag</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Medizindidaktische Qualifizierung als Denkanstoß für den ärztlichen Berufsalltag</li><li>- Berücksichtigung von didaktischen Elementen im ärztlichen Berufsalltag</li></ul></li></ul>
<b>Reflexion der eigenen Lehre nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung</b>

- Reflexion über die didaktische Ausgestaltung der eigenen Lehre
- Reflexion über die Nützlichkeit und Umsetzbarkeit von Inhalten aus der medizindidaktischen Qualifizierung
- Reflexion über die Herausforderungen bei der Berücksichtigung von didaktischen Elementen

Neben den Veränderungen in Bezug zur Lehrtätigkeit können auch **Veränderungen in Bezug zum ärztlichen Berufsalltag** identifiziert werden und in das empirische Rahmenmodell integriert werden. Diese sind insbesondere vor dem Hintergrund der *impliziten Lehre durch den ärztlichen Berufsalltag* (Kapitel 7.1) und der beruflichen Sozialisation als Aspekt der Lehrgestaltung (7.2.2) zu verstehen. Demnach kann die *medizindidaktische Qualifizierung als Denkanstoß für den ärztlichen Berufsalltag* dienen und eine *Berücksichtigung von didaktischen Elementen im ärztlichen Berufsalltag* erfolgen. Da die Lernenden durch die implizite Lehre den Berufsalltag der Teilnehmenden begleiten, können diese Aspekte eine unmittelbare Relevanz für die Lehre aufweisen. Folglich kann jedes Verhalten der Teilnehmenden für die berufliche Sozialisation zum Arzt / zur Ärztin (7.2.2) wichtig erscheinen und dadurch kann die Berücksichtigung von didaktischen Elementen im ärztlichen Berufsalltag als eine Veränderung im Rahmen des Lerntransfers verstanden werden.

Somit kann geschlussfolgert werden, dass der Lerntransfer im empirischen Rahmenmodell das zentrale Ergebnis dieser Arbeit darstellt. Die Frage, wie sich der Lerntransfer in der Medizindidaktik gestaltet, kann durch die detaillierte Betrachtung dieser Komponente des empirischen Rahmenmodells (siehe Tabelle 22) erklärt werden. Um in einem nächsten Schritt zu untersuchen, welche Aspekte den Lerntransfer beeinflussen können, werden die weiteren Komponenten des empirischen Rahmenmodells erläutert und in Verbindung mit den Ergebnissen des Lerntransfers gebracht. Hierbei werden vor allem die Modifizierungen fokussiert und die Weiterentwicklungen betont.

## 12.2 Die Lehre in der Medizin als Komponente des empirischen Rahmenmodells

Basierend auf den Ergebnissen der Datenanalyse kann die Modellkomponente der Lehre in der Medizin ergänzt werden. Dies erscheint notwendig, um die besonderen Bedingungen der Lehre in der Medizin auf der Grundlage der Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden zu erfassen. Wie in Abbildung 12 visualisiert, kann die Lehre in der Medizin die Teilnehmenden beeinflussen, sodass durch die Einbettung in den Erfahrungs- und Bedeutungszusammenhang sowie die Formulierung von guten Gründen eine subjektive Bedeutungszuschreibung im Rahmen einer Relevanz für die Lehrtätigkeit durch die



Teilnehmenden erfolgen kann. Für das empirische Rahmenmodell kann auf der formalen Ebene den Lehranlässen, der Lehrgestaltung, hierbei der Planbarkeit der Lehre im Berufsalltag, der beruflichen Sozialisation zum Arzt / zur Ärztin und der Wissensvermittlung, wie auch der Bedeutung von Didaktik und Lehre eine Berücksichtigung zugesprochen werden (siehe Abbildung 12).

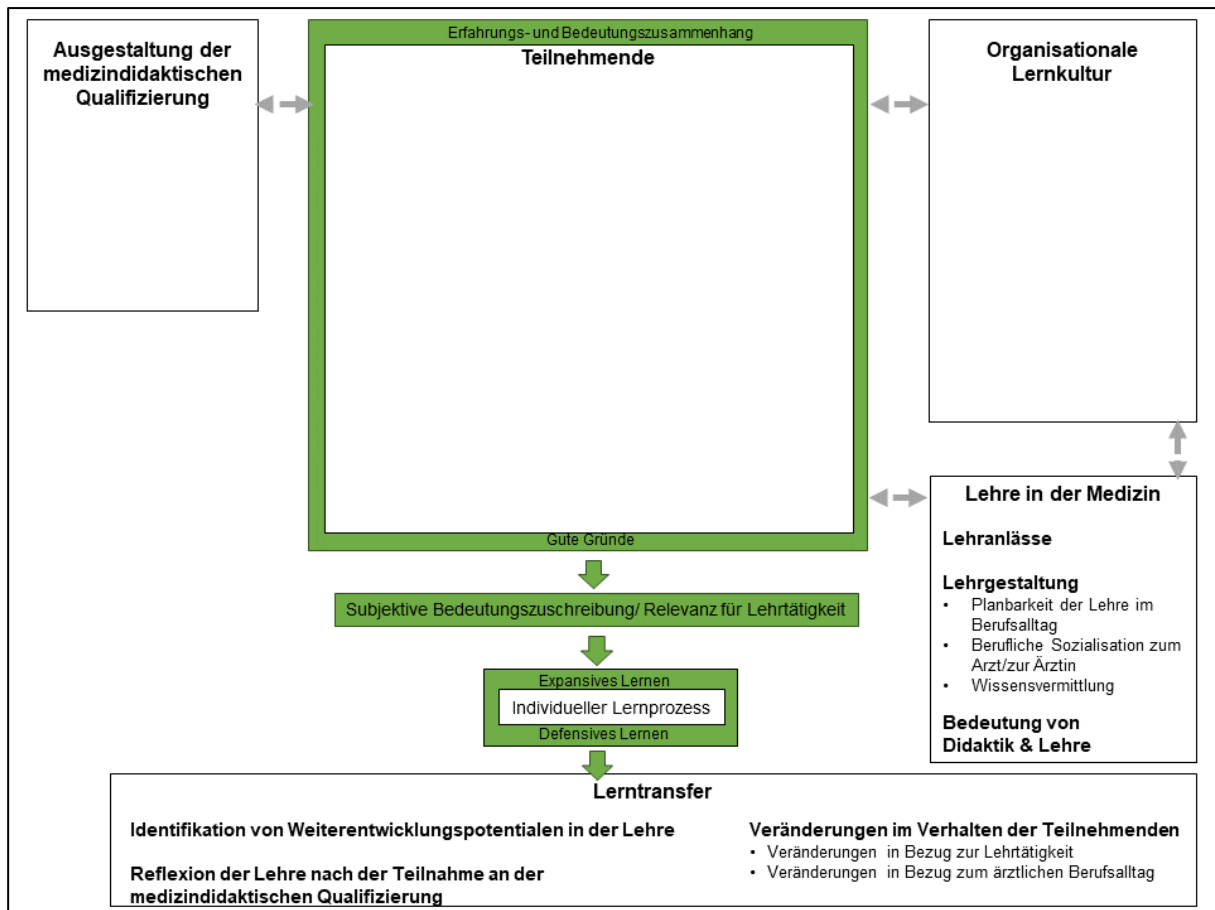


Abbildung 12: Empirisches Rahmenmodell des Lerntransfers in der Medizindidaktik mit Fokus auf die Lehre in der Medizin (eigene Darstellung)

Die Lehre in der Medizin als eine neue Komponente des empirischen Rahmenmodells besticht durch die Besonderheit der Medizin. Folglich können die **Lehranlässe** neben dem *geplanten Lehren anhand eines konkreten Falls* durch ein *implizites Lehren durch die ärztliche Berufspraxis* definiert werden (siehe Tabelle 23). Dieser Aspekt kann durch das empirische Rahmenmodell hervorgehoben und spezifiziert werden, was in Abgrenzung zum theoretischen Rahmenmodell durch die spezifischen Lehr-/Lernsettings bereits thematisiert wird. Diese spezifischen Lehr-/Lernsettings können auch bei der **Lehrgestaltung** eine Bedeutung einnehmen. Demnach kann die **Planbarkeit der Lehre im Berufsalltag** als eine Herausforderung für die Teilnehmenden angesehen werden. Hierbei können die *Abhängigkeit von Patient\*innen und Erkrankungen* sowie die *kurzfristige Übernahme von Aufgaben* und die *ärztliche Erreichbarkeit während der Lehre* die Planung und Durchführung der Lehre beeinflussen (siehe Tabelle 23). Im Kontext der Lehrgestaltung kann ferner die **berufliche**

**Sozialisation zum Arzt / zur Ärztin** im empirischen Rahmenmodell als ein Aspekt der Lehre in der Medizin berücksichtigt werden (siehe Abbildung 12). Hierbei können das *Aufzeigen von klinischem Anwendungsbezug* und das *Aufzeigen eines ärztlichen Habitus* eine Relevanz für die Lehre in der Medizin einnehmen. Neben dieser eher impliziten Lehrgestaltung, die meist durch die Beobachtung der ärztlichen Berufspraxis erfolgt, kann die **Wissensvermittlung** durch konkrete Lehrhandlungen definiert werden (siehe Abbildung 12). Wie Tabelle 23 zu entnehmen ist, können das *reflektierende Üben von ärztlichen Handlungen*, die *Erläuterung von medizinischen Abläufen* und die *Orientierung an ärztlicher Berufspraxis* in das empirische Rahmenmodell dieser Arbeit integriert werden. Als eine weitere Spezifität in der Medizin und Ausdifferenzierung des empirischen Rahmenmodells kann die **Bedeutung von Lehre und Didaktik** aus den Daten herausgearbeitet werden. Folglich kann der *Relevanz von Lehrengagement* im Hinblick auf die wissenschaftliche Weiterqualifikation und die Aufgabenvielfalt der Ärzt\*innen weniger Bedeutsamkeit als der Patient\*innenversorgung und Forschung beigemessen werden. Diese Bedeutsamkeit kann weitergehend im *medizinischen Blick auf Didaktik* veranschaulicht werden. Demnach kann Didaktik bei der Wissensvermittlung als optional angesehen werden, da die Vermittlung von Faktenwissen und die Behandlung der Patient\*innen vor der didaktischen Aufbereitung der Lehr-/Lernsituation anzusehen sind. Die *Lehre als Entertainment* als weiterer Aspekt des empirischen Rahmenmodells (siehe Tabelle 23) kann das Verständnis der Teilnehmenden von Lehre beschreiben. Folglich versuchen die Teilnehmenden, die Lernenden zu aktivieren und zu motivieren; dies deutet auf einen Entertainmentcharakter in der Lehr-/Lernsituation und ein Rollenverständnis als Animateur\*in hin.

Tabelle 23: Detaillierte Übersicht über die Ergebnisse der Lehre in der Medizin

<b>LEHRE IN DER MEDIZIN</b>	
<b>Lehranlässe</b>	
-	Geplantes Lehren anhand eines konkreten Falls
-	Implizites Lehren durch die ärztliche Berufspraxis
<b>Lehrgestaltung</b>	
•	<b>Planbarkeit der Lehre im Berufsalltag</b>
-	Abhängigkeit von Patient*innen und Erkrankungen
-	Kurzfristige Übernahme von Aufgaben
-	Ärztliche Erreichbarkeit während der Lehre
•	<b>Berufliche Sozialisation zum Arzt / zur Ärztin</b>
-	Aufzeigen von klinischem Anwendungsbezug
-	Aufzeigen eines ärztlichen Habitus

- **Wissensvermittlung**
  - Reflektierendes Üben von ärztlichen Handlungen
  - Erläuterung von medizinischen Abläufen
  - Orientierung an der ärztlichen Berufspraxis

**Bedeutung von Lehre und Didaktik**

- Relevanz von Lehrengagement
- Lehre als Entertainment
- Medizinischer Blick auf Didaktik

Zusammenfassend kann die Lehre in der Medizin als eine Besonderheit des empirischen Rahmenmodells hervorgehoben werden. Insbesondere die Lehranlässe und die Lehrgestaltung unterscheiden sich im Hinblick auf die klassischen Lehr-/Lernsettings. Diese Besonderheit wird im Verlauf der Arbeit durch die Verbindung dieser Komponente und weiterer Komponenten des empirischen Modells an gegebener Stelle verdeutlicht. Die Lehre in der Medizin kann als eine Spezifität der speziellen Organisation Universitätsklinikum angesehen werden, daher gibt es im empirischen Rahmenmodell die Möglichkeit einer Beeinflussung zwischen den Bedingungen der organisationalen Lernkultur und der Lehre in der Medizin (siehe Abbildung 12).

### 12.3 Die organisationale Lernkultur als Komponente des empirischen Rahmenmodells

Anknüpfend an die Lehre in der Medizin kann die organisationale Lernkultur eine weitere Komponente des empirischen Rahmenmodells (siehe Abbildung 13) darstellen, die bereits im theoretischen Modell berücksichtigt wird. Die gestrichelten Pfeillinien in Abbildung 13 stellen einen möglichen Einfluss der organisationalen Lernkultur auf die Teilnehmenden dar. Vor dem Hintergrund der Bedeutungszuschreibung und Relevanzsetzung der Teilnehmenden können das Verhalten von Organisationsmitgliedern, das Transferklima sowie organisationale Rahmenbedingungen einen Einfluss auf die Teilnehmenden ausüben. Darüber hinaus können sich die Bedingungen der Lehre in der Medizin und die organisationale Lernkultur gegenseitig bedingen und einen Einfluss aufeinander ausüben. Dies kann zum einen theoretisch begründet werden, da die Lehre in der Medizin unter anderem auf den organisationalen Rahmenbedingungen und dem ärztlichen Berufsalltag (siehe Kapitel 2) beruhen kann und durch die Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden eine Relevanz für die Bearbeitung der Forschungsfrage erhält. Überdies kann die Lehre als ein Aufgabenbereich der speziellen Organisation Universitätsklinikum verstanden werden (siehe Kapitel 1). Zum anderen weisen die Daten darauf hin, dass basierend auf dem Einfluss des Universitätsklinikums und

struktureller Aspekte die Lehre in der Medizin gestaltet wird. Daher können sich die organisationale Lernkultur und die Lehre in der Medizin in diesem empirischen Rahmenmodell gegenseitig bedingen.

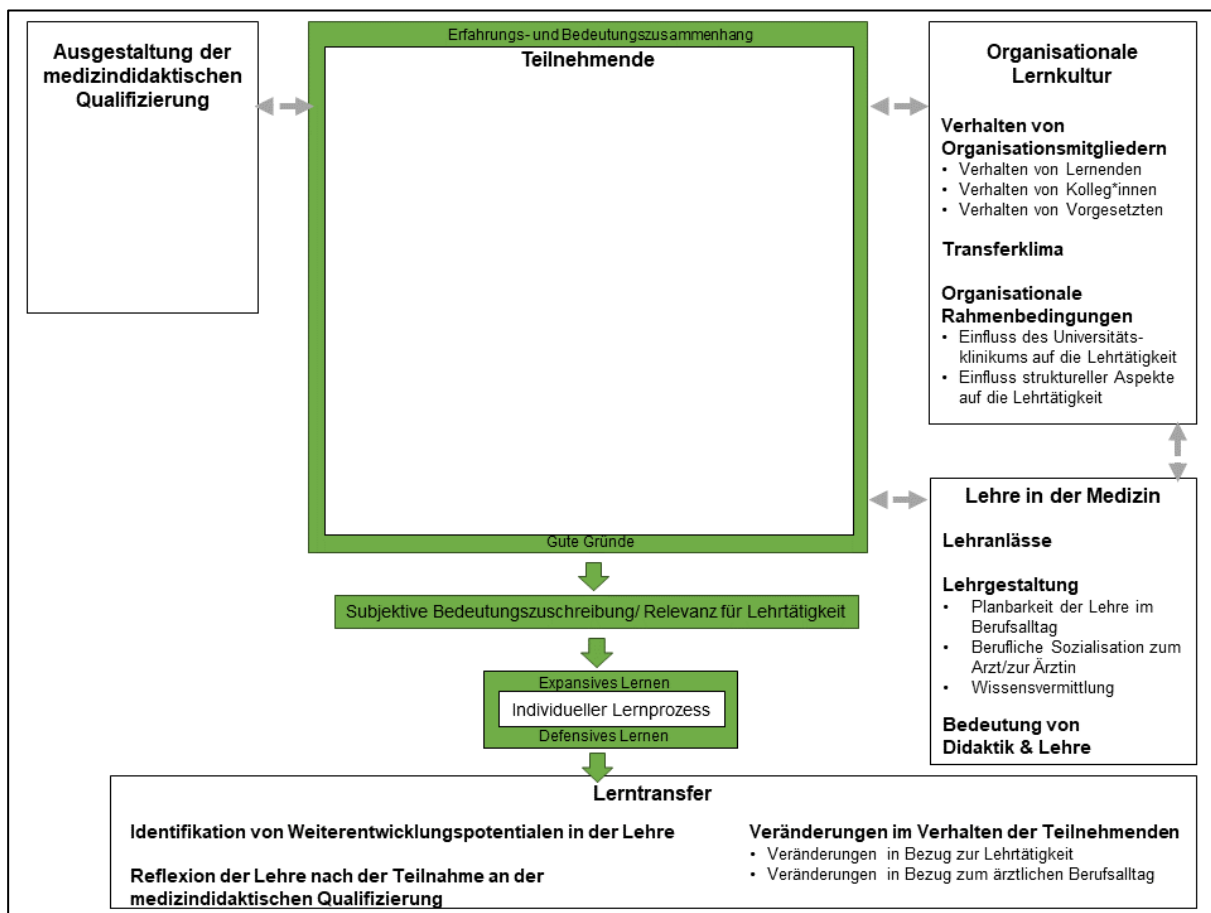


Abbildung 13: Empirisches Rahmenmodell des Lerntransfers in der Medizindidaktik mit Fokus auf die organisationale Lernkultur (eigene Darstellung)

Wie der Abbildung 13 zu entnehmen ist, kann in der Gesamtbetrachtung des empirischen Rahmenmodells dem Verhalten von Organisationsmitgliedern, spezifischer dem Verhalten von Lernenden, Kolleg\*innen und Vorgesetzten, dem Transferklima sowie den organisationalen Rahmenbedingungen, die zum einen den Einfluss des Universitätsklinikums und zum anderen den Einfluss der strukturellen Aspekte auf die Lehrtätigkeit thematisieren, auf der formalen Ebene eine Bedeutung für den Lerntransfer zugesprochen werden. Da das empirische Rahmenmodell bei der grafischen Darstellung auf der formalen Ebene verbleibt, folgen untenstehend in Tabelle 24 die aus den Daten generierten materialen Kategorien, die das Ergebnis der Bearbeitung der Forschungsfrage darstellen. Des Weiteren werden ausgewählte Ergebnisse der organisationalen Lernkultur im Gesamtzusammenhang des empirischen Modells betrachtet und eine Abgrenzung zu dem theoretischen Rahmenmodell vorgenommen. Wie bereits in Kapitel 4.6.3 hervorgehoben, kann aus dem Lerntransferdiskurs die Bedeutung der Unterstützung von Kolleg\*innen und Vorgesetzten für den Lerntransfer im Rahmen des

theoretischen Rahmenmodells betont werden. Der Austausch im Kollegium, als ein Aspekt des **Verhaltens von Kolleg\*innen**, stellt dabei einen transferförderlichen Aspekt dar, der auch aus den empirischen Daten herausgearbeitet werden kann (siehe Abbildung 13). Im Kontext der Befunde zum Lerntransfer in dieser Arbeit kann eine Verbindung zur Identifikation von Weiterentwicklungspotentialen nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung vermutet werden. So können *organisationale Strukturen zum Austausch über Lehre*, die *Einforderung der Unterstützung von Kolleg\*innen* sowie eine *Stärkung des Bewusstseins für die Lehrtätigkeit im Kollegium* (siehe Kapitel 11.1) als Anknüpfungspunkte zwischen dem Lerntransfer und der organisationalen Lernkultur aufgefasst werden. Daraus kann die Vermutung abgeleitet werden, dass nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung eine Identifikation von Weiterentwicklungspotentialen erfolgt. Diese Identifikation kann durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung und durch die Bedingungen in der Organisation angeregt worden sein.

Neben den Kolleg\*innen können bereits im theoretischen Rahmenmodell die Studierenden als Teil der Organisation berücksichtigt werden. Durch die Analyse der Daten kann den Lernenden eine Bedeutung für das Gelingen der Lehre zugesprochen werden. Demnach kann das **Verhalten von Lernenden** durch eine *unzureichende inhaltliche Vorbereitung* und *Unaufmerksamkeit in der Lehr-/Lernsituation* die Teilnehmenden vor Herausforderungen in der Lehre stellen (siehe Tabelle 24).

Das **Verhalten von Vorgesetzten** kann in dieser Studie ebenfalls als relevanter Aspekt der organisationalen Lernkultur herausgearbeitet werden (siehe Abbildung 13). Dieser Befund ist anschlussfähig an das im theoretischen Rahmenmodell definierte Bereitstellen von Ressourcen. Somit kann geschlussfolgert werden, dass die Unterstützung von Kolleg\*innen und die Unterstützung von Vorgesetzten unabhängig von der fachlichen Ausrichtung einer Weiterbildung, im Sinne der medizindidaktischen Qualifizierung, eine Relevanz für den Lerntransfer einnehmen können. Auffällig erscheinen die Befunde aus den empirischen Daten, in denen die Vorgesetzten ihr *Einverständnis zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung* aussprechen und eine *Kontrolle der studentischen Bewertungen der Lehre* vollzogen wird (siehe Tabelle 24). Es kann spekuliert werden, dass durch die organisationalen Rahmenbedingungen und die in dieser Arbeit herausgearbeitete Besonderheit der Lehre in der Medizin die Beschäftigung mit und Qualifizierung in Medizindidaktik nicht als selbstverständlich erachtet werden können. Es kann vermutet werden, dass die *Relevanz des Lehrengagements*, der *medizinische Blick auf Didaktik* (Kapitel 7.3), eine *fehlende Freistellung für Lehraktivitäten*, eine *fehlende Ansprechperson für Lehre* sowie eine *unzureichende Vorbereitung auf die Lehrtätigkeit durch die Organisation* beeinflussende Aspekte darstellen können (siehe Tabelle 24). So kann vor diesem Hintergrund vorsichtig interpretiert werden, dass die **organisationalen Rahmenbedingungen** sowie die Bedeutung von Didaktik und

Lehre dazu führen können, dass das Einverständnis zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung etwas Besonderes darstellt, da die *Relevanz der ärztlichen Berufspflichten* und die *Relevanz der Lehrtätigkeit* nicht immer als gleichwertig angesehen werden. In Bezug zum **Transferklima**, das mit den Einstellungen zu Lernen, Veränderungen und Weiterbildungen aus dem theoretischen Modell vergleichbar ist, kann in dem empirischen Rahmenmodell die *Offenheit für Veränderungen in der Lehre* herausgearbeitet werden (siehe Tabelle 24). In Abgrenzung zu dem theoretischen Modell kann in den empirischen Daten eine weitere Spezifizierung des Transferklimas eruiert werden. In den Daten kann eine positive Reaktion der Kolleg\*innen auf Veränderungen und Vorschläge zur Weiterentwicklung der Lehre herausgearbeitet werden, die auf eine gewisse Offenheit für Veränderungen hindeutet. Ein interessantes Ergebnis stellt das *Hinterfragen der Lern- und Teilnahmemotivation* als ein Aspekt des Transferklimas dar, insofern als die Skepsis der Kolleg\*innen gegenüber einer Beschäftigung mit Medizindidaktik zum Ausdruck kommt. So kann vermutet werden, dass durch den *medizinischen Blick auf Didaktik* (Kapitel 7.3) das Hinterfragen der Lern- und Teilnahmemotivation begründet werden kann. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine Beschäftigung mit Medizindidaktik, neben der Patient\*innenversorgung, als optionale Beschäftigung angesehen wird und keine Notwendigkeit zur Qualifizierung in Medizindidaktik besteht. Vor dem Hintergrund des Lerntransfers können die *Stärkung des Bewusstseins für die Lehrtätigkeit im Kollegium* wie auch die *Relevanz von Medizindidaktik für die Teilnehmenden* (Kapitel 11.1 & 11.2) dieser Skepsis entgegenwirken. Daher kann die Vermutung geäußert werden, dass durch die medizindidaktische Qualifizierung zum einen die Bedeutung von Didaktik und Lehre verändert wird und zum anderen Weiterentwicklungspotentiale, wie beispielsweise die Stärkung des Bewusstseins für die Lehrtätigkeit, durch die medizindidaktische Qualifizierung angestoßen werden und nun eine Berücksichtigung im ärztlichen Berufsalltag der Teilnehmenden erhalten können.

Tabelle 24: Detaillierte Übersicht über die Ergebnisse der organisationalen Lernkultur

<b>ORGANISATIONALE LERNKULTUR</b>	
<b>Verhalten von Organisationsmitgliedern</b>	
• <b>Verhalten von Lernenden</b>	
- Unzureichende inhaltliche Vorbereitung von Lernenden	
- Unaufmerksamkeit in der Lehr-/Lernsituation	
• <b>Verhalten von Kolleg*innen</b>	
- Austausch über Lehrgestaltung	
• <b>Verhalten von Vorgesetzten</b>	
- Einverständnis zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung	
- Unterstützung bei der Weiterentwicklung der Lehre	
- Kontrolle der studentischen Bewertungen der Lehre	

**Transferklima**

- Schaffen von Anreizen für Lehrengagement
- Offenheit für Veränderungen in der Lehre
- Bewusstsein für ein positives Lehrklima
- Hinterfragen der Lern- und Teilnahmemotivation
- Implizite Auseinandersetzung mit didaktischen Themen im Kollegium

**Organisationale Rahmenbedingungen****• Einfluss des Universitätsklinikums auf die Lehrtätigkeit**

- Verbindung von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung
- Relevanz der ärztlichen Berufspflichten und der Lehrtätigkeit

**• Einfluss struktureller Aspekte auf die Lehrtätigkeit**

- Fehlende Freistellung für Lehraktivitäten
- Unzureichende Vorbereitung auf die Lehrtätigkeit durch die Organisation
- Fehlende Ansprechperson für Lehre
- Ermöglichung der Voraussetzungen zur Weiterentwicklung der Lehre

Im Kontext der Rahmenbedingungen der Organisation können einige Parallelen zwischen dem theoretischen und empirischen Modell herausgearbeitet werden, jedoch auch Alleinstellungsmerkmale des empirischen Materials, die auf die Besonderheit der Lehre in der Medizin und den Einfluss des Universitätsklinikums auf die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden zurückgeführt werden können. Bei dem empirischen Modell können der **Einfluss struktureller Aspekte auf die Lehrgestaltung** sowie der **Einfluss des Universitätsklinikums** (siehe Abbildung 13) untersucht und hierbei eine *fehlende Freistellung für Lehraktivitäten*, die *Relevanz der ärztlichen Berufspflichten und der Lehrtätigkeit* wie auch die *Verbindung von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung* herausgearbeitet werden (siehe Tabelle 24). Die empirischen Befunde weisen darauf hin, dass die Arbeitsbelastung durch die Aufgabenvielfalt von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung sowie der Stellenwert und die organisationale Verankerung von Zeiten für Lehre sich eher transferhemmend auswirken können. Diese Befunde lassen sich an die übergeordneten Ergebnisse des theoretischen Rahmenmodells anschließen und weiter für die Besonderheiten der Lehre in der Medizin spezifizieren. In Verbindung mit den Befunden zum Lerntransfer können zum einen das Weiterentwicklungspotential als die *inhaltliche Ausrichtung der Lehre an der ärztlichen Berufspraxis* und zum anderen das *Identifizieren von Lehrmomenten im klinischen Alltag* (Kapitel 11.2.1) als Veränderungen in der Lehrtätigkeit diskutiert werden. Vor dem Hintergrund, dass Lehranlässe in der medizinischen Lehre *implizit durch die ärztliche Berufspraxis* (Kapitel 7.1) ablaufen können, kann diese Verknüpfung der Befunde einen Mehrwert zur Bearbeitung der Forschungsfrage ergeben. Darüber hinaus stellt das *Aufzeigen eines ärztlichen Habitus*

eine weitere Besonderheit dar, die während der Patient\*innenversorgung vorgelebt wird (siehe Kapitel 7.2). All diese Hinweise lassen darauf schließen, dass die Lehre, neben der Forschung und Patient\*innenversorgung, durch eine inhaltliche Ausrichtung an der ärztlichen Berufspraxis sowie die Identifikation von Lehrmomenten im klinischen Alltag gestaltet werden kann. Dadurch kann das Lehren während der Patient\*innenversorgung strukturiert werden und die Teilnehmenden können Strukturen zur Verbindung von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung kennenlernen.

Insgesamt können die disziplinübergreifenden Ergebnisse des theoretischen Rahmenmodells zum Teil durch das empirische Modell bestätigt und durch neue Erkenntnisse sowie die Spezifität der Lehre in der Medizin und des Universitätsklinikums weiter ausdifferenziert werden. Insbesondere vor dem Hintergrund des Lerntransfers geben die empirischen Ergebnisse der organisationalen Lernkultur Diskussionsanlässe, die teilweise in diesem Kapitel wie auch im weiteren Verlauf dieser Arbeit ausgeführt werden.

#### 12.4 Die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung als Komponente des empirischen Rahmenmodells

Wie Abbildung 14 visualisiert, werden in diesem Kapitel jene Aspekte thematisiert, die auf eine lern- und transferförderliche didaktische Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung hinweisen. Folgend wird eine Diskussion anhand einiger ausgewählter Diskussionspunkte zur Abgrenzung des theoretischen Rahmenmodells und der Verbindung zum Lerntransfer dieser Arbeit fokussiert.

Wie in untenstehender Abbildung deutlich wird, kann die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung keinen direkten Einfluss auf den Lerntransfer ausüben. Vielmehr kann ein Einfluss der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung durch die Bedeutungszuschreibung und Relevanzsetzung der Teilnehmenden erfolgen.



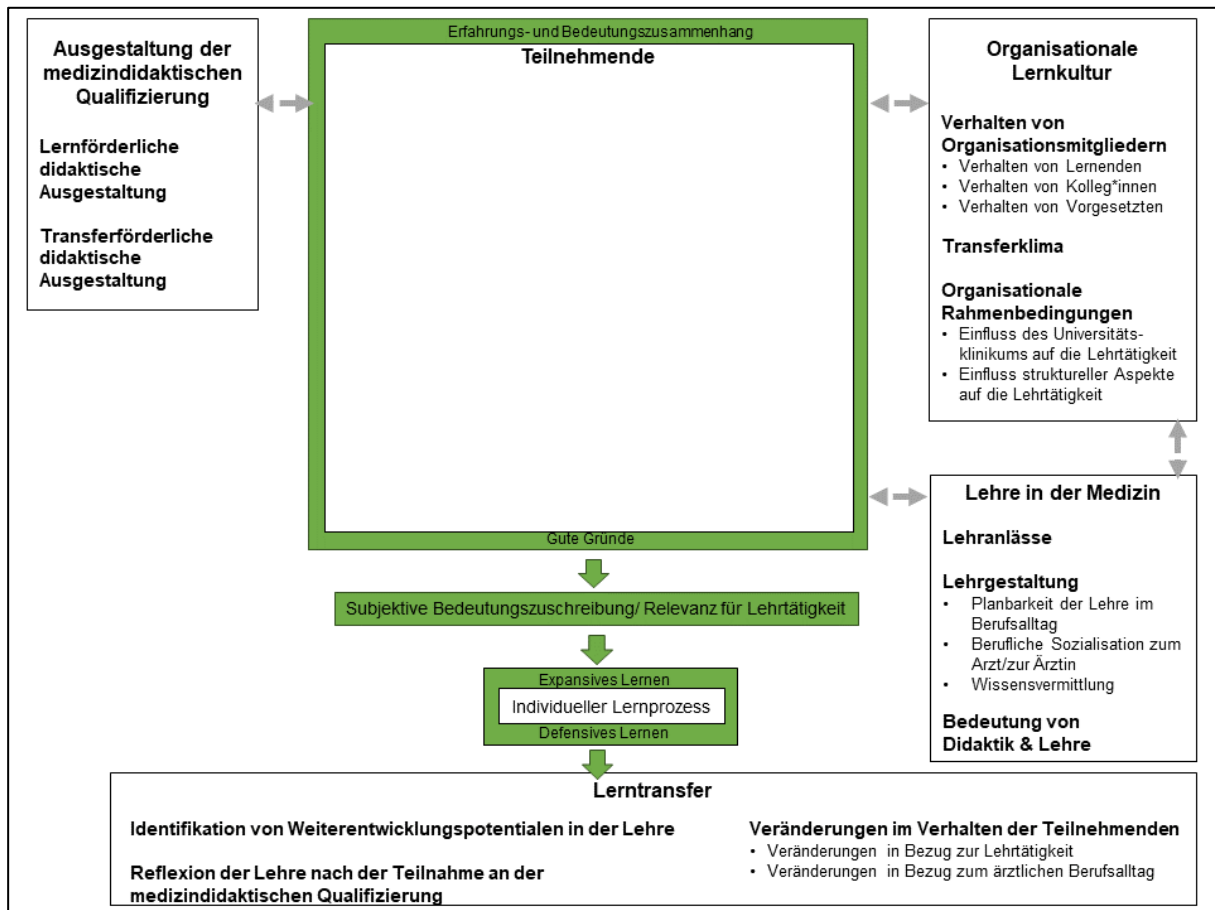


Abbildung 14: Empirisches Rahmenmodell des Lerntransfers in der Medizindidaktik mit Fokus auf die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung (eigene Darstellung)

In Abgrenzung zum theoretischen Rahmenmodell kann in dem empirischen Rahmenmodell eine Differenzierung der **lern- und transferförderlichen didaktischen Ausgestaltung** der medizindidaktischen Qualifizierung herausgearbeitet werden (siehe Abbildung 14 und Tabelle 25). Aus dem empirischen Material kann in Verbindung mit dem Lerntransfer in der Medizindidaktik der *Selbsterfahrung von didaktischen Methoden* und den *Alltagshandlungen als Sinnbild für eine didaktische Methode* eine Bedeutung zur Bearbeitung der Forschungsfrage zugeschrieben werden. Durch die Alltagshandlung des Krawattebindens, das keine typische Tätigkeit im ärztlichen Berufsalltag der Teilnehmenden darstellt, kann die didaktische Methode verinnerlicht werden. Alle interviewten Personen haben sich insbesondere an das Krawattebinden erinnert und somit kann diesem ein nachhaltiger Effekt zugesprochen werden. Die Selbsterfahrung kann in diesem Zusammenhang als ein Aspekt des Anwendens und Lernens verstanden werden. Die Teilnehmenden erhalten theoretischen Input zu didaktischen Methoden und haben gleichzeitig die Möglichkeit, diese selbst zu erleben, was den Lerntransfer unterstützen kann (siehe Kapitel 2.3). Im theoretischen Modell

dieser Arbeit erhält die Möglichkeit des Übens ebenfalls eine Relevanz für den Lerntransfer. Somit kann vermutet werden, dass die Möglichkeit zum Üben unabhängig vom Weiterbildungskontext als transferförderlicher Aspekt anzusehen ist. Spezifisch für die Medizindidaktik können die Selbsterfahrung wie auch die Alltagshandlungen für didaktische Methoden fachspezifisch als Unterstützungsmomente des Lerntransfers fungieren.

*Tabelle 25: Detaillierte Übersicht über die Ergebnisse der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung*

<b>AUSGESTALTUNG DER MEDIZINDIDAKTISCHEN QUALIFIZIERUNG</b>
<b>Lernförderliche didaktische Ausgestaltung</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Vorbereitungsaufgaben zur aktiven Auseinandersetzung mit den Themen</li><li>- Selbsterfahrung von didaktischen Methoden</li><li>- Anwendung von praktischen Beispielen aus der Berufspraxis</li><li>- Mikrodidaktische Anleitung von Gruppenarbeiten zur Anregung der Mitarbeit</li><li>- Reflexion über didaktische Methoden für die Lehre</li><li>- Diskussion über Lehrerfahrungen</li></ul>
<b>Transferförderliche didaktische Ausgestaltung</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Alltagshandlungen als Sinnbild für eine didaktische Methode</li><li>- Aktivierende Methoden zur Nutzung für die eigene Lehre</li><li>- Aufzeigen von Situationen und Handlungsstrategien für die Lehre</li></ul>

Bei der didaktischen Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung kann im theoretischen Modell die Nachbetreuung als transferförderlich herausgearbeitet werden. Aus der Analyse der empirischen Daten und dem Wissen der Forscherin über die Konzeption und Durchführung der medizindidaktischen Qualifizierung können bei der didaktischen Ausgestaltung keine Hinweise auf eine Nachbetreuung gefunden werden. Die Daten zeigen jedoch, dass die Teilnehmenden im Rahmen des Lerntransfers eine Identifikation von Weiterentwicklungspotentialen in der Lehre nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung in Form einer Nachbetreuung und eines Erfahrungsaustauschs wünschen (*organisationale Strukturen zum Austausch über Lehre*; siehe Kapitel 11.1). In diesem Kontext kann aus dem empirischen Rahmenmodell die *Diskussion über Lehrerfahrungen* (siehe Tabelle 25) als lernförderliches Element identifiziert werden. Es gibt Hinweise darauf, dass der Austausch während der medizindidaktischen Qualifizierung als lernförderlich anzusehen ist und eine weitere Beschäftigung mit Medizindidaktik und ein Austausch mit Kolleg\*innen gewünscht sind. Insbesondere vor dem Hintergrund einer *impliziten Beschäftigung mit Lehrgestaltung im Kollegium* und einer *fehlenden Ansprechperson in der Lehre* (Kapitel 8.3)

kann dieser Austausch über Lehrerfahrungen eine Möglichkeit eröffnen, über Lehrgestaltung ins Gespräch zu kommen.

Ferner können aus den empirischen Daten die *Reflexion von didaktischen Methoden für die Lehre*, die *Vorbereitungsaufgaben zur aktiven Auseinandersetzung mit Themen* wie auch eine *mikrodidaktische Anleitung von Gruppenarbeiten zur Anregung der Mitarbeit* als lern- und transferförderliche Elemente herausgearbeitet werden (siehe Tabelle 25). Wird dies in Verbindung mit den Ergebnissen des Lerntransfers betrachtet, können die oben genannten Aspekte der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung die Reflexion der eigenen Lehre nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung angeregt haben. Insbesondere die *Reflexion über die didaktische Ausgestaltung der eigenen Lehre* (Kapitel 11.3) kann durch die reflexive Auseinandersetzung mit didaktischen Methoden während der medizindidaktischen Qualifizierung angestoßen werden.

Zusammenfassend lassen die Daten die Vermutung zu, dass einige Aspekte der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung einen Beitrag zum Lerntransfer in der Medizindidaktik leisten können. Als Veränderungen im ärztlichen Berufsalltag der Teilnehmenden kann mehr Selbstsicherheit in der Lehre durch die medizindidaktische Qualifizierung aus den Daten herausgearbeitet werden. Hierbei betonen die Teilnehmenden, dass eine neue Sicherheit nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung vorhanden ist sowie auf ein Wissen über Handlungsmöglichkeiten und ein Repertoire an Methoden zurückgegriffen werden kann. Dies lässt den Schluss zu, dass der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung, in der didaktische Methoden selbst erfahren und reflektiert, praktische Beispiele aus der Berufspraxis genutzt sowie Handlungsstrategien für die Lehre aufgezeigt werden, eine Bedeutung für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden und den Lerntransfer zugeschrieben werden kann. Wenngleich kein kausaler Zusammenhang zwischen der didaktischen Ausgestaltung und den Veränderungen in der Lehre herzustellen ist, können die Daten zeigen, dass die Teilnehmenden über mehr Selbstsicherheit in der Lehre berichten und Themen aus der medizindidaktischen Qualifizierung ansprechen, die zu dieser gesteigerten Selbstsicherheit führen können.

## 12.5 Die Teilnehmenden als Ausgangspunkt für Lerntransfer

Die Teilnehmenden und ihre subjektive Sichtweise stehen im Fokus dieser Arbeit und werden in diesem Kapitel im Kontext des empirischen Rahmenmodells verortet und ausgewählte Aspekte des Lerntransfers diskutiert. Wie in Abbildung 15 dargestellt, stehen die Teilnehmenden im Zentrum des empirischen Rahmenmodells mit den guten Gründen sowie den Erfahrungs- und Bedeutungszusammenhängen. Daher können die Teilnehmenden als Ausgangspunkt für Lerntransfer angesehen werden. Nur über eine Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden können Lernen und darauf basierend Lerntransfer erfolgen.

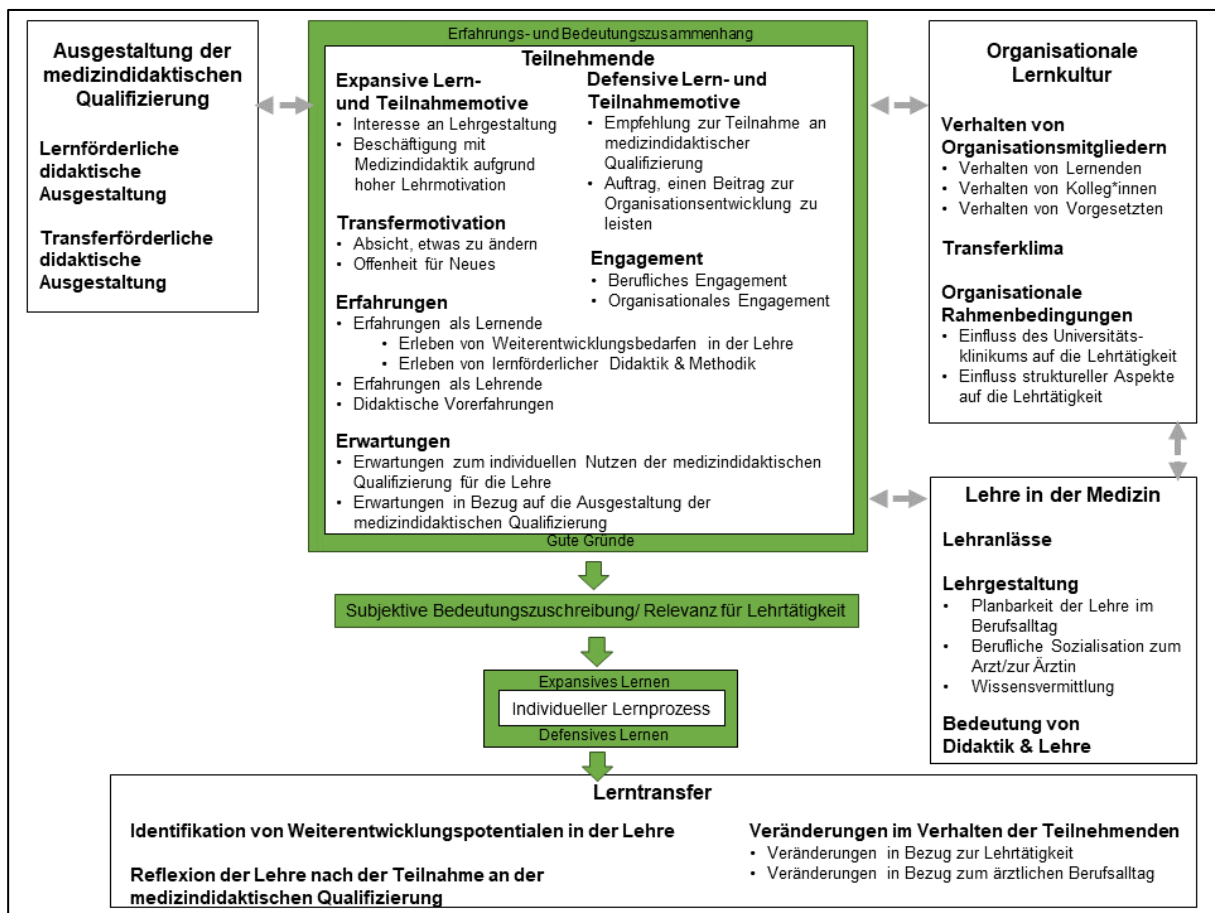


Abbildung 15: Empirisches Rahmenmodell des Lerntransfers in der Medizindidaktik (eigene Darstellung)

Wie in Abbildung 15 und auch schon im theoretischen Rahmenmodell dargestellt, werden die Teilnehmenden von einem grünen Rahmen umgeben. Dieser rahmt die Eigenschaften der Teilnehmenden vor dem Hintergrund der lerntheoretischen Sichtweise dieser Arbeit. Erst nach der subjektiven Bedeutungszuschreibung und Relevanzsetzung für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden kann es zu einer Lernhandlung, die auf einem individuellen Lernprozess basiert, kommen. Hierbei wird zwischen expansiven und defensiven Lerngründen (siehe Kapitel 5.4) unterschieden, da ein subjektorientiertes Verständnis von Lernen zugrunde gelegt wird. Da die grafische Gesamtdarstellung auf der formalen Ebene verbleibt, kann in Tabelle 26 und Kapitel 10 eine detaillierte Übersicht über die Ergebnisse der Teilnehmenden nachvollzogen werden.

In dem empirischen Rahmenmodell wird der Fokus der Teilnehmenden auf die Motivation, die Erfahrungen, das Engagement und die Erwartungen der Teilnehmenden gelegt. Aus dem empirischen Material können einige der Merkmale aus dem theoretischen Modell unter diese Dimensionen gefasst werden.

Werden die subjektiven Lernbegründungen zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung betrachtet, können für das empirische Rahmenmodell in Anlehnung an

Holzcamp expansive und defensive Lern- und Teilnahmegründe identifiziert werden (siehe Abbildung 15). Beide Arten der Motive basieren auf den guten Gründen der Teilnehmenden, die eine Wahrung oder Erweiterung der Lebensinteressen forcieren. Diese Spezifizierung der Lernbegründungen stellt eine zentrale Weiterentwicklung des empirischen Rahmenmodells, im Sinne des Erkenntnisinteresses dieser Arbeit, dar. Im Kontext der **expansiven Lern- und Teilnahmemotive** können durch das empirische Rahmenmodell im Rahmen der **Beschäftigung mit Medizindidaktik aufgrund hoher Lehrmotivation** die Intention, *dem eigenen Anspruch an Lehren gerecht zu werden*, und *Spaß an der Lehrtätigkeit* identifiziert werden. Überdies kann das **Interesse an Lehrgestaltung** als weiteres expansives Lern- und Teilnahmemotiv in dem empirischen Modell herausgestellt werden (siehe Abbildung 15). Hierbei kann basierend auf dem *grundlegenden Interesse an Didaktik* und der *Berücksichtigung von didaktischen Elementen in der Lehre* (siehe Tabelle 26) eine Bedeutungszuweisung durch die Teilnehmenden vermutet werden. Demzufolge kann den Teilnehmenden basierend auf einem Interesse und einer hohen Lehrmotivation die Beschäftigung mit medizindidaktischen Themen und der Lehrgestaltung im Allgemeinen als eine Erweiterung der Lebensinteressen interpretiert werden. Mit Hilfe der subjektorientierten Sichtweise kann die **Transfermotivation** die Erweiterung der Lebensinteressen und der Handlungsfähigkeit unterstützen. Wie Tabelle 26 zu entnehmen ist, können die subjektiven Lernbegründungen eine Absicht und Offenheit für Veränderungen in der Lehre erkennen lassen, die Parallelen zum organisationalen Engagement aufzeigen. Insbesondere die Identifizierung von Weiterentwicklungspotentialen für die Lehre vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung und die Erhöhung der Bereitschaft für Lehrthemen im Kollegium können auf ein ausgeprägtes organisationales Engagement hinweisen, das den Lerntransfer unterstützen kann. Demnach werden die Ziele der Organisation durch den Einsatz und die Bereitschaft der Teilnehmenden unterstützt, in diesem konkreten Fall die Weiterentwicklung der Lehre. Wie bereits zuvor thematisiert, können der *Wunsch nach regelmäßigem Austausch über Lehre* und *organisationale Strukturen zum Austausch über Lehre* (Kapitel 11.1), im Rahmen der Identifikation von Weiterentwicklungspotentialen in der Lehre nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung, als eine Schnittstelle des Lerntransfers interpretiert werden. Es kann vermutet werden, dass die Teilnehmenden bereits vor der Teilnahme über eine Motivation zum Austausch über Lehre verfügen und diese Motivation nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung durch organisationale Strukturen zur weiteren Beschäftigung mit Medizindidaktik verstärkt wird. Ferner können die Befunde der expansiven Lern- und Teilnahmemotive sowie die Ergebnisse der Transfermotivation im Zusammenhang mit den Ergebnissen des Lerntransfers betrachtet werden. Hierbei kann vermutet werden, dass eine hohe Lehrmotivation sowie die Offenheit für Neues, spezifischer die *kritische Selbstreflexion der Lehre*, vor der Teilnahme an der

medizindidaktischen Qualifizierung den Lerntransfer positiv beeinflussen können. All diese Befunde weisen darauf hin, dass der Lerntransfer, im Spezifischen die Reflexion der Lehre nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung, durch eine expansive Lern- und Teilnahmemotivation sowie eine Transfermotivation unterstützt werden kann. Bestanden zuvor die Bereitschaft für und das Interesse an Medizindidaktik und Lehrgestaltung sowie eine Lehrmotivation, kann dies ein unterstützendes Element im Transferprozess darstellen. Insbesondere die Offenheit für Neues kann im Hinblick auf die Reflexion der Lehre eine Unterstützung darstellen.

Betrachtet man die **defensiven Lern- und Teilnahmemotive** der Teilnehmenden, können einige Parallelen zu dem theoretischen Modell aufgezeigt und überdies eine weitere Spezifikation der defensiven Lerngründe herausgearbeitet werden. In dem empirischen Rahmenmodell kann unter dem Aspekt der defensiven Lern- und Teilnahmegründe die **Empfehlung zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung** durch die Organisation und den Auftrag, einen Beitrag zur Organisationsentwicklung zu leisten, herausgearbeitet werden (siehe Abbildung 15). Aus den empirischen Daten können das *Anstreben des Titels „Akademisches Lehrkrankenhaus“* und die *Teilnahme am Kurs als Nachweis für die Habilitation* als defensive Gründe identifiziert werden (siehe Tabelle 26). In diesem Zusammenhang können auch die Zertifikate und Abschlüsse als Teilnahmegrund aus dem theoretischen Modell herangezogen werden. Es kann vermutet werden, dass die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung unter anderem aufgrund der Bescheinigung der Teilnahme erfolgt, da eine Empfehlung der Medizinischen Fakultät formuliert wird und bei der anstehenden Änderung der Habilitationsordnung als Nachweis fungieren kann (siehe Kapitel 2). Es kann daher spekuliert werden, dass die Lern- und Teilnahmebereitschaft der Teilnehmenden durch Vorgaben und Bedingungen der Organisation und der Medizinischen Fakultät sowohl defensiver als auch expansiver Natur sein können. Die wissenschaftliche Weiterqualifikation im Rahmen der Habilitation stellt einen primär expansiven Lerngrund dar, der jedoch durch die Änderung der Habilitationsordnung einen Nachweis eines Hochschuldidaktik-Kurses für die Habilitation zu einem defensiven Lern- und Teilnahmegrund führen kann. Daher können Abschlüsse und Zertifikate aus dem theoretischen Modell in ausdifferenzierter Form in dem empirischen Modell eine Berücksichtigung erhalten. Im Zusammenhang mit der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung für einen Nachweis der didaktischen Qualifikation kann in dem empirischen Rahmenmodell das **berufliche Engagement** weitere gute Gründe der Teilnehmenden aufklären und diese in Abgrenzung zu dem theoretischen Modell weiter ausdifferenzieren (siehe Abbildung 15). So können die *Erfüllung von Habilitationsvoraussetzungen*, das *fachspezifische Zertifikat* und die *Anregung zum Masterstudium durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung* als Ausprägungen des beruflichen Engagements definiert

werden und eine Berücksichtigung im empirischen Rahmenmodell erhalten (siehe Tabelle 26). Diese Aspekte forcieren ein berufliches Engagement, das sich in der Entwicklung von Karriereoptionen durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung äußert. Dies kann in Abgrenzung zum **organisationalen Engagement** gesehen werden, bei dem die Teilnehmenden die Absicht verfolgen, die *Lehre in der Abteilung weiterzuentwickeln*, und das *Erkennen von Weiterentwicklungspotentialen in der ärztlichen Ausbildung*, basierend auf einer Identifikation mit der Organisation und deren Zielen, begründen (siehe Tabelle 26). Überdies kann vermutet werden, dass das organisationale Engagement im Kontext der Identifikation von Weiterentwicklungspotentialen in der Lehre die *Stärkung des Bewusstseins für die Lehrtätigkeit im Kollegium* (Kapitel 11.1) beeinflussen kann. Die Daten lassen die Vermutung zu, dass bereits vor der Teilnahme ein organisationales Engagement, im Sinne einer Identifikation mit den Organisationszielen, bestand und nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung spezifische Weiterentwicklungspotentiale im Kontext dieses Engagements identifiziert werden.

*Tabelle 26: Detaillierte Übersicht über die Ergebnisse der Teilnehmenden*

<b>TEILNEHMENDE</b>
<p><b>Lern-, Teilnahme- und Transfermotivation</b></p> <p><b>Expansive Lern- und Teilnahmemotive</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Interesse an Lehrgestaltung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundlegendes Interesse an Didaktik</li> <li>- Interesse an der Berücksichtigung von didaktischen Elementen in der Lehre</li> </ul> </li> <li>• <b>Beschäftigung mit Medizindidaktik aufgrund hoher Lehrmotivation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spaß an der Lehrtätigkeit</li> <li>- Dem eigenen Anspruch an Lehren gerecht werden</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Defensive Lern- und Teilnahmemotive</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Empfehlung zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anstreben des Titels „Akademisches Lehrkrankenhaus“</li> <li>- Teilnahme am Kurs als Nachweis für die Habilitation</li> </ul> </li> <li>• <b>Auftrag, einen Beitrag zur Organisationsentwicklung zu leisten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rekrutierung von Nachwuchs durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung</li> <li>- Weiterentwicklung der Ausbildung und Lehre</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Transfermotivation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Absicht, etwas zu ändern</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wunsch nach regelmäßigem Austausch über Lehre</li> <li>- Erhöhung der Bereitschaft für Lehrthemen im Kollegium</li> <li>- Identifizierung von Weiterentwicklungspotentialen für die Lehre</li> </ul> </li> </ul>

- **Offenheit für Neues**
  - Kritische Selbstreflexion der Lehre
  - Bereitschaft, etwas Neues zu lernen

### **Engagement**

- **Berufliches Engagement als Entwicklung von Karriereoptionen**
  - Anregung zum Masterstudium durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung
  - Erfüllung von Habilitationsvoraussetzungen durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung
  - Fachspezifisches Zertifikat durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung
- **Organisationales Engagement als Identifikation mit den Zielen der Organisation**
  - Absicht, die Lehre in der Abteilung weiterzuentwickeln
  - Erkennen von Weiterentwicklungspotentialen in der ärztlichen Ausbildung

### **Erfahrungen**

- **Erfahrungen als Lernende**
  - **Erleben von Weiterentwicklungsbedarfen in der Lehre**
    - Kommunikation in Lehrsituationen
    - Methodik zur Vermittlung von praktischen Fertigkeiten
    - Wertschätzung der Lernenden
  - **Erleben von lernförderlicher Didaktik**
    - Gestaltung von Vorträgen
- **Erfahrungen als Lehrende**
  - Subjektiv erlebter Lehrerfolg
  - Erleben von Sicherheit durch Routine
- **Didaktische Vorerfahrungen**
  - Vorerfahrungen durch die Teilnahme an Kursen im akademischen Kontext
  - Vorerfahrungen durch die Teilnahme an nicht akademischen Kursen
  - Wiedererkennen von didaktischen Methoden
  - Anknüpfen an didaktisches Vorwissen

### **Erwartungen an die medizindidaktische Qualifizierung**

- **Erwartungen zum individuellen Nutzen der medizindidaktischen Qualifizierung für die Lehre**
  - Didaktische Methoden zum unmittelbaren Einsatz in der Lehre
  - Handlungsanleitung zur professionellen Lehrgestaltung
- **Erwartungen in Bezug auf die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung**



- Möglichkeit der Lehrberatung und gemeinsamen Reflexion der Lehre
- Verknüpfung von Wissensvermittlung und Anwendungsorientierung
- Behandlung spezifischer didaktischer Perspektiven

In dem empirischen Modell können, neben den Erfahrungen als Lernende, auch die Erfahrungen als Lehrende eine Bedeutung für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden einnehmen (siehe Abbildung 15). Dies stellt eine weitere Ausdifferenzierung des empirischen Rahmenmodells dar. Unter dem Aspekt der **Erfahrung als Lernende** können aus den Daten das Erleben von Weiterentwicklungsbedarfen in der Lehre, im Kontext der *Kommunikation in Lehrsituationen*, der *Methodik zur Vermittlung von praktischen Fertigkeiten* und der *Wertschätzung für Lernende*, sowie das Erleben von lernförderlicher Didaktik & Methodik im Kontext der *Gestaltung von Vorträgen* herausgearbeitet werden (siehe Tabelle 26). So können das theoretische und empirische Rahmenmodell eine Bedeutung der Lernerfahrung für die Teilnehmenden herausarbeiten und insbesondere vor dem Hintergrund einer Subjektorientierung die Erfahrungen der Teilnehmenden als Ausgangspunkt für weitere Lern- und Transferprozesse angesehen werden. Diese Befunde müssen jedoch von den Erkenntnissen der Forschungsgruppe um Griewatz (2017) abgegrenzt werden, da diese postulieren, dass Lernerfahrungen das spätere Lehren in dem Maße prägen können, dass das Verhalten der Lehrenden übernommen wird. In dem empirischen Material kann die gegenläufige Tendenz wahrgenommen werden; die Teilnehmenden grenzen sich bewusst von den eigenen Lernerfahrungen ab und formulieren Absichten zur Weiterentwicklung der eigenen Lehre. Im Kontext der Ergebnisse des Lerntransfers kann vor allem die Lernerfahrung der Nutzung von *Methodik zur Vermittlung von praktischen Fertigkeiten* in Verbindung mit einem *didaktischen Vorgehen bei der Anleitung praktischer Fertigkeiten* betrachtet werden (Kapitel 11.2.1). In diesem Zusammenhang kann darauf verwiesen werden, dass eine interviewte Person vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung über eine Lernerfahrung berichtet, die eine fehlende Methodik zur Vermittlung von praktischen Fertigkeiten thematisiert, und die gleiche Person nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung ein Bewusstsein für die Einsatzmöglichkeiten von didaktischen Elementen in der Lehre äußert, die das didaktische Vorgehen bei der Anleitung von praktischen Fertigkeiten fokussieren. Es kann spekuliert werden, dass diese frühere Lernerfahrung, die eher negativ in Erinnerung geblieben ist, in Verbindung mit medizindidaktischen Inhalten zu einer Veränderung in Bezug auf die Lehrtätigkeit führen kann. Im Kontext der **Erfahrungen als Lehrende** können für das empirische Rahmenmodell der *subjektiv erlebte Lehrerfolg* und das *Erleben von Sicherheit durch Routine* als Weiterentwicklungen des Modells hervorgehoben werden (siehe Tabelle 26). Die

Teilnehmenden weisen den spezifischen Erfahrungen in der Lehre eine Bedeutung für die Lehrtätigkeit zu; so kann folglich durch häufiges Lehren und Wiederholen eine Sicherheit für die Teilnehmenden empfunden werden. Dieser Sicherheitsaspekt wird ebenfalls bei den Veränderungen im Verhalten der Teilnehmenden nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung thematisiert. Demnach kann für die Lehrtätigkeit *mehr Selbstsicherheit in der Lehre durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung* (Kapitel 11.2.1) als ein Ergebnis des Lerntransfers interpretiert werden. Dieses Sicherheitsempfinden kann auf der Grundlage von einem Methodenrepertoire und Handlungsanleitungen durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung definiert werden, was einen Hinweis auf eine Eigenverantwortlichkeit in der Lehre gibt.

In diesem Zusammenhang können die Ergebnisse der **Erwartungen** an die medizindidaktische Qualifizierung ebenfalls eine Verbindung zu *mehr Selbstsicherheit in der Lehre durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung* (Kapitel 11.2.1) geben. In Abgrenzung zu dem theoretischen Modell kann bei dem empirischen Modell vor allem an die **Erwartungen der Teilnehmenden zum individuellen Nutzen der medizindidaktischen Qualifizierung für die Lehre** angeknüpft werden (siehe Abbildung 15). In diesem Zusammenhang können aus den Daten eine *Handlungsanleitung zur professionellen Lehrgestaltung* und *didaktische Methoden zum unmittelbaren Einsatz in der Lehre* identifiziert werden (siehe Tabelle 26). Diese Ausdifferenzierung der Erwartungen kann an die theoretischen Befunde anschließen; so weisen die Daten darauf hin, dass die Anwendbarkeit und Nützlichkeit durch Handlungsanleitungen und den unmittelbaren Einsatz durch die Teilnehmenden erwartet werden können. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse des Lerntransfers, spezifischer *mehr Selbstsicherheit in der Lehre durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung* (Kapitel 11.2.1), können diese Erwartungshaltungen erfüllt werden. So weisen die Daten darauf hin, dass nach der Teilnahme eine neue Selbstsicherheit erzielt werden kann, da die Teilnehmenden Handlungsanleitungen und Methoden zur Anwendung in der Lehre erhalten haben. Durch die **Erwartungen in Bezug zur Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung** kann die *Verknüpfung von Wissensvermittlung und Anwendungsorientierung* einen erneuten Hinweis auf den ärztlichen Handlungsmodus geben, der ebenfalls in der Lehre angewandt wird. Demnach kann spekuliert werden, dass die Teilnehmenden in Anlehnung an die Lehrgestaltung in der Medizin (*Aufzeigen eines klinischen Anwendungsbezugs*; Kapitel 7.2.2) die Erwartung an die medizindidaktische Qualifizierung formulieren, da dies dem ärztlichen Berufsalltag und dem Handlungsmodus der Teilnehmenden entspricht. Folglich kann geschlussfolgert werden, dass die Erwartungen der Teilnehmenden durch die eigene Lehrtätigkeit geprägt werden können. Im Kontext der *Möglichkeit der Lehrberatung und gemeinsamen Reflexion der Lehre* als einer Erwartung an die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung kann vermutet

werden, dass dieser reflexive Prozess bewusst während der medizindidaktischen Qualifizierung stattfinden soll, damit die Teilnehmenden Rückmeldungen zu der Lehrtätigkeit erhalten können. Dies kann einen weiteren Hinweis auf eine Eigenverantwortlichkeit in der Lehre geben, der durch eine Reflexion in der medizindidaktischen Qualifizierung mit einer Lehrberatung begegnet werden kann.

Zusammenfassend lässt sich herausstellen, dass auf der Ebene der Teilnehmenden viele Anknüpfungspunkte zwischen dem theoretischen und empirischen Rahmenmodell zu finden sind. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass die individuellen Eigenschaften (der Teilnehmenden) im Lerntransferdiskurs ein überrepräsentatives Forschungsinteresse gegenüber den anderen Dimensionen erhalten (vgl. z. B. Holton, 2005, 39; Weinbauer-Heidel, 2016, 66) und somit die individuellen Aspekte der Teilnehmenden tiefergehend erforscht sind als die übrigen Dimensionen des empirischen Modells. Ferner kann vermutet werden, dass diese Ebene weniger von der fachlichen Ausrichtung einer Weiterbildung tangiert wird als die Ausgestaltung oder die organisationale Lernkultur. Vor dem Hintergrund der Subjektorientierung erhalten zum einen die Erfahrungen und zum anderen die Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden für die eigene Lehrtätigkeit, die in dem empirischen Rahmenmodell mit mehr Spezifität dargestellt werden können, einen besonderen Stellenwert in dieser Arbeit. Überdies berücksichtigt das empirische Rahmenmodell die Besonderheiten der Lehre in der Medizin, die einen Einfluss auf die Erwartungen, Erfahrungen und die Motivation der Teilnehmenden ausüben können.

## DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Durch die Erarbeitung des empirischen Rahmenmodells kann herausgearbeitet werden, wie sich der Lerntransfer in der Medizindidaktik ausgestaltet. In diesem Kontext können bereits erste Verbindungen und Zusammenhänge zwischen den Modellkomponenten aufgezeigt werden. Neben einer isolierten Betrachtung der einzelnen Kategorien und deren inhaltlicher Ausprägungen in den vorherigen Kapiteln kann nun eine ebenenspezifische Betrachtung der einzelnen Komponenten im Kontext des Lerntransfers vorgenommen werden. Diese Betrachtung wird durch zwei Vorgehensweisen bestimmt. Während der Lerntransfer im Zusammenhang mit den anderen Modellkomponenten erläutert wird und versucht wird, beeinflussende Aspekte herauszuarbeiten, werden die Lehre in der Medizin, die organisationale Lernkultur, die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung wie auch die Teilnehmenden im Rahmen der gesamten Ebene der jeweiligen Modellkomponente zusammengefasst. Ziel ist es, die je spezifischen Gesamtzusammenhänge der Modellkomponenten hervorzuheben und die Bedeutung für den Lerntransfer zu beleuchten sowie in diesem Zusammenhang Aspekte herauszustellen, die den Lerntransfer beeinflussen können. Um den Lerntransfer in der Medizindidaktik schlussendlich über das gesamte empirische Rahmenmodell zusammenzufassen und zentrale Befunde zu resümieren, werden ebenenübergreifende Zusammenhänge dieser Arbeit verdeutlicht (Kapitel 18).

### 13. Lerntransfer in der Medizindidaktik

Werden die Befunde zum Lerntransfer mit den bereits analysierten Daten verbunden, so kann herausgestellt werden, dass die Transfermotivation der Teilnehmenden, im Spezifischen die Identifizierung von Weiterentwicklungspotentialen, bereits vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung als Absicht benannt wird. Bei der Identifikation von Weiterentwicklungspotentialen in der Lehre können aus den Daten konkrete Möglichkeiten und Ideen zur Umsetzung dieser Weiterentwicklungspotentiale herausgearbeitet werden. Ferner können durch die ganzheitliche Betrachtung der Ebenen der Teilnehmenden, der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung, der organisationalen Lernkultur und der Lehre in der Medizin Vermutungen zu Zusammenhängen und beeinflussenden Aspekten formuliert werden. Hierbei können in den Daten Hinweise auf eine Bedeutungszuschreibung durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung im Hinblick auf die Identifikation dieser Weiterentwicklungspotentiale erkannt werden. In der zusammenfassenden Betrachtung der Ergebnisse des Lerntransfers können zwei übergeordnete Themen herausgearbeitet werden, die die Ergebnisse des Lerntransfers

rahmen. So kann die subjektive Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden für die Lehrgestaltung (Kapitel 13.1) auf unterschiedlichen Ebenen betrachtet werden. Ferner kann der empfundene Stellenwert der Lehre (Kapitel 13.2) als ein weiterer übergeordneter Aspekt des Lerntransfers in der Medizindidaktik herausgestellt werden.

### 13.1. Subjektive Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden für Lehrgestaltung

Die Lehrgestaltung erhält nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung eine subjektive Bedeutungszuschreibung durch die Teilnehmenden auf unterschiedlichen Ebenen. Demnach kann aus den Ergebnissen des Lerntransfers bei der Identifikation von Weiterentwicklungspotentialen in der Lehre, den Veränderungen im Verhalten der Teilnehmenden und der Reflexion der eigenen Lehre nach der medizindidaktischen Qualifizierung eine Bedeutungszuschreibung auf der inhaltlichen, methodischen und reflexiven Ebene zusammengefasst werden. Darüber hinaus kann eine Bedeutung für die Lehrgestaltung durch die bereits in den Daten analysierte implizite Lehre durch die ärztliche Berufspraxis erklärt werden.

#### 13.1.1 Inhaltliche Ebene der Lehrgestaltung

Im Kontext der Identifikation von Weiterentwicklungspotentialen in der Lehre kann auf der materialen Ebene die inhaltliche Ausrichtung der Lehre an der ärztlichen Berufspraxis nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung als Weiterentwicklungspotential in der Lehre betrachtet werden. So kann aus den Daten geschlossen werden, dass die Lehre stärker das klinische Denken adressieren sollte, und daher wird dieses Potential zur Weiterentwicklung an dem Beispiel der Ausgestaltung von E-Learning-Fällen verdeutlicht. Darüber hinaus kann aus den bereits analysierten Daten eine berufliche Sozialisation zum Arzt / zur Ärztin als ein Aspekt der Lehre in der Medizin herausgestellt werden. Dabei können das Aufzeigen von klinischem Anwendungsbezug und das Aufzeigen eines ärztlichen Habitus als Teilaspekte davon definiert werden (Kapitel 7.2.2). Der ärztliche Habitus umfasst „*medizinisches Denken*“ und „*medizinische Struktur*“ (siehe Kapitel 7.2.2) und kann auf eine Berufssozialisation abzielen. Ferner kann durch das Aufzeigen eines klinischen Anwendungsbezugs die Verwertbarkeit von Wissen und Informationen im klinischen Kontext unterstützt werden. Diese beiden Aspekte können die Notwendigkeit für die inhaltliche Ausrichtung der Lehre an der ärztlichen Berufspraxis unterstützen. Zusätzlich können in der Medizin Lehranlässe nicht nur geplant anhand eines konkreten Falls durchgeführt werden, sondern auch als implizites Lehren durch die ärztliche Berufspraxis (Kapitel 7.1) verstanden werden. Auch hierbei werden die Lernenden durch die Ausrichtung der Lehre an der

Berufspraxis auf diese vorbereitet und können Lehrinhalte in den Kontext des ärztlichen Berufsalltags einordnen. Die Orientierung an der ärztlichen Berufspraxis in der Lehre als Ergebnis dieser Arbeit geht auch mit den theoretischen Forderungen und der Diskussion um die Ausgestaltung der medizinischen Lehre einher (siehe Kapitel 2). So kritisiert Fabry (2016), dass die Studierenden in unzureichender Weise auf die ärztliche Berufspraxis vorbereitet werden. Insbesondere die Ausrichtung der Lehre am klinischen Alltag der Ärzt\*innen kann die Studierenden auf den ärztlichen Berufsalltag vorbereiten und das klinische Denken fördern. Wie bereits beschrieben, kann durch die Änderung der ärztlichen Approbationsordnung eine Hinwendung zur fallbasierten Problemorientierung beobachtet werden. Diese Problemorientierung hat strukturelle Ähnlichkeiten mit der ärztlichen Berufspraxis, da Patient\*innen mit einem Anliegen die Ärzt\*innen aufsuchen (vgl. Fabry, 2016, 144 f.). Demnach kann diesem Weiterentwicklungspotential, der inhaltlichen Ausrichtung der Lehre an der ärztlichen Berufspraxis, durch spezifische Lehrmethoden, wie beispielsweise das problemorientierte Lernen, begegnet werden.

In diesem Zusammenhang können zusätzlich Veränderungen im Verhalten der Teilnehmenden in Bezug zu dem ärztlichen Berufsalltag herausgearbeitet werden. Diese Veränderungen betreffen nicht primär die Lehrtätigkeit, im Sinne der klassischen Lehr-/Lernsituationen, sondern den ärztlichen Berufsalltag allgemein, mit der Aufgabenanforderung von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung. Da bereits aufgezeigt werden konnte, dass auch während des ärztlichen Berufsalltags gelehrt wird, können diese Veränderungen im Verhalten der Teilnehmenden als potentielle Lehr-/Lernsituation fungieren. Daher kann zum einen die medizindidaktische Qualifizierung als Denkanstoß für die ärztliche Berufspraxis dienen. Die Daten weisen darauf hin, dass der Denkanstoß als Impuls aus der medizindidaktischen Qualifizierung verstanden werden kann, durch den Sichtweisen und Handlungsrountinen im ärztlichen Berufsalltag hinterfragt werden. Zum anderen geben die Daten Hinweise darauf, dass didaktische Elemente aus der medizindidaktischen Qualifizierung im ärztlichen Berufsalltag der Teilnehmenden berücksichtigt werden. Insbesondere vor dem Hintergrund der Lehre während des ärztlichen Berufsalltags und der Lehrgestaltung in der Medizin können der oben beschriebene Denkanstoß und die Berücksichtigung von didaktischen Elementen im ärztlichen Berufsalltag indirekt die Lehre der Teilnehmenden tangieren. So kann bereits herausgearbeitet werden, dass eine Sozialisation zum Arzt / zur Ärztin und das Aufzeigen eines ärztlichen Habitus Möglichkeiten der (impliziten) Lehrgestaltung in der Medizin darstellen. Im Hinblick auf die bereits analysierten Daten, insbesondere die Lehranlässe, kann der Denkanstoß für die ärztliche Berufspraxis auch für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden eine Bedeutung einnehmen. Da sowohl geplantes Lehren anhand eines konkreten Falls als auch implizites Lehren durch die ärztliche Berufspraxis (Kapitel 7.1) als Lehranlässe dienen, kann das Verhalten der Teilnehmenden während der

Ausübung der ärztlichen Berufspraxis bereits als Teil der Lehrtätigkeit verstanden werden. Dadurch, dass Lernende den ärztlichen Berufsalltag der Teilnehmenden miterleben (siehe Kapitel 7.2) und eine Art der Lehrgestaltung die berufliche Sozialisation zum Arzt / zur Ärztin umfasst, kann das gesamte Verhalten der Teilnehmenden für die Lernenden relevant erscheinen. Daher kann im Kontext des Lerntransfers festgehalten werden, dass die medizindidaktische Qualifizierung als Denkanstoß für den ärztlichen Berufsalltag dienen und somit im weitesten Sinne die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden tangieren kann. Als unterstützend kann dabei die Selbsterfahrung von didaktischen Methoden (Kapitel 9.1) herausgearbeitet werden. Vor diesem Hintergrund kann der Denkanstoß aus der medizindidaktischen Qualifizierung für den Berufsalltag nützlich erscheinen und durch das implizite Lehren als Lehreinheit dienen, obwohl das implizite Lehren augenscheinlich im ärztlichen Berufsalltag zu verorten ist. Vor dem Hintergrund der medizinischen Sozialisation (Reimann, 2012) wird den Ärzt\*innen eine große Bedeutung als Rollenvorbild zugeschrieben. In diesem Zusammenhang bedarf es insbesondere eines Bewusstseins für die indirekten, impliziten Lehr-/Lernsituationen, die als Lehranlässe dienen können, da diese sowohl explizit als auch implizit im ärztlichen Berufsalltag vorherrschend sein können.

### 13.1.2 Methodische Ebene der Lehrgestaltung

Auf der methodischen Ebene lassen sich subjektive Bedeutungszuweisungen der Teilnehmenden in Bezug zu Veränderungen in der Lehrtätigkeit der Teilnehmenden zusammenfassen. Hierbei erhalten das Identifizieren von Lehrmomenten im klinischen Alltag, die Transparenz über die Lernziele einer Veranstaltung, das didaktische Vorgehen bei der Anleitung praktischer Fertigkeiten, die Strukturierung von Vorträgen und die Nutzung von Feedbackelementen eine Berücksichtigung auf der methodischen Ebene der Lehrgestaltung und deren Bedeutung für die Teilnehmenden.

Somit kann erstens das Identifizieren von Lehrmomenten im klinischen Alltag als eine Veränderung auf der methodischen Ebene in der Lehrtätigkeit der Teilnehmenden zusammengefasst werden. Die Daten lassen vermuten, dass während der ärztlichen Berufspraxis Lehrsituationen identifiziert werden, die als Lehrmoment dienen können. Die Teilnehmenden benennen diese Identifikation von Lehrsituationen als „teachable moments“, jedoch geben die Daten Hinweise darauf, dass dieser Begriff stellvertretend für Lehrmomente im klinischen Alltag verwendet wird, da das Prinzip der Umsetzung der „teachable moments“ nicht verfolgt wird. Die Teilnehmenden haben das Prinzip während der medizindidaktischen Qualifizierung kennengelernt und hatten bereits während der medizindidaktischen Qualifizierung die Möglichkeit, seine Umsetzung zu üben. Im Kontext der bereits analysierten Dimensionen können Zusammenhänge zwischen der Lehre in der Medizin, den organisationalen Rahmenbedingungen und den Erwartungen der Teilnehmenden

herausgearbeitet werden. Insbesondere Aspekte der Lehre in der Medizin können Hinweise darauf geben, warum das Identifizieren von Lehrmomenten im klinischen Alltag der Teilnehmenden als ein Ergebnis des Lerntransfers angesehen werden kann. Neben dem geplanten Lehren anhand eines konkreten Falls kann in den Daten das implizite Lehren durch die ärztliche Berufspraxis (Kapitel 7.1) als Lehranlass der Teilnehmenden herausgearbeitet werden. Die Teilnehmenden können bei beiden Lehranlässen das Prinzip der „teachable moments“ bei der Lehrgestaltung berücksichtigen. Das Prinzip wurde unter anderem dafür entwickelt, das Lehren während des klinischen Alltags besser einzubinden und den Lernenden die ärztliche Berufspraxis der Teilnehmenden nahezubringen. Dies kann darauf hinweisen, dass speziell für das implizite Lehren durch den ärztlichen Berufsalltag die Nutzung von „teachable moments“ theoretisch angedacht ist. Wie in dem analysierten Interviewzitat beschrieben wird (Kapitel 7.1), versuchen die Teilnehmenden, während der Visite Lehrmomente durch Fragen und kleinere Untersuchungen einzubinden. In dem weiteren Interviewausschnitt kann davon ausgegangen werden, dass die Teilnehmenden über ein Bewusstsein für einen möglichen Lehrmoment verfügen. Die konkrete Umsetzung der identifizierten Lehrmomente kann nicht anhand des empirischen Materials nachvollzogen werden. Wird dies im Zusammenhang mit der Erwartung der Teilnehmenden zum individuellen Nutzen der medizindidaktischen Qualifizierung gesehen, können die „teachable moments“ als didaktische Methoden zum unmittelbaren Einsatz in der Lehre (Kapitel 10.4.1) verstanden werden. Diese Vermutung kann durch eine Abhängigkeit von Patient\*innen und Erkrankungen (Kapitel 7.2.1) und die Relevanz der ärztlichen Berufspflichten und der Lehrtätigkeit (Kapitel 8.3.1) gestützt werden, da die Lehre durch den klinischen Alltag beeinflusst werden kann. Wie bereits beschrieben, können die ärztlichen Berufspflichten zeitweise eine bedeutendere Relevanz einnehmen, da das Wohl der Patient\*innen im Fokus steht. Es lässt sich vermuten, dass diese Bedingungen in der medizinischen Lehre wie auch die organisationalen Rahmenbedingungen das Identifizieren von Lehrmomenten unterstützen und bedingen können, da die Teilnehmenden im ärztlichen Berufsalltag Situationen erkennen müssen, die für die Lernenden relevant sind und während des ärztlichen Berufsalltags umsetzbar erscheinen. Insgesamt kann somit das Identifizieren von Lehrmomenten im klinischen Alltag der Teilnehmenden als eine Dimension des Lerntransfers angesehen werden. Wie die Daten zeigen, können einige Aspekte der Lehre in der Medizin, der organisationalen Rahmenbedingungen und der Erwartungen der Teilnehmenden einen Einfluss darauf ausüben. Im Zusammenhang mit den „teachable moments“ kann auf das implizite Lehren während des Berufsalltags und die Diskussion um das Beobachten und Begleiten als Lehr-/Lernsituation verwiesen werden. König & Adili (2019) heben hervor, dass Lehr-/Lernformate erforderlich sind, die einen Kompetenzerwerb in der ärztlichen Berufspraxis in der Lehre mit Patient\*innen ermöglichen. Als Konzept stellen die Autor\*innen die „teachable moments“ als



spontane Lehrgelegenheit im ärztlichen Berufsalltag vor. Wie durch die Ausführungen oben deutlich wird, nutzen die Teilnehmenden das Prinzip der „teachable moments“ nicht korrekt, dennoch können Lehrmomente identifiziert werden. Dies kann das Bewusstsein für die Lehre im ärztlichen Berufsalltag unterstützen.

Darüber hinaus kann zweitens die Transparenz über die Lernziele einer Veranstaltung als weitere Veränderung in Bezug auf die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden auf der methodischen Ebene fungieren. Die Daten zeigen, dass die Teilnehmenden am Beginn einer Lehreinheit die Lernziele definieren und diese den Lernenden transparent kommunizieren, um abschließend auf sie zurückzukommen. Dass dieses Vorgehen erst nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung praktiziert wird und überdies die Teilnehmenden betonen, dass dieses Vorgehen aus der medizindidaktischen Qualifizierung „übernommen“ wird, lässt auf einen Lerntransfer im Sinne einer Veränderung in Bezug auf die Lehrtätigkeit, im Spezifischen die Transparenz über die Lernziele einer Veranstaltung, schließen. In Verbindung mit den bereits analysierten Daten können mögliche Einflüsse angedeutet werden. So können die Einsatzmöglichkeiten didaktischer Elemente durch die didaktische Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung beeinflusst werden. Durch die Anwendung von praktischen Beispielen aus der Berufspraxis (Kapitel 9.1) und die damit verbundenen Aufgaben zur Formulierung von Lernzielen kann dies den Lerntransfer unterstützen und zu mehr Bewusstsein in der Lehrgestaltung führen. Im Rahmen der medizindidaktischen Qualifizierung werden verschiedene Übungen zum Formulieren von Lernzielen durchgeführt und die Teilnehmenden müssen selbständig Lernziele auf unterschiedlichen Kompetenzebenen formulieren, die dann von den Trainer\*innen gemeinsam mit den Teilnehmenden besprochen werden (siehe Kapitel 2.3). Hierbei kann vermutet werden, dass die Teilnehmenden den Einsatz und Gebrauch von Lernzielen in der Lehre kennenlernen und dann auch eher in der eigenen Lehrgestaltung berücksichtigen können.

Den dritten Aspekt der methodischen Ebene der Lehrgestaltung stellt das didaktische Vorgehen bei der Anleitung von praktischen Fertigkeiten als eine Veränderung in Bezug zur Lehrtätigkeit der Teilnehmenden dar. Die Daten lassen die Vermutung zu, dass die Teilnehmenden nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung bei der Anleitung von praktischen Fertigkeiten auf ein didaktisches Vorgehen aus der medizindidaktischen Qualifizierung zurückgreifen. Während der medizindidaktischen Qualifizierung wird die Vier-Schritt-Methode anhand des Krawattebindens vermittelt und die Teilnehmenden haben die Möglichkeit, diese Methode auszuprobieren. So kann aus den Daten herausgearbeitet werden, dass die Teilnehmenden nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung die Vier-Schritt-Methode nach Peyton nutzen und Vorteile dieser Methode für die eigene Lehre benennen können. Dies kann als Indiz für ein Bewusstsein und eine Bedeutungszuweisung für die Einsatzmöglichkeiten dieser Methode

gewertet werden. Im Kontext des Lerntransfers sind mehrere Aspekte interessant; so können Verbindungen zwischen den Befunden der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung, den Erfahrungen und Erwartungen der Teilnehmenden sowie der organisationalen Lernkultur und dem didaktischen Vorgehen bei der Anleitung von praktischen Fertigkeiten herausgestellt werden. In Bezug zur Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung können die Befunde zur Alltagshandlung als Sinnbild für eine didaktische Methode und die Selbsterfahrung von didaktischen Methoden (Kapitel 9) als den Lerntransfer unterstützend dargestellt werden. So benennt die interviewte Person in dem analysierten Interviewausschnitt die Vier-Schritt-Methode nach Peyton nicht; die Daten lassen eher vermuten, dass die didaktische Methode mit dem Krawattebinden in Verbindung gebracht werden kann. So wird bereits herausgestellt, dass eine Alltagshandlung als Sinnbild für eine didaktische Methode (Kapitel 9.1) als transferförderliche didaktische Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung agieren kann. Die Ausführungen oben liefern einen weiteren Hinweis darauf, da besonders die Alltagshandlung des Krawattebindens mit der Methode verknüpft wird. Als weiteres lernförderliches Element kann dabei auch die Selbsterfahrung von didaktischen Methoden (Kapitel 9.2) während der medizindidaktischen Qualifizierung vermutet werden. Die Teilnehmenden haben bereits während der medizindidaktischen Qualifizierung selbst die Vier-Schritt-Methode nach Peyton erlebt und diese anhand des Krawattebindens erfahren. Dies kann dazu beitragen, dass die Methoden in der eigenen Lehrpraxis genutzt werden. Als spannend gestaltet sich der Zusammenhang zwischen den Erfahrungen als Lernende, spezifischer dem Erleben von Weiterentwicklungsbedarfen in der Lehre, und der Nutzung einer Methodik zur Vermittlung von praktischen Fertigkeiten (Kapitel 10.3.1). Die interviewte Person thematisiert die Erfahrung als Lernende von einer unzureichenden Methodik zur Vermittlung von praktischen Fertigkeiten und berichtet nun über das didaktische Vorgehen bei der Vermittlung von praktischen Fertigkeiten. Wie bereits im theoretischen Teil dieser Arbeit aufgearbeitet, können eigene Lernerfahrungen einen Einfluss auf Lernprozesse in der Zukunft ausüben. Zu vermuten wäre hierbei, dass bereits Weiterentwicklungsbedarfe in der Zeit als Lernende identifiziert wurden und jetzt an diese angeknüpft werden kann, um somit die Lehre der zukünftigen Lernenden zu verbessern. Ferner kann diese Interviewsequenz auf einen Zusammenhang zwischen den Erwartungen der Teilnehmenden sowie den organisationalen Rahmenbedingungen und dem Lerntransfer hindeuten. Als individueller Nutzen der medizindidaktischen Qualifizierung werden didaktische Methoden zum unmittelbaren Einsatz in der Lehre (Kapitel 10.4.1) aus den Daten herausgearbeitet und auf der Ebene der organisationalen Rahmenbedingungen eine fehlende Freistellung für Lehraktivitäten wie auch eine Verbindung von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung (Kapitel 8.3) identifiziert. Diese drei Befunde sind vor dem Hintergrund der letzten Zeilen des analysierten Interviewzitats spannend. Die interviewte

Person beschreibt, dass die didaktische Methode sich *„problemlos in den praktischen Arbeitsalltag integrieren [lässt]“* und dadurch *„kein wesentliche[r] Zeitverlust im Alltag“* entsteht. Dies geht ebenfalls mit der Erwartung zum unmittelbaren Einsatz der Methoden im Arbeitsalltag (Kapitel 10.4.1) einher. Durch eine fehlende Freistellung und die Verbindung von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung kann vermutet werden, dass das didaktische Vorgehen zur Anleitung praktischer Fertigkeiten gut im ärztlichen Berufsalltag der Teilnehmenden zu berücksichtigen ist. Wie die interviewte Person betont, besteht kein *„Zeitverlust im Alltag“*, was als Indiz für die fehlende Freistellung von Lehraktivitäten und der Lehre während der Patient\*innenversorgung angesehen werden kann, da die Lehre während der ärztlichen Berufspraxis erfolgt. Es können einige Aspekte der bereits dargestellten Ergebnisse als Hinweise dienen, die auf einen Einfluss der Lehre in der Medizin, der organisationalen Lernkultur, der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung und der Teilnehmenden auf den Lerntransfer und die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden schließen lassen.

Als vierter Aspekt auf der methodischen Ebene der Lehrgestaltung kann die Strukturierung von Vorträgen aus den Daten herausgearbeitet werden. Die Teilnehmenden erhalten im Rahmen der medizindidaktischen Qualifizierung die Möglichkeit, einen Fünf-Minuten-Vortrag basierend auf Feedback und theoretischen Inhalten zur Strukturierung und dem Aufbau von Vorträgen zu überarbeiten und erneut vor der Kleingruppe zu präsentieren (siehe Kapitel 2.3). Nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung formulieren die Teilnehmenden Veränderungen in der Gestaltung ihrer Vorträge. Dabei erhalten strukturierende didaktische Elemente eine Berücksichtigung, was als Unterschied zu der Gestaltung vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung beschrieben wird. Durch das Aufzeigen von Einsatzmöglichkeiten, in diesem konkreten Kontext der Präsentationsdidaktik und deren Möglichkeiten, bereits während der medizindidaktischen Qualifizierung kann einer unzureichenden Vorbereitung auf die Lehrtätigkeit durch die Organisation (Kapitel 8.3.2) teilweise begegnet werden. Es kann spekuliert werden, dass durch das Aufzeigen im Kurs ein Bewusstsein für den Einsatz von didaktischen Elementen angestoßen werden kann. Basierend auf den Erwartungen der Teilnehmenden können demnach eine Handlungsanleitung für die professionelle Lehrgestaltung sowie didaktische Methoden zum unmittelbaren Einsatz in der Lehre (Kapitel 10.4.1) im Rahmen der medizindidaktischen Qualifizierung thematisiert werden. Zusätzlich probieren die Teilnehmenden didaktische Methoden und weitere Aspekte der Präsentationsdidaktik bereits während der medizindidaktischen Qualifizierung aus und erhalten Feedback zu der Nutzung. Diese können den Teilnehmenden unter anderem helfen, Vorträge strukturierter zu gestalten und ein Bewusstsein für deren Einsatz zu erlangen.

Als fünfte Dimension auf der methodischen Ebene wird die Nutzung von Feedbackelementen als eine Veränderung in der Lehrtätigkeit identifiziert. Die Daten weisen darauf hin, dass nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung Briefing, Debriefing und Feedback eingesetzt werden und die Relevanz dieser Elemente für die Lehre deutlich wird. Diese Nutzung von Feedbackelementen kann als Veränderung und somit als ein Aspekt von Lerntransfer definiert werden, da die Teilnehmenden betonen, dass die Lehre erst nach der medizindidaktischen Qualifizierung in dieser Art und Weise durchgeführt wird. Wie bereits in der lernförderlichen didaktischen Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung herausgestellt, kann die Selbsterfahrung von didaktischen Methoden (Kapitel 9.1) das Lernen der Teilnehmenden unterstützen. Die Daten lassen vermuten, dass dieser lernförderliche Charakter den Lerntransfer unterstützen kann, da Feedbackelemente aus der Selbsterfahrung in der Lehrgestaltung berücksichtigt werden.

### 13.1.3 Reflexive Ebene der Lehrgestaltung

Neben der Bedeutungszuweisung der Teilnehmenden auf der inhaltlichen und methodischen Ebene der Lehrgestaltung kann auch die reflexive Beschäftigung mit Lehrgestaltung als ein Ergebnis dieser Studie betrachtet werden. Demnach kann die Reflexion der eigenen Lehre nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung einen Aspekt des Lerntransfers darstellen. Hierbei kann die Reflexion über die didaktische Ausgestaltung der eigenen Lehre, die Nützlichkeit und Umsetzbarkeit von Inhalten aus der medizindidaktischen Qualifizierung sowie über die Herausforderungen bei der Berücksichtigung von didaktischen Elementen herausgearbeitet werden.

Die Reflexion der eigenen Lehre nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung kann als ein Aspekt des Lerntransfers definiert werden. Hierbei weisen die Daten darauf hin, dass die Reflexion über die didaktische Ausgestaltung der eigenen Lehre eine Bedeutungszuschreibung durch die Teilnehmenden erhält. Die Daten können so gedeutet werden, dass die Teilnehmenden mit dem Wissensstand nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung die eigene Lehre und deren didaktische Ausgestaltung reflektieren. In der analysierten Interviewsequenz wird der Vergleich zwischen den Zeitpunkten vor und nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung von den Teilnehmenden angebracht. Hierbei wird betont, dass die Teilnehmenden sich zuvor „*nie ernsthaft damit beschäftigt*“ haben, wie die Lehre didaktisch ausgestaltet werden kann. Daher kann die Reflexion der didaktischen Ausgestaltung als ein Aspekt des Lerntransfers definiert werden. In Verbindung mit den Befunden der Erwartungen zum individuellen Nutzen der medizindidaktischen Qualifizierung für die Lehre kann bereits vor der Teilnahme eine Handlungsanleitung zur professionellen Lehrgestaltung als Erwartung an die medizindidaktische Qualifizierung herausgearbeitet werden (Kapitel 10.4.1). Hierbei wird sich

von Erfahrungen der Teilnehmenden abgegrenzt und diese als Gegensatz zur professionellen Lehrgestaltung betrachtet. Dieses Ergebnis kann durch das analysierte Zitat weiter gestützt werden, da die Daten zeigen, dass die interviewte Person vor allem aufgrund der eigenen Erfahrung lehrt und die Lehre danach gestaltet. Daher kann die Reflexion über die didaktische Ausgestaltung der eigenen Lehre als Lerntransfer angesehen werden. Es wird basierend auf den Inhalten aus der medizindidaktischen Qualifizierung eine kritische Betrachtung der eigenen Lehrgestaltung vorgenommen und so Weiterentwicklungspotentiale benannt.

Ferner kann die Reflexion der Nützlichkeit und Umsetzbarkeit der Inhalte aus der medizindidaktischen Qualifizierung als eine weitere Dimension der Reflexion der Lehre nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung identifiziert werden. Die Daten weisen darauf hin, dass die Teilnehmenden die Inhalte der medizindidaktischen Qualifizierung unter dem Gesichtspunkt der Passung kritisch für die eigene Lehre betrachten. Es ist zu vermuten, dass diese Reflexion auf die Nützlichkeit und Umsetzbarkeit von didaktischen Methoden aus der medizindidaktischen Qualifizierung im Lehralltag abzielt. Anhand dieses Befunds wird in den empirischen Daten ersichtlich, dass die Teilnehmenden sich aktiv mit der Lehrgestaltung auseinandersetzen und entgegen der Erwartung über didaktische Methoden zum unmittelbaren Einsatz in der Lehre (Kapitel 10.4.1) sprechen, da hierbei ein direkter Einsatz der Methoden ohne Überprüfung der Nützlichkeit und Umsetzbarkeit erwartet werden kann. Es kann an dieser Stelle nur spekuliert werden, ob die Reflexion über Inhalte aus der medizindidaktischen Qualifizierung sowie über deren Nützlichkeit und Umsetzbarkeit für die Lehre darüber hinaus ein Indiz für einen Lerntransfer darstellt, da Inhalte vor dem Hintergrund des Lehrformats und der Passgenauigkeit überprüft werden und somit eine Veränderung im Kontext der Erwartungen zur Nützlichkeit der medizindidaktischen Qualifizierung für die Lehre zu verzeichnen ist. Diese mögliche Veränderung kann jedoch nicht weiter an den empirischen Daten belegt werden und soll lediglich als Denkanstoß fungieren.

Als weiterer Aspekt kann die Reflexion über die Herausforderungen bei der Berücksichtigung von didaktischen Elementen aus den Daten herausgearbeitet werden. Es kann, basierend auf den Daten, vermutet werden, dass die Teilnehmenden sich kritisch mit herausfordernden Aspekten der Lehrgestaltung beschäftigen, die sich bei der Berücksichtigung von didaktischen Elementen in der Lehre ergeben können. Dies kann als ein Reflexionsprozess interpretiert werden, der zum einen auf den Erfahrungen und dem Wissensstand nach der medizindidaktischen Qualifizierung beruht und zum anderen Hinweise auf eine Absicht gibt, dass didaktische Elemente in der Lehre berücksichtigt werden. Werden die bisherigen Befunde der Analyse betrachtet, kann vor allem bei den Erwartungen der Teilnehmenden ein möglicher Einfluss auf den Lerntransfer und die Reflexion über die Herausforderungen bei der Berücksichtigung von didaktischen Elementen vermutet werden. So kann herausgearbeitet werden, dass die Teilnehmenden didaktische Methoden zum unmittelbaren Einsatz (Kapitel

10.4.1) als individuellen Nutzen aus der medizindidaktischen Qualifizierung erwarten können. Die Herausforderungen bei der Berücksichtigung von didaktischen Elementen werden während der medizindidaktischen Qualifizierung teilweise thematisiert, indem Situationen und Handlungsstrategien für die Lehre aufgezeigt werden (Kapitel 9.2) und die Teilnehmenden die Möglichkeit erhalten, Selbsterfahrung von didaktischen Methoden zu erleben (Kapitel 9.1). Die Teilnehmenden können während einer praktischen Übung einen doppelten Windsorknoten anhand der Vier-Schritt-Methode nach Peyton erlernen (siehe Kapitel 2.3). Nach dieser praktischen Übung wird über Umsetzungsschwierigkeiten und Anwendungsgebiete dieser Methode im Plenum gesprochen. Für den Lerntransfer kann das bedeuten, dass ein unmittelbarer Einsatz von didaktischen Methoden möglich ist, die Teilnehmenden jedoch Eigeninitiative bei deren Berücksichtigung zeigen müssen, damit die in der medizindidaktischen Qualifizierung aufgezeigten didaktischen Elemente für die eigene Lehre und den Lehrkontext wirksam genutzt werden können. Die Reflexion der Teilnehmenden über die Herausforderungen bei der Berücksichtigung von didaktischen Elementen kann somit als Lerntransfer betrachtet werden, da Inhalte aus der medizindidaktischen Qualifizierung vor dem Kontext der eigenen Lehre hinterfragt werden. Die medizindidaktische Qualifizierung und ihre didaktische Ausgestaltung können somit als ein unterstützendes Element bei der Reflexion dieser Herausforderungen angesehen werden. Die Reflexion der eigenen Lehre kann als eine Selbsterkenntnis zur Weiterentwicklung der Lehre dienen, die sich positiv auf die Lernenden und deren Lernerfolg auswirken kann (vgl. Ulrich, 2016, 191). Ferner können reflexive Prozesse die Ausgestaltung einer professionellen Lehridentität unterstützen (vgl. Egger, 2016, 42).

## 13.2 Empfundener Stellenwert der Lehre

Die Ergebnisse des Lerntransfers können durch die zugeschriebene Bedeutung für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden und den damit verbundenen empfundenen Stellenwert der Lehre als weiterer übergeordneter Aspekt dieser Arbeit herausgearbeitet werden. Der empfundene Stellenwert der Lehre, der durch eine Einbettung in den Bedeutungs- und Erfahrungszusammenhang der Teilnehmenden eine Relevanz für die Lehrtätigkeit erhält, kann auf der organisationalen und der persönlichen Ebene betrachtet werden. Auf der organisationalen Ebene kann der empfundene Stellenwert durch einen Wunsch nach vermehrter Sichtbarkeit und Unterstützung der Lehre in der Organisation beschrieben werden. Die persönliche Ebene zeichnet sich durch einen persönlichen Stellenwert für Medizindidaktik aus, der nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung erfasst wird.

### 13.2.1 Wunsch nach Sichtbarkeit und Unterstützung in der Lehre

Der empfundene Stellenwert der Lehre kann sich in den Ergebnissen des Lerntransfers unter anderem durch die Formulierung von Wünschen zur Weiterentwicklung der Lehre äußern. Hierbei kann der Stellenwert der Lehre gehoben werden, indem mehr Sichtbarkeit und Unterstützung durch die Organisation geleistet werden. Die Daten deuten darauf hin, dass neben organisationalen Strukturen zum Austausch über Lehre und einer Einforderung der Unterstützung von Kolleg\*innen auch die Stärkung des Bewusstseins für die Lehrtätigkeit im Kollegium als Weiterentwicklungspotential anzusehen und auf der organisationalen Ebene zu verorten ist.

Die Teilnehmenden äußern den Wunsch nach einem kollegialen Austausch über die Lehre, der von der Organisation initiiert werden soll. Dies kann dazu beitragen, die Sichtbarkeit und Unterstützung der Lehre zu fördern. Bereits bei der Darstellung der Ergebnisse der Transfermotivation kann der Wunsch nach regelmäßigem Austausch über Lehre (Kapitel 10.1.3) als Ergebnis des Lerntransfers und der Transfermotivation der Teilnehmenden angesehen werden, jedoch liegt der Schwerpunkt bei dieser Analyse auf den organisationalen Strukturen. Es gibt weitere Bezüge innerhalb der übrigen Komponenten des empirischen Rahmenmodells, der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung und der organisationalen Lernkultur zu dem Wunsch nach organisationalen Strukturen zum Austausch über Lehre. So können bei der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung bereits erste Erfahrungen mit dem kollegialen Austausch gesammelt werden. Die Diskussion über Lehrerfahrung in der medizindidaktischen Qualifizierung kann als lernförderliches Element identifiziert werden, da sie den Teilnehmenden nachhaltig in Erinnerung geblieben ist (siehe Kapitel 9.1). Da der Wunsch nach einem Austausch organisational verankert werden soll, können auch im Rahmen der organisationalen Lernkultur Indizien gefunden werden, die den Lerntransfer beeinflussen können. Demnach kann bei dem Verhalten von Kolleg\*innen bereits ein Austausch über Lehrgestaltung aus den Daten identifiziert werden (siehe Kapitel 8.1.2). Dieser basiert auf der Eigeninitiative der Teilnehmenden und findet in der ausgewerteten Interviewsequenz vor allem mit erfahrenen Kolleg\*innen statt, die bereits über Lehrerfahrung verfügen. Der Wunsch nach einem Austausch über Lehre, der von der Organisation initiiert wird, kann darauf hindeuten, dass die implizite Beschäftigung mit Lehrgestaltung im Kollegium (Kapitel 8.2) sowie eine fehlende Ansprechperson für Lehre (Kapitel 8.3.2) als Weiterentwicklungspotentiale von den Teilnehmenden verstanden werden können, die durch eine vermehrte Sichtbarkeit und Unterstützung, im Sinne von organisationalen Strukturen zum Austausch, unterstützt werden können. Diese organisationalen Rahmenbedingungen, das Transferklima, das Verhalten der Kolleg\*innen wie auch die Anregung zum kollegialen Austausch während der medizindidaktischen Qualifizierung können den Lerntransfer und damit den Wunsch nach organisationalen Strukturen zum Austausch über Lehre beeinflusst

haben. In Anlehnung an das Übersichtsbuch „Gute Lehre in der Hochschule“ von Ulrich (2016) kann der Wunsch nach organisationalen Strukturen zum Austausch als eine institutionelle Beratung von Lehrenden für Lehrende verstanden werden (vgl. Ulrich, 2016, 149 ff.). Während der Autor insbesondere die Beratung von Lernenden durch Lehrende betrachtet, liegt der Fokus in dieser Arbeit auf der kollegialen Beratung. Neben den fachlichen (Wissen), methodischen (Prozess), sozialen (z.B. Konflikte) und personalen (z.B. Selbstmotivation) Beratungsbedarfen (Ulrich, 2016, 150) kann aus dieser Arbeit darüber hinaus ein personeller Unterstützungsbedarf analysiert werden, der über eine reine Beratung hinausgeht. Egger (2016) fordert in diesem Zusammenhang eine institutionelle Form der Begegnung und des Austauschs, die eine „kollegiale Wahrnehmung“ von Chancen und Herausforderungen in der Lehre thematisiert (vgl. Egger, 2016, 41).

Damit einhergehend kann als ein weiterer Aspekt der Sichtbarkeit und Unterstützung, im Kontext der Identifikation von Weiterentwicklungspotentialen in der Lehre nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung, die Einforderung der Unterstützung von Kolleg\*innen aus den Daten herausgearbeitet werden. Es lässt sich vermuten, dass die Teilnehmenden basierend auf den Erfahrungen aus der medizindidaktischen Qualifizierung den Wunsch nach kollegialer Unterstützung bei der Berücksichtigung von medizindidaktischen Themen im Berufsalltag identifizieren. So können die Daten zeigen, dass zur Berücksichtigung von didaktischen Methoden in der Lehrgestaltung die personelle Unterstützung von Kolleg\*innen notwendig erscheint. In den bereits dargestellten Ergebnissen lassen sich Hinweise auf eine Verbindung zwischen diesem Ergebnis des Lerntransfers und den Teilnehmenden finden. Demnach kann bei der defensiven Lern- und Teilnahmemotivation der Auftrag, einen Beitrag zur Organisationsentwicklung zu leisten, spezifisch für die Weiterentwicklung der Ausbildung und Lehre, hervorgehoben werden (Kapitel 10.1.2). Hierbei wird ebenfalls von einer eingeforderten Beschäftigung mit Medizindidaktik berichtet, um einen Beitrag zur Organisationsentwicklung zu leisten. Dies kann Ähnlichkeiten zur Einforderung der Unterstützung von Kolleg\*innen aufzeigen, deren Unterstützung zur Weiterentwicklung benötigt werden. Interessant erscheint die Tatsache, dass bei zwei interviewten Personen eine defensive Lern- und Teilnahmemotivation identifiziert werden kann und diese Personen ebenfalls nach der Teilnahme die Unterstützung von weiteren Kolleg\*innen zur Berücksichtigung von didaktischen Elementen und zur Weiterentwicklung der Lehre im Allgemeinen fordern. Dies kann auf einen empfundenen Stellenwert der Lehre hindeuten, der zeitlich nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung zu verorten ist. Zusätzlich kann in dem obenstehenden Interviewzitat die Erwartung der Teilnehmenden zum individuellen Nutzen der medizindidaktischen Qualifizierung für die Lehre als didaktische Methoden zum unmittelbaren Einsatz in der Lehre (siehe Kapitel 7.2.3) erneut Hinweise auf den ärztlichen Handlungsmodus geben. Es kann vermutet werden, dass die Teilnehmenden



davon ausgehen, dass eine Schritt-für-Schritt-Anleitung zur Nutzung für die eigene Lehre im Rahmen der medizindidaktischen Qualifizierung vermittelt werden kann und somit die Inhalte „übertragen“ werden können.

In diesem Zusammenhang kann darüber hinaus die Stärkung des Bewusstseins für die Lehrtätigkeit im Kollegium als ein weiteres Potential zur Weiterentwicklung in der Lehre im Kontext der Sichtbarkeit und Unterstützung identifiziert werden. Hierbei empfehlen die Teilnehmenden die Beschäftigung mit Medizindidaktik für alle Ärzt\*innen und formulieren Vorschläge für Möglichkeiten zur Stärkung des Bewusstseins für die medizinische Lehre und die Lehrtätigkeit. Dies kann in der Gesamtbetrachtung als ein Aspekt der Sichtbarkeit und Unterstützung innerhalb der Organisation angesehen werden, da die Teilnehmenden durch organisationale Strukturen auf die Bedeutsamkeit der Lehre hinweisen. Betrachtet man dieses Interviewzitat vor dem Hintergrund der bisherigen Ergebnisse, können einige Schnittstellen zwischen der organisationalen Lernkultur, den Teilnehmenden, der Lehre in der Medizin und dem Lerntransfer erkannt werden. Als organisationale Rahmenbedingung wird in den Daten eine unzureichende Vorbereitung auf die Lehrtätigkeit durch die Organisation (Kapitel 8.3.2) herausgestellt. Hierbei lassen die Daten den Schluss zu, dass es keine internen Strukturen zur Vorbereitung und Begleitung der Lehrtätigkeit innerhalb der Organisation gibt. Vor diesem Hintergrund kann die Forderung der interviewten Person nach einer Stärkung des Bewusstseins für die Lehrtätigkeit im Rahmen der Einführungstage für neue Mitarbeiter\*innen einem Bedarf an organisationalen Strukturen gerecht werden und den persönlichen Stellenwert der Lehre verdeutlichen. Da bisher überwiegend eine implizite Auseinandersetzung mit Lehrgestaltung im Kollegium (Kapitel 8.2) identifiziert wird, kann eine offizielle Beschäftigung mit der Lehrtätigkeit und Medizindidaktik eine Weiterentwicklung der Lehre fördern und die Sichtbarkeit der Lehre unterstützen – zumal die interviewte Person über ein positives Transferklima berichtet, da eine Offenheit für Veränderungen in der Lehre (Kapitel 8.2) und das Einverständnis zur medizindidaktischen Qualifizierung (Kapitel 8.1.3) von den Vorgesetzten in den Daten vermutet werden können. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Bedingungen zur Stärkung des Bewusstseins der Kolleg\*innen für die Lehrtätigkeit unterstützend wirken können. In Bezug zu der unzureichenden Vorbereitung auf die Lehrtätigkeit durch die Organisation (Kapitel 8.3.2) und dem in diesem Zusammenhang analysierten Interviewzitat kann der Vorschlag zur Stärkung des Bewusstseins für die Lehrtätigkeit als Möglichkeit zur Annäherung und Hilfestellung durch die Organisation verstanden werden. Zu vermuten ist, dass die Sichtbarkeit und Unterstützung in der Lehrgestaltung hilfreich sein können und so weniger Eigenverantwortlichkeit von den Teilnehmenden gefordert wird. In der analysierten Interviewsequenz appelliert die interviewte Person an die Erfahrungen als Lernende: *„Ihr müsst Lehre machen und ihr solltet- ihr wisst, wie schwierig das ist. Und jetzt seid ihr so frisch mit euren auch Erinnerungen aus der*

*Studienzeit.*“ Diese Ausführungen sind an die Erfahrungen der Teilnehmenden als Lernende anknüpfbar. Das Erleben von Weiterentwicklungsbedarfen in der Lehre (Kapitel 10.3.1) beschreibt Lernerfahrungen, bei denen die Teilnehmenden eine Möglichkeit zur Weiterentwicklung der Lehre entdecken. Auf den Lerntransfer bezogen, kann genau dieses Erleben von Weiterentwicklungsbedarfen durch die interviewte Person adressiert werden und durch den Wunsch nach Sichtbarkeit und Unterstützung den Stellenwert der Lehre verdeutlichen. Die Ärzt\*innen sollen sich demnach an die eigene Zeit als Lernende erinnern und daraus eine Motivation für die Lehre und ein Bewusstsein für die Lehrtätigkeit herausbilden. Dies geht mit den Befunden aus der Erwachsenen-/Weiterbildung einher, bei denen auf eine Bedeutung früherer Lernerfahrungen für zukünftiges Verhalten verwiesen wird (vgl. z. B. Faulstich, 2003, 29; Schmidt-Hertha, 2014, 52).

Als weitere unterstützende Komponente der Teilnehmenden kann die Transfermotivation agieren. Hierbei weisen die Daten darauf hin, dass die Teilnehmenden die Absicht verfolgen, die Bereitschaft für Lehrthemen im Kollegium zu erhöhen (Kapitel 10.1.3). Dieser Befund steht im Einklang mit der Stärkung des Bewusstseins für die Lehrtätigkeit im Kollegium, da bereits die Absicht formuliert wurde, dass Lehrthemen im Kollegium mehr Relevanz erhalten sollen. Die konkrete Identifizierung von Weiterentwicklungspotentialen für die Lehre wird durch die Möglichkeiten der Gestaltung dieser Potentiale ersichtlich. Somit kann vermutet werden, dass eine hohe Transfermotivation der Teilnehmenden sich positiv auf den Lerntransfer und auf die Umsetzung von Veränderungen in der Lehre auswirken kann.

Insgesamt kann somit der empfundene Stellenwert der Lehre als Wunsch nach Sichtbarkeit und Unterstützung auf der organisationalen Ebene durch die Lern-, Teilnahme- und Transfermotivation, die Erfahrungen und Erwartungen der Teilnehmenden sowie die organisationale Lernkultur und die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung beeinflusst werden.

### 13.2.2 Persönlicher Stellenwert der Medizindidaktik

Auf der persönlichen Ebene kann in den Veränderungen in Bezug zur Lehrtätigkeit eine Bedeutung im Rahmen einer Handlungssicherheit für die Teilnehmenden und einer Bedeutungszuschreibung für Medizindidaktik herausgearbeitet werden, die als ein persönlicher Stellenwert für Medizindidaktik betrachtet werden kann.

Für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden kann unter anderem mehr Selbstsicherheit in der Lehre durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung aus den Daten identifiziert werden. Diese Selbstsicherheit kann basierend auf dem Stellenwert der Medizindidaktik für die Teilnehmenden vermutet werden, da durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung und die Auseinandersetzung mit medizindidaktischen

Themen von einer neuen Sicherheit aufgrund des Selbstbewusstseins der Teilnehmenden ausgegangen werden kann. Die Daten weisen darauf hin, dass die Teilnehmenden nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung über eine neue Sicherheit verfügen, insofern als auf ein Repertoire an Methoden zurückgegriffen werden kann, das bereits während der medizindidaktischen Qualifizierung besprochen wird. Die interviewte Person bringt diese Sicherheit direkt mit Inhalten aus der medizindidaktischen Qualifizierung in Verbindung und spricht diesen eine Wirkung für die Lehrtätigkeit zu. Diese Befunde gehen mit den Erwartungen über den individuellen Nutzen der medizindidaktischen Qualifizierung für die Lehre einher, insofern als eine Handlungsanleitung für die professionelle Lehrgestaltung (Kapitel 10.4.1) erwartet wird. Auch die Erfahrungen als Lehrende können dabei auf einen Einfluss dieser Selbstsicherheit in der Lehre hindeuten, da bereits zuvor ein Erleben von Sicherheit durch Routine (Kapitel 10.3.2) durch die Teilnehmenden geäußert wird. Hierbei kann durch das wiederholte Lehren eine Art von Sicherheit vermutet werden, die auf eine Routine in der Lehrtätigkeit und Erfahrungen zurückgeführt wird. Im Zusammenhang mit der Selbstsicherheit in der Lehre nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung kann diese Erfahrung ebenfalls einen weiteren Hinweis auf eine positive Beeinflussung des Lerntransfers darstellen. Die Teilnehmenden haben bereits vor der Teilnahme durch Lehroutine an Sicherheit in der Lehre gewinnen können. Übertragen auf den Lerntransfer kann dies bedeuten, dass durch die Thematisierung während der medizindidaktischen Qualifizierung ebenfalls eine Sicherheit vermittelt werden kann. Diese Sicherheit wird jedoch, basierend auf dem analysierten Zitat, eher im Rahmen eines Methodenrepertoires und von Handlungsmöglichkeiten gedeutet. Überdies kann in den bereits analysierten Daten zur didaktischen Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung das Aufzeigen von Situationen und Handlungsstrategien für die Lehre (Kapitel 9.2) als eine transferförderliche didaktische Ausgestaltung identifiziert werden. Die Daten geben Hinweise darauf, dass die interviewte Person sowohl die Selbstsicherheit in der Lehre nach der Teilnahme als auch das Aufzeigen von Situationen und Handlungsstrategien thematisiert. Somit kann vermutet werden, dass diese didaktische Ausgestaltung, in Form von Handlungsstrategien, zu Veränderungen in der Lehrtätigkeit der Teilnehmenden führen kann. Die interviewte Person stellt diese Selbstsicherheit in der Lehre als etwas Neues dar, welches auf Inhalte der medizindidaktischen Qualifizierung zurückgeführt werden kann und ebenfalls als transferförderlich definiert wird. So kann in einer zusammenfassenden Betrachtung ein persönlicher Stellenwert der Medizindidaktik erahnt werden, da sich die oben beschriebene Selbstsicherheit in der Lehre nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung entwickelt. Da diese Sicherheit basierend auf dem Selbstbewusstsein der Teilnehmenden herausgebildet wird, kann vermutet werden, dass dabei ein persönlicher Stellenwert für die

Medizindidaktik entwickelt wird, da ansonsten die Inhalte aus der medizindidaktischen Qualifizierung keine Relevanz für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden aufweisen würden. Überdies kann die Relevanz von Medizindidaktik für die Teilnehmenden als weiterer Aspekt der Veränderung in der Lehrtätigkeit der Teilnehmenden herausgearbeitet werden und dabei den persönlichen Stellenwert der Medizindidaktik hervorheben. Es kann vermutet werden, dass Teilnehmende nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung eine Beschäftigung mit Medizindidaktik als relevanter erachten und damit einhergehend der Medizindidaktik ein persönlicher Stellenwert zugeschrieben wird. So können die Daten zeigen, dass die Teilnehmenden allen Ärzt\*innen die Beschäftigung mit medizindidaktischen Themen empfehlen. Diese Bedeutung von Medizindidaktik für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden kann erst nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung aus den Daten herausgearbeitet werden. Somit kann geschlussfolgert werden, dass dies als ein Hinweis auf einen Lerntransfer im Sinne einer erweiterten Relevanz von Medizindidaktik verstanden werden kann. In Verbindung mit den bisher analysierten Daten kann vor allem unter dem Aspekt der Bedeutung von Didaktik und Lehre, dem medizinischen Blick auf Didaktik, eine Veränderung in der Bedeutungszuschreibung für Medizindidaktik verzeichnet werden (Kapitel 7.3). Während vor der Teilnahme die Beschäftigung mit medizindidaktischen Themen als weniger relevant herausgearbeitet werden kann und neben der Patient\*innenversorgung als eher zweitrangig angesehen wird, kann nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung eine Relevanz von Medizindidaktik erkannt werden. Vor dem Hintergrund einer unzureichenden Vorbereitung auf die Lehrtätigkeit durch die Organisation (Kapitel 8.3.2) kann die Relevanz von Medizindidaktik zu einem grundlegenden Verständnis von Lehrgestaltung und -planung beitragen. So betont die interviewte Person, dass Lehrgestaltung ohne didaktisches Hintergrundwissen „*in die falsche Richtung gehen*“ kann und daher eine Beschäftigung mit Medizindidaktik hilfreich sein kann. Dadurch können die Teilnehmenden Hilfestellung und Hintergrundwissen zu medizindidaktischen Themen erhalten, was der interviewten Person wichtig erscheint, und somit ein persönlicher Stellenwert verdeutlicht werden. Vor dem Hintergrund der organisationalen Rahmenbedingungen kann vermutet werden, dass die Relevanz der ärztlichen Berufspflichten und der Lehrtätigkeit wie auch eine unzureichende Vorbereitung auf die Lehrtätigkeit durch die Organisation (Kapitel 8.3) eine Veränderung in der Relevanz von Medizindidaktik für die Teilnehmenden mit erklären können. Es kann spekuliert werden, dass durch die organisationalen Rahmenbedingungen die Lehre und die Vorbereitung auf diese wenig strukturiert stattfinden (siehe Kapitel 8.3) und daher nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung Medizindidaktik ein größerer Stellenwert zugeschrieben werden kann. Die Daten können so interpretiert werden, dass durch die Beschäftigung mit Medizindidaktik eine persönliche Bedeutungszuschreibung für medizindidaktische Themen durch die Teilnehmenden vorgenommen wird. Hierbei können die

organisationalen Rahmenbedingungen als beeinflussendes Element angesehen werden, das eine Beschäftigung mit Medizindidaktik erschweren kann. Somit kann ein persönlicher Stellenwert für Medizindidaktik durch die Relevanzzuschreibung der Teilnehmenden für Medizindidaktik formuliert werden. Neben diesem persönlichen Stellenwert können in der universitären Lehre insgesamt (vgl. z. B. Salmhofer, 2016) und spezifisch in der medizinischen Lehre (vgl. z. B. Hofer et al., 2008; Fabry & Härtl, 2017) Entwicklungen beobachtet werden, die den Stellenwert der Lehre thematisieren und Ansätze zu deren Förderung anbringen.

## 14. Lehre in der Medizin

Die Lehre in der Medizin als eine neue Komponente des empirischen Rahmenmodells basiert auf den Ausführungen der interviewten Personen zu den Bedingungen und der Gestaltung der eigenen Lehre. Die Ergebnisse der Datenanalyse weisen zwei übergeordnete Argumentationsstränge auf, die die Lehre in der Medizin in dieser Arbeit prägnant beschreiben. So kann über die Ergebnisse dieser Modellkomponente hinweg ein Spannungsverhältnis von Struktur und Standardisierung gegenüber Flexibilität und Spontanität beobachtet werden (Kapitel 14.1). Ferner kann der Stellenwert der Lehre neben der Patient\*innenversorgung und Forschung als eine übergeordnete Dimension der Lehre in der Medizin verstanden werden (Kapitel 14.2).

### 14.1 Lehre in der Medizin als Spannungsfeld von Struktur und Standardisierung gegenüber Flexibilität und Spontanität

Die Lehre in der Medizin zeichnet sich an einigen Stellen durch ein Spannungsfeld von Struktur und Standardisierung gegenüber Flexibilität und Spontanität aus. Dieses Spannungsfeld ist geprägt durch das standardisierte, strukturierte ärztliche Vorgehen auf der einen Seite und die Begegnung mit Herausforderungen in der Lehre auf der anderen Seite, denen mit flexiblen und spontanen Handlungen begegnet wird.

Bei der Planbarkeit der Lehre im Berufsalltag kann eine Abhängigkeit von Patient\*innen und Erkrankungen identifiziert werden, da Lehrinhalte von der Verfügbarkeit der Patient\*innen und Erkrankungen in der Klinik zum Zeitpunkt der Lehre abhängen. Ferner können die kurzfristige Übernahme von Aufgaben und die ärztliche Erreichbarkeit während der Lehre als Dimensionen der Planbarkeit der Lehre im Berufsalltag angesehen werden. Die Teilnehmenden müssen flexibel und spontan auf die Gegebenheiten in der Medizin reagieren, dies kann in Form von Lehrinhalten, der Übernahme von Aufgaben oder der Erreichbarkeit während der Lehre gestaltet werden. In diesem Zusammenhang kann durch den Ärzt\*innenmangel die Priorisierung der Patient\*innenversorgung vor der Lehre nachvollzogen werden. (vgl. Welzel et al., 2021) und dies eine spontane und flexible Übernahme von

Aufgaben und Telefonaten erfordern. Die Struktur und Standardisierung zeigen sich unter anderem in der Wissensvermittlung; dort erhalten die Erläuterung von medizinischen Abläufen, das reflektierende Üben von ärztlichen Handlungen und eine Orientierung an der ärztlichen Berufspraxis eine Bedeutung. Diese Vorgehensweisen der Wissensvermittlung vereinen eine systematische Erläuterung von Abläufen und Handlungen sowie das Ziel, ein grundlegendes Verständnis der Prozesse und Abläufe der ärztlichen Berufspraxis zu erlangen. Wird dieses Ergebnis im Kontext der medizinischen Leitlinien betrachtet, ist ein systematisches Vorgehen zur Legitimation des Handelns in der Berufspraxis der Ärzt\*innen üblich (siehe Kapitel 2). Es kann somit hervorgehoben werden, dass eine strukturierte Wissensvermittlung innerhalb einer flexiblen und spontanen Lehrgestaltung als charakteristisch in der medizinischen Lehre anzusehen ist. Als weiteres Spezifikum der Medizin kann die berufliche Sozialisation zum Arzt / zur Ärztin als ein Aspekt der Lehrgestaltung betont werden. Hierbei kann das Aufzeigen von klinischem Anwendungsbezug als Vermittlung von Faktenwissen in Relation zur klinischen Bedeutsamkeit und dem Bezug zur Praxis verstanden werden. Dabei können durch das Aufzeigen des Anwendungsbezugs das ärztliche Denken und Handeln verdeutlicht werden. Ein Aufzeigen eines ärztlichen Habitus, als Teil der beruflichen Sozialisation zum Arzt / zur Ärztin, kann als eine Sensibilisierung für Einstellungen und ärztliche Denkweisen verstanden werden. Damit kann eine Handlungsfähigkeit als angehende Ärzt\*innen vermittelt werden. Hierbei erhalten das „medizinische Denken“ und die „medizinische Struktur“ (siehe Kapitel 7.2.2) eine besondere Bedeutung. Dabei stehen keine klassischen fachlichen Kompetenzen im Fokus, sondern übergeordnete Verhaltens- und Herangehensweisen, die im ärztlichen Berufsalltag Relevanz haben. Diese Verhaltens- und Herangehensweisen sind geprägt durch das strukturierte und standardisierte Vorgehen in der Medizin und die Flexibilität durch den ärztlichen Berufsalltag, im Sinne einer Vielfalt an Patient\*innen und Erkrankungen sowie Aufgaben der Ärzt\*innen. Insbesondere bei den Lehrformaten Unterricht am Krankenbett und Praktika, die während der Patient\*innenversorgung durchgeführt werden, kann ein beruflicher Habitus vorgelebt werden, der durch Wahrnehmungen, Beurteilungen und Bewertungen der Berufswelt und des Berufsfeldes geprägt werden kann (siehe Kapitel 2). Dieser kann auch während der impliziten Lehre durch den ärztlichen Berufsalltag vorgelebt werden, da die Lernenden die Möglichkeit erhalten, die Teilnehmenden in ihrem Berufsalltag zu begleiten. Dabei können die Lernenden Einblicke in medizinische Abläufe und Tätigkeiten erhalten, es erfolgen jedoch keine explizite Vorbereitung und Lehraktivität (z. B. im Rahmen von Übungen oder Vorträgen). Wie bereits oben thematisiert, wird über das Beobachten der ärztlichen Berufspraxis als Lehr-/Lernsetting diskutiert. Als Ergebnis dieser Studie kann die implizite Lehre als ein Lehranlass definiert werden, der die Teilnehmenden durch die Aufgabenvielfalt von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung vor berufspraktische Herausforderungen stellen kann (siehe Kapitel 1). In Abgrenzung zum geplanten Lehren anhand eines konkreten

Falls, das eine Lehr-/Lernsituation darstellt, die auf einer Vorbereitung der Teilnehmenden beruht, bei der konkrete Beispiele, wie Patient\*innen oder Untersuchungen, identifiziert werden, kann der berufliche Habitus durch die Beobachtung der ärztlichen Praxis erlebt und erfahren werden. Dabei kann den Teilnehmenden eine Art Vorbildfunktion in der Lehr-/Lernsituation zugeschrieben werden. Bei dieser impliziten Lehre kann das Spannungsfeld zwischen dem standardisierten medizinischen Vorgehen und der spontanen und flexiblen Reaktion auf die Patient\*innen und deren Behandlung aufgezeigt werden. Auf diese in den Daten identifizierte Vorbildfunktion der Teilnehmenden unter anderem durch die implizite Lehre weisen bereits einige Autor\*innen (z. B. Wright et al., 1997; Haessler et al., 2012) hin und betonen in diesem Zusammenhang neben den fachlichen Kompetenzen auch die Einstellungen und Werte, die durch die Ärzt\*innen vorgelebt werden (vgl. Kollwe et al., 2018b). Diese können im Sinne eines beruflichen Habitus und einer Sozialisation zum Arzt / zur Ärztin in den Kontext dieser Arbeit eingeordnet werden.

## 14.2 Stellenwert der Lehre neben der Patient\*innenversorgung und Forschung

Bereits in der theoretischen Beschäftigung mit der Aufgabenvielfalt von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung als Arzt/Ärztin in einem Universitätskrankenhaus kann festgestellt werden, dass die Lehre eine eher untergeordnete Rolle einnimmt, da die Patient\*innenversorgung und Forschung einen größeren Stellenwert in der Aufgabentrias einnehmen (siehe Kapitel 1). Daher wird auf unterschiedlichen Ebenen eine Gleichstellung der Lehre gefordert. In dieser Studie kann ein übergeordneter Zusammenhang zwischen den Ergebnissen der Lehre in der Medizin herausgearbeitet werden, die einen Stellenwert der Lehre neben der Patient\*innenversorgung und Forschung thematisieren. So kann die Bedeutung von Lehre und Didaktik für die Teilnehmenden als ein Aspekt des Stellenwerts der Lehre neben der Patient\*innenversorgung herausgestellt werden. Hierbei kann der Relevanz von Lehrengagement für die wissenschaftliche Weiterqualifikation und im Kontext der Aufgabenverteilung von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung eine Bedeutung für die Lehrtätigkeit zugesprochen werden. Für eine Habilitation von Ärzt\*innen sind Erfolge in der Forschung und Klinik wichtig, dabei kann das Lehrengagement weniger karrierewirksam ausfallen. Daher können der Stellenwert und damit einhergehend die Relevanz von Lehrengagement erst hinter dem Engagement für Klinik und Forschung verortet werden. In diesem Zusammenhang kann ein medizinischer Blick auf Didaktik hervorgehoben werden; die Teilnehmenden richten das Hauptaugenmerk auf die Patient\*innenversorgung und die Didaktik erscheint dabei eher zweitrangig. Nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung werden didaktische Elemente als Spiele betitelt, was im Kontrast zur Patient\*innenversorgung als zusätzliche Option der Wissensvermittlung angesehen werden

kann, aber eher einen unterhaltsamen Charakter einnehmen kann. Das Wort „Spiel“ lässt auf keine Verbindlichkeit schließen, sondern es kann vermutet werden, dass die Teilnehmenden je nach Patient\*innenaufkommen didaktische Elemente einsetzen, aber die Versorgung im Vordergrund steht. Auch hierbei kann die Wichtigkeit der Patient\*innenversorgung vor der didaktischen Gestaltung der Lehre verortet werden. Als weiterer Aspekt, der die Bedeutung von Lehre und Didaktik verdeutlicht, kann die Lehre als Entertainment identifiziert werden. Die Teilnehmenden verstehen die Lehrendenrolle als eine Aufgabe im Sinne eines/-r Animater\*in und Motivator\*in, um so die Lehre motivierend, aktivierend und aufregend zu gestalten. Zusätzlich kann auch hierbei ein Unterhaltungscharakter der Lehre herausgestellt werden. Folglich kann ein geringer Stellenwert der Lehre neben der Patient\*innenversorgung und Forschung hervorgehoben werden, der auf der Relevanz des Lehrengagements, dem medizinischen Blick auf Didaktik wie auch dem Verständnis von Lehre als Entertainment beruhen kann.

Ein geringer Stellenwert der Lehre neben der Forschung stellt kein Alleinstellungsmerkmal der Medizin dar. Salmhofer (2016) fasst den höheren Stellenwert der Forschung im universitären Kontext zusammen und betont überdies die Karriereförderung, im Sinne von Berufungsverfahren, durch Forschung (vgl. Salmhofer, 2016, 167). Im Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Qualifikation der Habilitation kann durch die Änderung der Habilitationsordnung an der Medizinischen Fakultät Würzburg eine Entwicklung zur Aufwertung der Lehre beobachtet werden. Die Streichung der pädagogischen Eignung und die Einführung einer verbindlichen hochschuldidaktischen Qualifizierung von 60 Arbeitseinheiten können als eine lehrförderliche Entwicklung verstanden werden – insbesondere unter dem Aspekt, dass die pädagogische Eignung in der Vergangenheit in Berufsverfahren ohne festgelegte Standards „nachgewiesen“ werden konnte und somit auch viele Habilitand\*innen in der Medizin als pädagogisch geeignet erschienen (vgl. Heuchemer & Szczyrba, 2016, 222). Egger (2016) geht noch einen Schritt weiter und fordert einen Nachweis einer Lehrkompetenz und Lehrbefähigung als Berufungskriterium für Professuren (vgl. Egger, 2016, 39).

## 15. Organisationale Lernkultur

Die organisationale Lernkultur zeichnet sich durch das Verhalten von Organisationsmitgliedern, das Transferklima und die organisationalen Rahmenbedingungen aus. Werden diese Ergebnisse im Kontext ebenenspezifischer Zusammenhänge betrachtet, so können drei Argumentationslinien nachgezeichnet werden. Erstens können Unterstützungsmomente herausgearbeitet werden, die vor allem auf dem Verhalten von Organisationsmitgliedern und dem Transferklima beruhen und die Lehre der Teilnehmenden



unterstützen können (Kapitel 15.1). Zweitens können Herausforderungen durch die organisationale Lernkultur benannt werden, die unter anderem auf den Einfluss des Universitätsklinikums und die Lehre neben der Patient\*innenversorgung zurückzuführen sind (Kapitel 15.2). Drittens können weitere Bedarfe zur organisationalen Unterstützung identifiziert werden, die auf strukturelle Aspekte der Lehrgestaltung und das Verhalten von Organisationsmitgliedern zurückzuführen sind (Kapitel 15.3).

## 15.1 Unterstützende Aspekte der organisationalen Lernkultur

Bei der Analyse der organisationalen Lernkultur können einige Aspekte herausgearbeitet werden, die als unterstützende Aspekte in Bezug auf die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden fungieren können und somit transferförderliche Elemente darstellen können. Diese können insbesondere basierend auf dem Verhalten von Organisationsmitgliedern und dem Transferklima dargestellt werden. Anhand des Verhaltens von Kolleg\*innen und der Vorgesetzten können einige Ansätze zur Unterstützung der Lehrtätigkeit identifiziert werden. So kann der Austausch über Lehrgestaltung mit den Kolleg\*innen als Unterstützungsangebot und Anregung zur Lehrgestaltung dienen. Die Teilnehmenden können durch den Austausch mit erfahrenen Kolleg\*innen Ideen und Best-Practice-Beispiele für die eigene Lehrgestaltung erhalten. Ferner kann das Einverständnis zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung durch die Vorgesetzten als eine unterstützende Haltung gegenüber der Weiterentwicklung in der Lehre angesehen werden. Die Vorgesetzten stimmen der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung zu, was einem Commitment gleichgesetzt werden kann. Darüber hinaus zeigt sich in den Daten, dass die finanzielle Bereitstellung als Unterstützung bei der Weiterentwicklung der Lehre angesehen werden kann. Die Vorgesetzten äußern die Bereitschaft, diese Weiterentwicklung mit einer personellen Unterstützung zu finanzieren. Diese Unterstützung kann für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden eine Bedeutung einnehmen, da Weiterentwicklungen positiv aufgenommen werden und Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Auch die Kontrolle der studentischen Bewertungen der Lehre kann als weiteres Verhalten der Vorgesetzten identifiziert werden, das die Lehrtätigkeit beeinflussen kann. Hierbei deuten die Daten darauf hin, dass die Vorgesetzten ein Interesse an der Lehrbewertung der Teilnehmenden zeigen. Weist die Kontrolle der studentischen Bewertungen eine unzureichende Leistung auf, reagieren die Vorgesetzten. Für die Teilnehmenden kann diese Tatsache eine Bedeutung für die Lehrtätigkeit erhalten, da von den Vorgesetzten ein Interesse an Lehre und Lehrqualität interpretiert werden kann. Diese inhaltlichen Ausprägungen deuten darauf hin, dass die Vorgesetzten gegenüber den Themen Lehrentwicklung und Weiterentwicklung in der medizinischen Lehre positiv eingestellt sind, was auf ein positives Transferklima hinweisen

kann. Im Kontext des Transferklimas können weitere Aspekte identifiziert werden, die die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden positiv unterstützen können. Unter anderem kann herausgearbeitet werden, dass die Organisation versucht, Anreize für Lehrengagement zu schaffen, um die Bereitschaft für die Beschäftigung mit Lehrgestaltung zu fördern. Hierbei sollen eine interne Evaluation und die finanzielle Unterstützung der Vorgesetzten als Anreize zu mehr Lehrengagement verhelfen. Für das Transferklima kann dies bedeuten, dass innerhalb der Organisation die Weiterentwicklung in der Lehre wohlwollend aufgenommen wird und einzelne Organisationsmitglieder, unter anderem die Vorgesetzten, einen Beitrag zu mehr Lehrengagement leisten möchten und daher Anreize für die Teilnehmenden geschaffen werden sollen. Überdies kann die Offenheit für Veränderungen in der Lehre verdeutlichen, dass die Kolleg\*innen eine positive Einstellung gegenüber Neuerungen in der Lehre haben. Diese Neuerungen beziehen sich auf Veränderungen in den inhaltlichen Lehrthemen und der zeitlichen und personellen Strukturierung der Lehre. In diesem Zusammenhang kann von einer Offenheit gegenüber diesen Änderungen ausgegangen werden, da Inhalte nach der fachlichen Expertise verteilt werden. Das Transferklima betreffend kann dies bedeuten, dass Veränderungen auf kollegialer Ebene möglich sind und eine gewisse Offenheit für Neuerungen vorhanden ist. Dies kann perspektivisch für die Weiterentwicklung in der Lehre relevant werden. Als weiterer Aspekt kann das Bewusstsein für ein positives Lehrklima als weitere Dimension des Transferklimas zur Unterstützung der Teilnehmenden aus den Daten herausgearbeitet werden. Innerhalb der Organisation herrscht eine positive Einstellung zum Thema Lehre und ein zeitlicher Mehraufwand durch konkrete Lehr-/Lernsituationen wird von allen Organisationsmitgliedern getragen. Es kann vermutet werden, dass der interviewten Person dieses positive Lehrklima bewusst ist, da über die beteiligten Berufsgruppen und deren Beitrag zu dem positiven Lehrklima reflektiert wird. Für die Teilnehmenden kann dies in Bezug zum Transferklima bedeuten, dass Weiterentwicklungen und neue Ideen in der Lehrgestaltung insgesamt auf eine positive Einstellung der Organisationsmitglieder treffen, da aus der Vergangenheit bereits auf ein Bewusstsein für ein positives Lehrklima geschlossen werden kann. Neben der Unterstützung der Teilnehmenden auf der Ebene der Organisationsmitglieder und des Transferklimas kann ein positiver Einfluss struktureller Aspekte auf die Lehrgestaltung herausgestellt werden. Durch die Ermöglichung von Voraussetzungen zur Weiterentwicklung der Lehre können Potentiale für die Weiterentwicklung in der Lehre identifiziert werden. Organisationsmitglieder können administrative Bedingungen schaffen, damit die Teilnehmenden die Lehre weiterentwickeln können. Für die Lehrtätigkeit kann dies bedeuten, dass die Teilnehmenden strukturelle Unterstützung von der Organisation und im Speziellen von Kolleg\*innen erhalten, damit eine Weiterentwicklung in der Lehre angestrebt werden kann. Zusammenfassend kann betont werden, dass die Teilnehmenden unterschiedliche Unterstützungsangebote von Organisationsmitgliedern erhalten und darüber hinaus durch ein

positives Transferklima Veränderungen in der Lehre wohlwollend aufgenommen werden können, was den Lerntransfer positiv unterstützen kann. Diese Ergebnisse können an das von Tonhäuser (2017) postulierte Forschungsdesiderat der inhaltlichen Ausgestaltung der Unterstützung durch Kolleg\*innen und Vorgesetzte angeschlossen werden. Somit können diese Ergebnisse dazu beitragen, die Art und Weise der Unterstützung durch Kolleg\*innen und Vorgesetzte für diese Arbeit auszudifferenzieren und einen Beitrag zum Transferdiskurs zu leisten.

## 15.2 Herausforderungen basierend auf der organisationalen Lernkultur

Trotz dieser unterstützenden Elemente und einer Transferförderung kann die Lehrgestaltung eine Herausforderung für die Teilnehmenden darstellen und damit einhergehend Aspekte identifiziert werden, die einen Lerntransfer erschweren können. Durch die Aufgabenverteilung von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung kann der Lehre ein geringerer Stellenwert zugeschrieben werden (siehe Kapitel 1 & 14.2), dies kann insbesondere durch den Einfluss des Universitätsklinikums auf die Lehrgestaltung beobachtet werden. Hinzu kommen weitere Herausforderungen im Zusammenhang mit der Lehrtätigkeit, die aus den Daten herausgearbeitet werden und den Lerntransfer bedingen.

So kann in den Daten ein Einfluss organisationaler Rahmenbedingungen auf die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden identifiziert werden. Der Einfluss des Universitätsklinikums, als spezieller Organisation, auf die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden umfasst die Aufgabentrias Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung. Die Verbindung von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung wird in den Daten sowohl als Potential als auch als Herausforderung für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden identifiziert. Somit kann die Verbindung den Teilnehmenden die Möglichkeit bieten, aktuelle Forschungserkenntnisse und -projekte in die Lehrtätigkeit zu integrieren, um so dem Charakter der universitären Ausbildung gerecht zu werden. Als Herausforderung kann diese Verbindung der drei Aufgabenbereiche ebenfalls herausgearbeitet werden, da durch die Patient\*innenversorgung die Arbeitszeit der Teilnehmenden bereits erschöpft ist und die Daten Hinweise darauf geben, dass die Forschung und Lehre als zusätzliche zeitliche Belastung von den Teilnehmenden wahrgenommen werden. Somit kann die Verbindung von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung ein Potential und eine Herausforderung im berufspraktischen Handeln der Teilnehmenden darstellen. Für die Lehrtätigkeit kann dies konkret bedeuten, dass diese hinter der Patient\*innenversorgung anzusiedeln ist, was bereits mit der Relevanz der ärztlichen Berufspflichten und der Lehrtätigkeit einhergeht. In den empirischen Daten wird deutlich, dass die ärztlichen Berufspflichten einen höheren Stellenwert als die Lehrtätigkeit erhalten. Die Versorgung der Patient\*innen nimmt für ein Krankenhaus die oberste Priorität ein, der universitäre Anspruch eines Universitätsklinikums kann dabei aufgrund der

Dringlichkeit der Patient\*innenversorgung hintenanstehen. Für die Lehrtätigkeit kann dies bedeuten, dass die Teilnehmenden vor berufspraktische Herausforderungen in der Lehre gestellt werden. Geplante Lehr-/Lernsituationen können aufgrund der Dringlichkeit und Notwendigkeit der Patient\*innenversorgung zurückstehen. Dies lässt die Vermutung zu, dass die Relevanz der ärztlichen Berufspflichten und die Relevanz der Lehrtätigkeit nicht zu jeder Zeit als gleichwertig betrachtet werden. Auf den Lerntransfer übertragen, kann vermutet werden, dass basierend auf der Relevanz der ärztlichen Berufspflichten und der Verbindung der drei Aufgabenbereiche Veränderungen in der Lehrtätigkeit erschwert werden. Neben den strukturellen Aspekten des Universitätsklinikums können der Lehre eine untergeordnete Rolle und weniger zeitliche Verfügbarkeit der Teilnehmenden zugesprochen werden, was sich ebenfalls eher hinderlich auf den Lerntransfer auswirken kann.

Neben den organisationalen Rahmenbedingungen kann das Verhalten von Lernenden für die Teilnehmenden eine Herausforderung in der Lehrgestaltung darstellen. Das Verhalten von Lernenden, das in dieser Arbeit zum Gelingen der Lehre beitragen und die Teilnehmenden vor Herausforderungen in der Lehrtätigkeit und Lehrgestaltung stellen kann, wird in den Daten als eine unzureichende inhaltliche Vorbereitung von Lernenden auf die Lehre und als Unaufmerksamkeit in der Lehr-/Lernsituation identifiziert. Durch eine unzureichende theoretische Vorbereitung der Lernenden kann dies die Teilnehmenden in der Gestaltung der praktischen Lehre, insbesondere der Vermittlung von praktischen Fertigkeiten, beeinflussen. Wie in den Interviewziten deutlich wird, kann dies die Teilnehmenden vor eine Herausforderung in der Lehrgestaltung stellen. Ferner kann die Unaufmerksamkeit in der Lehr-/Lernsituation als Störung durch die Teilnehmenden empfunden werden. Die Daten lassen den Schluss zu, dass diese Unaufmerksamkeit für das Lehrformat mit echten Patient\*innen als eine Herausforderung angesehen werden kann, da die Teilnehmenden die Aufmerksamkeit der Lernenden auf das Lehrgeschehen richten müssen. Insgesamt kann den Lernenden ein deutlicher Beitrag zur Gestaltung des Lehr-/Lerngeschehens zugesprochen werden, was für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden eine Bedeutung einnehmen kann. Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass die Teilnehmenden durch das Verhalten von Lernenden in herausfordernde Lehr-/Lernsituationen geraten können und durch das Universitätsklinikum ein Einfluss auf die Lehrtätigkeit zu verzeichnen ist. Für den Lerntransfer kann somit den Lernenden und dem Universitätsklinikum eine Bedeutung zugesprochen werden.

### 15.3 Spezifische Bedarfe zur Unterstützung der Lehre auf der organisationalen Ebene

Damit die Lehre eine größere Aufmerksamkeit erhalten kann und die Herausforderungen der Teilnehmenden in der Lehrtätigkeit unterstützt werden, können spezifische Bedarfe, basierend auf den zentralen Ergebnissen des Einflusses der organisationalen Lernkultur auf die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden, identifiziert werden. Aus den Interviewdaten können vor allem strukturelle Aspekte der Organisation und des Transferklimas herausgearbeitet werden, die auf einen Bedarf weiterer Unterstützung in der Lehre durch die Organisation hinweisen. Dabei kann ein Einfluss struktureller Aspekte auf die Lehrtätigkeit durch organisationsinterne Strukturen und Gegebenheiten definiert werden, die die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden beeinflussen können. Eine fehlende Freistellung für Lehraktivitäten kann die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden beeinflussen, da in unzureichender Weise Arbeitszeit für die Lehrtätigkeit reserviert wird. Eine Freistellung für die Lehre, wie sie in der Medizin aus anderen Konstrukten bekannt ist, könnte eine hilfreiche Struktur zur Verbesserung der Lehrbedingungen in der medizinischen Lehre darstellen. Für die Teilnehmenden kann dies bedeuten, dass die Lehrtätigkeit innerhalb der Arbeitszeit durch eine Freistellung von ärztlichen Aufgaben durchgeführt werden kann. Ferner wird eine unzureichende Vorbereitung auf die Lehrtätigkeit durch die Organisation in den Daten identifiziert. Dies lässt den Schluss zu, dass den Teilnehmenden keine organisationalen Strukturen zur Vorbereitung auf die Lehrtätigkeit bekannt sind. Die Lehrgestaltung beruht somit vor allem auf Eigeninitiative und Engagement der Teilnehmenden. Überdies wird eine fehlende Ansprechperson für Lehre innerhalb einzelner Kliniken aus den Interviews herausgearbeitet. Die Organisation verfügt über keine feste Ansprechperson, die über fachliche Expertise in Medizindidaktik verfügt. Für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden kann dies bedeuten, dass die Lehrgestaltung und -vorbereitung ohne organisationale Strukturen zum Austausch und ohne Hilfestellung geplant und durchgeführt werden. Die Autor\*innengruppe um Stieger (2019) greift in diesem Zusammenhang ein Konzept eines/-r klinischen Lehrexpert\*in für die medizinische Lehre auf. Hierbei wird ein Arzt / eine Ärztin mit Lehr- und klinischer Expertise sowie medizindidaktischer Qualifizierung als feste Ansprechperson für die Lehre in der Abteilung etabliert. Entgegen der Kritik der fehlenden Zeit räumen die Autor\*innen das Konstrukt der dualen Qualifizierungen durch sogenannte Clinician-Scientist-Programme ein (siehe Kapitel 1). Hierbei wird die Frage gestellt: „Weshalb sollte dieses duale Qualifikationssystem nicht auch für die Professionalisierung einer Auswahl an Ärztinnen und Ärzten für die Lehre gedacht werden?“ (Stieger et al., 2019, 599). Neben der Umsetzbarkeit dieses/-r klinischen Lehrexpert\*in ist darüber hinaus fraglich, ob eine Beschäftigung mit Medizindidaktik nur einigen Personen vorbehalten werden sollte. Der aus den Daten herausgearbeitete persönliche Stellenwert der Medizindidaktik kann aufzeigen, dass die Relevanz von Medizindidaktik für die Teilnehmenden

nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung vorhanden ist. Diese Relevanz kann erst nach der Teilnahme identifiziert werden und somit kann nach der medizindidaktischen Qualifizierung ein persönlicher Stellenwert festgestellt werden. Dies kann den Ärzt\*innen verwehrt werden, wenn nur ausgewählte Personen sich mit Lehre und Medizindidaktik beschäftigen können.

Neben den organisationalen Rahmenbedingungen können aus dem Transferklima Hinweise auf einen Bedarf an weiterer Unterstützung der Lehre gegeben werden. So kann im empirischen Material als potentielle Herausforderung für die Teilnehmenden das Hinterfragen der Lern- und Teilnahmemotivation identifiziert werden, das auf Einstellungen und Haltungen gegenüber Weiterbildungen und Qualifizierungen in medizinischer Lehre hinweisen kann. Es kann vermutet werden, dass innerhalb der Organisation Lehrexpertise über die Berufserfahrung und das Alter der Teilnehmenden bestimmt wird. Demnach können die Daten einen Hinweis darauf geben, dass eine Rechtfertigung zum Besuch einer Qualifizierung in Medizindidaktik auf Unverständnis trifft, da zuvor auch fähige Ärzt\*innen ausgebildet wurden. Dieses Hinterfragen einer Lern- und Teilnahmemotivation kann ein Indiz für das Transferklima innerhalb der Organisation darstellen, da implizit davon ausgegangen wird, dass „man“ lehren kann. Basierend auf dieser Annahme kann die Einstellung gegenüber Qualifizierungen in Medizindidaktik innerhalb der Organisation als Herausforderung für die Teilnehmenden agieren, da diese sich für die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung rechtfertigen müssen. Ferner kann eine implizite Auseinandersetzung mit didaktischen Themen im Kollegium als weiterer Aspekt des Transferklimas aus den Daten identifiziert werden. Es kann angenommen werden, dass kein aktiver Austausch über Lehre im organisationalen Kontext stattfindet und die Teilnehmenden sich daher individuell mit didaktischen Themen auseinandersetzen müssen. Es wird deutlich, dass sich die Teilnehmenden vor allem implizit durch Beobachtung und Anregungen durch die Lehre von Kolleg\*innen mit Lehrgestaltung auseinandersetzen. Für das Transferklima kann dies bedeuten, dass die Teilnehmenden auf keine organisationalen Strukturen zum Austausch von Lehrgestaltung zurückgreifen können und eine individuelle Bemühung, sich mit didaktischen Themen zu beschäftigen, im Vordergrund steht. Neben den bereits bestehenden Unterstützungsmomenten (siehe Kapitel 15.1) können weitere Bedarfe zur Unterstützung der Lehre durch die Organisation herausgestellt werden. Zur Unterstützung der Ärzt\*innen in der Lehre können auf der organisationalen Ebene einige Aspekte berücksichtigt werden. So können ein „eindeutiges und öffentliches Bekenntnis der Fakultät zur Lehre“ (Ochsendorf et al., 2018a, 39), wie beispielsweise ein Leitbild für Lehre und Lehrprofessuren, wie auch direkte Unterstützung der Lehrenden, in Form von beispielsweise einer Verankerung der Lehre im Dienstplan oder individualisierten Anreizsystemen und Wertschätzung für Lehre, unterstützend wirken (vgl. Ochsendorf et al., 2018a, 39). Aus den Daten können ergänzend

eine explizite Möglichkeit zum Austausch, eine zeitliche Freistellung für die Lehre, eine Ansprechperson für Lehre sowie eine Vorbereitung auf die Lehrtätigkeit den Teilnehmenden helfen, den Herausforderungen innerhalb der Lehre in der Medizin zu begegnen.

## 16. Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung

Aus den Ergebnissen kann eine Lern- und Transferförderung durch die Auseinandersetzung mit den Inhalten der medizindidaktischen Qualifizierung beobachtet werden. Diese Auseinandersetzung kann auf drei unterschiedlichen Ebenen identifiziert werden. Demnach werden die Selbsterfahrung von Methoden aus der Lernendenperspektive (Kapitel 16.1), die aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Lehre (Kapitel 16.2) sowie die Orientierung an der ärztlichen Berufspraxis und möglichen Handlungsherausforderungen (Kapitel 16.3) als lern- und transferförderlich angesehen.

### 16.1 Selbsterfahrung von Methoden aus der Lernendenperspektive

Im Hinblick auf die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung können sowohl lernförderliche als auch transferförderliche Elemente aus den Daten herausgearbeitet werden. Diese beziehen sich insbesondere auf die Auseinandersetzung mit den Inhalten und Methoden der medizindidaktischen Qualifizierung. Diese Auseinandersetzung kann zusammenfassend auf unterschiedlichen Ebenen verortet werden. So können unter anderem die Selbsterfahrung und das Kennenlernen von Methoden als Lernende das Lernen und den Lerntransfer unterstützen. Dabei kann die Selbsterfahrung von didaktischen Methoden als ein Aspekt der lernförderlichen didaktischen Ausgestaltung betrachtet werden. Durch die emotionale Involviertheit und das Selbsterleben von didaktischen Methoden während der medizindidaktischen Qualifizierung können diese Lehreinheiten bei den Teilnehmenden besonders in Erinnerung bleiben. Die Daten weisen darauf hin, dass die Möglichkeit, didaktische Methoden selbst zu erleben, einen nachhaltigen Eindruck bei den Teilnehmenden hinterlassen hat. Für den Lernprozess kann diese Selbsterfahrung eine Bedeutung einnehmen, da die Teilnehmenden emotional involviert sind und die didaktischen Methoden aus verschiedenen Perspektiven kennenlernen. Dies stellt Hinweise auf eine lernförderliche didaktische Ausgestaltung dar, die die Lernprozesse der Teilnehmenden beeinflussen kann. Durch die Alltagshandlungen als Sinnbild für eine didaktische Methode können die Teilnehmenden didaktische Methoden, in diesem Beispiel die Vier-Schritt-Methode nach Peyton, in Verbindung mit einer Alltagshandlung, hier dem Krawattebinden, aus der Lernendenperspektive erleben. Das Krawattebinden ist allen Interviewpartner\*innen besonders in Erinnerung geblieben, was als weiteres Indiz für die Bedeutsamkeit des Sinnbilds

der didaktischen Methode angesehen werden kann. Die Teilnehmenden erinnern sich somit an die Alltagshandlung, die als Sinnbild für die didaktische Methode agiert. Für den Transferprozess kann dies bedeuten, dass die konkreten Alltagshandlungen als Sinnbild für die Vier-Schritt-Methode von den Teilnehmenden verinnerlicht werden und somit ein Weiterentwicklungspotential für die eigene Lehrgestaltung anzunehmen ist. In der analysierten Interviewpassage wird zudem betont, dass diese Methode „mit nach Hause genommen“ wird, was ebenfalls auf eine transferförderliche Wirkung hindeuten kann. Durch diese Art der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung, bei der die Selbsterfahrung von Methoden aus der Lernendenperspektive erlebt wird, kann eine Bedeutungszuweisung durch die Teilnehmenden nachvollzogen und somit der Selbsterfahrung von Methoden aus der Lernendenperspektive eine Bedeutung in Bezug zum Lerntransfer zugesprochen werden. Da durch die Auswahl der Methodik das Lernen der Teilnehmenden beeinflusst werden kann (Siebert, 2010b, 25; Schüßler, 2007, 119), zeigt sich die Selbsterfahrung von Methoden aus der Lernendenperspektive als eine methodische Aufbereitung, die das Lernen und den Transfer der Teilnehmenden unterstützen kann. Zurückgeführt werden kann dies auf die Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung. Strunk (2004) hebt in diesem Zusammenhang hervor, dass zur Unterstützung des Lernens insbesondere aktivierende Methoden und die Einbindung der Teilnehmenden in die Erwachsenen-/Weiterbildung berücksichtigt werden können (vgl. Strunk, 2004, 127 f.). Dies wird durch die Selbsterfahrung von verschiedenen Methoden in der medizindidaktischen Qualifizierung forciert und kann daher auch aus erwachsenenpädagogischer Sichtweise als transferförderlich angesehen werden.

## 16.2 Aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Lehre

Darüber hinaus können durch die aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Lehre und den Inhalten der medizindidaktischen Qualifizierung eine Reflexion und Diskussion im eigenen Lehrkontext der Teilnehmenden angestoßen werden. Demnach können die Vorbereitungsaufgaben, die Reflexion über didaktische Methoden zur Lehrgestaltung und die Diskussion über Lehrerfahrungen als aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Lehre verstanden werden. Die Vorbereitungsaufgaben zur aktiven Auseinandersetzung mit den Themen kann auf der individuellen Ebene und im kollegialen Austausch zur Beschäftigung und Auseinandersetzung mit medizindidaktischen Themen führen. So können die Vorbereitungsaufgaben die aktive Auseinandersetzung mit den Themen sowohl auf der individuellen Ebene als auch im Dialog mit Kolleg\*innen fördern. Aus den Daten kann herausgearbeitet werden, dass die Teilnehmenden sich erst selbständig mit den Vorbereitungsaufgaben zur eigenen Lehrgestaltung (siehe Kapitel 2.3) auseinandersetzen



und daran anschließend ein Austausch mit Kolleg\*innen zur Bearbeitung und Ausgestaltung der Aufgaben durchgeführt wird. Für den Lernprozess kann dies bedeuten, dass die Vorbereitungsaufgaben einen Beitrag zur aktiven Auseinandersetzung mit medizindidaktischen Themen leisten können. Die Anregung des kollegialen Austauschs kann als weiteres lernförderliches Element aus der didaktischen Gestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung identifiziert werden. Die Anregung wird hierbei als Impuls und Denkanstoß verstanden, die intendiert sind, aber nicht bewusst hervorgerufen werden können. Die Daten geben Hinweise darauf, dass eine Reflexion über didaktische Methoden zur Lehrgestaltung durch den kollegialen Austausch innerhalb der medizindidaktischen Qualifizierung als ein lernförderliches Element betrachtet werden kann. So werden didaktische Methoden und deren Berücksichtigung im ärztlichen Berufsalltag gemeinsam im kollegialen Austausch besprochen. Für den Lernprozess der Teilnehmenden kann dies bedeuten, dass ein kollegialer Austausch hilfreich für den eigenen Reflexionsprozess und zur Integration von didaktischen Methoden in die Lehrgestaltung sein kann. Für den Lerntransfer und die eigene Lehrtätigkeit kann diese Reflexion der didaktischen Methoden für die eigene Lehre Hinweise auf eine Weiterentwicklungsabsicht geben. Eine Diskussion über Lehrerfahrungen innerhalb der medizindidaktischen Qualifizierung, basierend auf einer Anregung des kollegialen Austauschs, kann als weiteres lernförderliches Element identifiziert werden. Die Teilnehmenden können durch den diskursiven Austausch Lehrerfahrungen teilen und Lehrerfahrungen der anderen Teilnehmenden erfahren. Für den Lernprozess kann dies eine Bedeutung einnehmen, da ein Austausch mit Kolleg\*innen über Lehrerfahrungen eine nachhaltige Erinnerung an die medizindidaktische Qualifizierung darstellt. Wie bereits oben thematisiert, kann ein reflexiver Prozess, der an dieser Stelle durch den kollegialen Austausch und die Diskussion angeregt werden kann, die Ausgestaltung einer professionellen Lehridentität fördern (vgl. Egger, 2016, 42). Wird die aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Lehre aus erwachsenenpädagogischer Sichtweise betrachtet, kann dieser Aspekt der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung als ein positives Element im Transferprozess angesehen werden. Als unterstützende Aspekte betont Petermandl (2009, 2 ff.) unter anderem die Schaffung von Anwendungsmöglichkeiten und die Variation der Fallsituationen, die durch eine aktive Auseinandersetzung vor dem Hintergrund der persönlichen Situation und der Lehrbedingungen in der medizindidaktischen Qualifizierung identifiziert werden können. Die Variation der Fallsituationen kann nicht auf verschiedene Beispiele bezogen werden, sondern stellt die individuellen Kontexte der Teilnehmenden und der Lehre dar.

### 16.3 Orientierung an ärztlicher Berufspraxis und möglichen Handlungsherausforderungen

In einem weiteren Schritt kann die Orientierung an der Berufspraxis und möglichen Herausforderungen im Handeln der Teilnehmenden als ein unterstützendes Element im Lern- und Transferprozess gedeutet werden. Diese Orientierung kann in den Daten auf der inhaltlichen Ebene und der handlungsspezifischen Ebene der ärztlichen Berufspraxis identifiziert werden. Während die Anwendung von praktischen Beispielen aus der ärztlichen Berufspraxis, aktivierende Methoden zur Nutzung für die eigene Lehre und das Aufzeigen von Situationen und Handlungsstrategien auf die inhaltliche und methodische Ausgestaltung abzielen, kann durch die mikrodidaktische Anleitung von Gruppenarbeiten an die Handlungslogik der Teilnehmenden im ärztlichen Berufsalltag angeknüpft werden.

Die Anwendung von praktischen Beispielen aus der Berufspraxis kann als weiteres lernförderliches Element in dieser Arbeit betrachtet werden. Durch die Auswahl von praktischen Beispielen aus der Berufspraxis können die Teilnehmenden sich eher mit den beschriebenen Beispielen identifizieren und somit auch die dahinterliegenden theoretischen Überlegungen begreifen. Für den Lernprozess kann die Verknüpfung von Theorie und Praxis das Lernen unterstützen und somit die Teilnehmenden bereits während der medizindidaktischen Qualifizierung durch die Anwendung von praktischen Beispielen aus dem ärztlichen Berufsalltag abholen. Als weiteres transferförderliches Element können die aktivierenden Methoden zur Nutzung für die eigene Lehre durch die Absicht der Teilnehmenden, diese in der Lehre einzusetzen, verdeutlicht werden. Durch die Nutzung von aktivierenden Methoden, die in der medizindidaktischen Qualifizierung kennengelernt werden, können somit die Mitarbeit der Lernenden und die Motivation der Teilnehmenden gesteigert werden. Demnach können durch die Bedeutungszuweisung der Teilnehmenden die in der medizindidaktischen Qualifizierung genutzten Methoden für die Lehrgestaltung verwendet werden. Insgesamt kann den aktivierenden Methoden ein Nutzen für die eigene Lehre zugesprochen werden, da die Teilnehmenden die Absicht verfolgen, Methoden aus der medizindidaktischen Qualifizierung für die Lehrgestaltung zu berücksichtigen. Das Aufzeigen von Situationen und Handlungsstrategien für die Lehre kann als weiteres transferförderliches Element interpretiert werden, da die Daten darauf hinweisen, dass die Teilnehmenden durch das Aufzeigen und Thematisieren von Situationen Handlungsstrategien für die eigene Lehre und Sicherheit in der Lehrtätigkeit erhalten. Diese Sicherheit kann auf die theoretische Beschäftigung und den kollegialen Austausch in der medizindidaktischen Qualifizierung zurückgeführt und als transferförderlich bewertet werden, da den Teilnehmenden dieses Wissen als Sicherheit für die Lehre dienen kann. Bereits bei der Erarbeitung des theoretischen Rahmenmodells kann auf eine unterstützende Funktion im Transferprozess durch die Vorbereitung auf den Umgang mit Herausforderungen und Handlungsstrategien hingewiesen

werden. In diesem Zusammenhang kann eine mikrodidaktische Anleitung von Gruppenarbeiten zur Anregung der Mitarbeit in den Daten als weiteres lernförderliches Element identifiziert werden. Während die zuvor genannten Aspekte der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung die inhaltliche und methodische Ebene betreffen, kann bei der mikrodidaktischen Anleitung an den Handlungsmodus der Teilnehmenden im ärztlichen Berufsalltag angeknüpft werden. In der analysierten Interviewsequenz wird eine Reflexion von verschiedenen Arten von Gruppenarbeiten durchgeführt und die Dienlichkeit für das eigene Lernen durch die Teilnehmenden bewertet. Da die interviewte Person die mikrodidaktische Anleitung als besonders hilfreich bewertet und mit Spaß am Lernen assoziiert, lässt sich resümieren, dass bei einer mikrodidaktischen Anleitung der eigene Lernprozess der Teilnehmenden gefördert werden kann. Die mikrodidaktische Anleitung weist Ähnlichkeiten zu der ärztlichen Berufspraxis der Teilnehmenden auf, in der ebenfalls stark strukturierte Abläufe für die Behandlung von Patient\*innen vorgeschrieben sind (siehe Kapitel 2). Somit kann dieses strukturierte Vorgehen einer mikrodidaktischen Anleitung von Gruppenarbeiten einen Beitrag zur Anregung der Mitarbeit der Teilnehmenden leisten und daher einen Einfluss auf den Lerntransfer ausüben. Es kann somit resümiert werden, dass durch die Orientierung an der ärztlichen Berufspraxis eine Ähnlichkeit der Aufgaben und Themen des ärztlichen Arbeitsalltags hergestellt werden kann, was nachweislich als transferförderliches Element gelten kann (z. B. vgl. Grossmann & Salas, 2011, 107; Faulstich & Zeuner, 2008, 79). Insbesondere Beispiele aus der Berufspraxis und praxisorientierte Aufgaben können einen Lerntransfer positiv unterstützen (vgl. Tonhäuser & Büker, 2016, 139).

Zusammenfassend kann der inhaltlichen und methodischen Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung durch die Selbsterfahrung von Methoden aus der Lernendenperspektive und die aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Lehre eine Bedeutung für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden zugesprochen werden. Überdies können der Orientierung an der ärztlichen Berufspraxis und den Handlungsherausforderungen ebenfalls durch die inhaltliche und methodische Ausgestaltung begegnet und darüber hinaus durch die Orientierung am ärztlichen Handlungsmodus eine erweiterte Orientierung an dem ärztlichen Berufsalltag der Teilnehmenden erreicht werden.

## 17. Teilnehmende

Zusammenfassend können die Lern-, Teilnahme- und Transfermotivation wie auch das berufliche und organisationale Engagement sowie die Erfahrungen und Erwartungen durch die Lebensinteressen der Teilnehmenden begründet werden. Die Orientierung an den guten Gründen der Teilnehmenden ist für diese Arbeit leitend, daher werden alle identifizierten Aspekte im Kontext des Erfahrungs- und Bedeutungszusammenhangs der Teilnehmenden betrachtet. Wie bereits in den lerntheoretischen Ausführungen dieser Arbeit verdeutlicht, kann

davon ausgegangen werden, dass jegliche Lernhandlung durch die Lebensinteressen der Teilnehmenden zu begründen ist. Demnach können deren Wahrung und Erweiterung zu Lern- und Handlungsbegründungen führen. Werden alle empirischen Ergebnisse der Ebene der Teilnehmenden zusammengefasst, können drei Argumentationsstränge über alle Dimensionen der Teilnehmenden hinweg beobachtet werden. Dabei erhalten die Lernbegründungen als Erweiterung der Handlungsfähigkeit (Kapitel 17.1) sowie zur Wahrung der Lebensinteressen (Kapitel 17.2) wie auch die Reflexion der Lehrtätigkeit im Kontext des Bedeutungs- und Erfahrungszusammenhangs (Kapitel 17.3) eine Berücksichtigung bei der ebenenspezifischen Betrachtung der Teilnehmenden.

### 17.1 Lernbegründungen als Erweiterung der Handlungsfähigkeit

Die von den Teilnehmenden ausgehenden Lernbegründungen können basierend auf den Lebensinteressen unter anderem als eine Erweiterung der Handlungsfähigkeit angesehen werden. Aus den analysierten Daten können zwei Argumentationsstränge herausgearbeitet werden, die die inhaltliche Ausrichtung der Erweiterung der Handlungsfähigkeit thematisieren. So kann zum einen die Möglichkeit der Weiterentwicklung der Lehre als Erweiterung der Handlungsfähigkeit fungieren, die sich basierend auf den subjektiven Lebensinteressen als Lernbegründungen darstellt. Dabei kann aus den bereits analysierten Daten heraus argumentiert werden und den Dimensionen des Interesses an Lehrgestaltung, der Absicht, etwas zu ändern, dem organisationalen Engagement und den Erwartungen der Teilnehmenden eine Bedeutung als Lernbegründungen beigemessen werden. Zum anderen kann die Karriereentwicklung als Erweiterung der Handlungsfähigkeit betrachtet werden. Hierbei können die Ergebnisse des beruflichen Engagements herangezogen werden.

Im Kontext dieser Studie kann die Erweiterung der Handlungsfähigkeit als Möglichkeit zur Weiterentwicklung der Lehre in sechs ausdifferenzierten inhaltlichen Ausprägungen der Lernbegründungen beobachtet werden. Demnach kann dem Interesse und der Lehrmotivation, dem Motiv, etwas Neues zu lernen, spezifischem neuen Wissen und Können, der methodischen Gestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung, der Forcierung von Veränderungen in der Lehre wie auch der Verbundenheit und Identifikation mit der Organisation eine Bedeutung als Lernbegründungen zugesprochen werden.

Erstens können das Interesse und die Lehrmotivation als eine Lernbegründung zur Erweiterung der Handlungsfähigkeit angesehen werden. Die Bedeutungszuweisung durch die Lebensinteressen der Teilnehmenden zeigt sich in dem empirischen Material durch Interesse, Freude und eine Wertzuweisung durch die Teilnehmenden für die Lehrtätigkeit. Inhaltlich bezieht sich die Bedeutungszuweisung auf die Lern-, Teilnahme- und Transfermotivation sowie auf die Lehrtätigkeit im Allgemeinen. Im Kontext der Lern- und Teilnahmemotive können

durch die subjektive Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden, basierend auf den Lebensinteressen, ein persönliches Interesse und Freude an der Lehrtätigkeit identifiziert werden. Diese Aspekte werden vor allem in den expansiven Lern- und Teilnahmemotiven und der Transfermotivation gefunden. So kann ein grundlegendes Interesse an Didaktik als eine expansive Lern- und Teilnahmemotivation im Rahmen des Interesses an Lehrgestaltung in den Daten herausgearbeitet werden. Die Teilnehmenden zeigen Wissbegierde und Zugewandtheit für Themen der Lehrgestaltung, was auf ein grundlegendes Interesse an Didaktik hinweisen kann. Für den Lerntransfer kann dies einen transferförderlichen Aspekt darstellen, da bereits vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung eine Wissbegierde und Interesse an didaktischen Themen bestanden. Folglich kann von einer persönlichen Bedeutungszuweisung für die Lehrtätigkeit durch die Lebensinteressen bereits vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung ausgegangen werden. Darüber hinaus können in den Daten Hinweise gefunden werden, dass die Teilnehmenden ebenfalls bereits vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung über Spaß an der Lehrtätigkeit verfügen, was auf eine hohe Lehrmotivation hinweisen kann. Die Daten lassen vermuten, dass die Teilnehmenden Freude an der Lehrtätigkeit haben und somit Weiterentwicklungen in der Lehre aufgeschlossen gegenüberstehen. Ferner kann das Interesse an der Berücksichtigung von didaktischen Elementen in der Lehre als eine Ausprägung des Interesses an Lehrgestaltung und als ein Aspekt der persönlichen Bereitschaft zur Weiterentwicklung angesehen werden. Die Daten lassen vermuten, dass die Teilnehmenden sich mit medizindidaktischen Themen beschäftigen, um die Lehre weiterzuentwickeln, und dabei didaktische Elemente aus der medizindidaktischen Qualifizierung berücksichtigen. Die didaktischen Elemente stellen sowohl didaktische Prinzipien als auch methodische Gestaltungsformen in der Lehre dar. Für den Lerntransfer kann dies bedeuten, dass die Teilnehmenden mit einem zuvor selbst definierten Weiterentwicklungspotential an der Qualifizierung teilnehmen und somit die Möglichkeit besteht, dass die didaktischen Elemente nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung, basierend auf dem Interesse an Lehrgestaltung, eine Berücksichtigung in der Lehre erhalten. Für den Lerntransfer und die Lehrtätigkeit kann daher von einer positiven Einstellung gegenüber Veränderungen in der Lehre und der Bereitschaft zur Weiterentwicklung ausgegangen werden. Diese Lernbegründungen können nach der Systematik von von Hippel und Kolleg\*innen (2018) als ein Spezialinteresse angesehen werden. Das Interesse für ein interessantes Thema kann demnach ein Motiv für die Lern- und Teilnahmemotivation darstellen. Darüber hinaus können in den Ausführungen Ansätze eines Berufsmotivs beobachtet werden, das die Verwendung der Inhalte für die Lehrtätigkeit als Ärzt\*innen nützlich erscheinen kann (vgl. von Hippel et al., 2018, 1138 f.).

Zweitens kann in Anlehnung an die obige Systematik das Orientierungsmotiv, als Ziel, etwas Neues zu lernen (vgl. von Hippel et al., 2018, 1138 f.), als Lernbegründung für die Weiterentwicklung in der Lehre fungieren. Im Kontext der Transfermotivation kann die Bereitschaft, etwas Neues zu lernen, als Offenheit und Aufgeschlossenheit für Neues aus dem empirischen Material identifiziert werden. Die Daten geben Hinweise darauf, dass die Teilnehmenden sich für medizindidaktische Themen interessieren und neuem Wissen aufgeschlossen gegenüberstehen sowie dieses Wissen für die Weiterentwicklung der Lehre nutzen können. Ferner kann in den Daten vermutet werden, dass ein Zuwachs an Wissen angestrebt wird, was ein weiteres Indiz für die Bereitschaft, etwas Neues zu lernen, darstellen kann. Im Kontext der Bereitschaft für Neues kann daher ebenfalls vermutet werden, dass diese aufgrund der persönlichen Bedeutungszuweisung der Lebensinteressen vorherrscht. Da dies als ein Orientierungsmotiv verstanden werden kann, zeichnet die Lernbegründung den Wunsch, etwas Neues zu lernen, aus. Dies kann als ein Anhaltspunkt zur Erweiterung der Handlungsfähigkeit der Teilnehmenden interpretiert werden.

Drittens kann die Intention einer Forcierung von Veränderungen in der Lehre als weitere Lernbegründung angesehen werden, die sowohl auf übergeordnete Weiterentwicklungen der Lehre im organisationalen Kontext hinweist als auch auf die eigene Lehre der Teilnehmenden bezogen ist. Die Erhöhung der Bereitschaft für Lehrthemen im Kollegium kann als weitere inhaltliche Dimension der Absicht, etwas zu ändern, angesehen werden. Die Daten weisen darauf hin, dass die Teilnehmenden die Absicht hegen, medizindidaktische Themen und die Beschäftigung mit Lehre unter den Kolleg\*innen attraktiver zu gestalten. Dafür agieren die Teilnehmenden als Vorbild und versuchen, die Bereitschaft für Lehrthemen im Kollegium zu erhöhen. Darüber hinaus kann die Identifizierung von Weiterentwicklungspotentialen für die Lehre ebenfalls als eine Dimension der Transfermotivation, spezifischer die Absicht, etwas zu ändern, angesehen werden. Die Teilnehmenden benennen bereits vor der Teilnahme Potentiale zur Weiterentwicklung in der Lehre, teilweise mit konkreten Ideen. Dies kann auf eine unterstützende Funktion der Transfermotivation, spezifischer die Absicht, etwas zu ändern, auf den Lerntransfer gedeutet werden. Die Teilnehmenden können bereits vor der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung konkrete Bedarfe benennen; die Daten weisen darüber hinaus darauf hin, dass auch die Absicht verfolgt wird, Veränderungen in der Lehre anzustreben. Diese Forcierung der Veränderungen kann als eine Lernbegründung angesehen werden, die dabei unterstützen kann, eine Erweiterung der Handlungsfähigkeit, im Sinne einer Weiterentwicklung der Lehre, zu erreichen.

Viertens kann aus den Erwartungen der Teilnehmenden vermutet werden, dass neues Wissen und Können durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung zu einer Weiterentwicklung der Lehre anregen können. Demnach können weitere Lernbegründungen zur Erweiterung der Handlungsfähigkeit, im Sinne einer Weiterentwicklung der Lehre, aus den

Erwartungen der Teilnehmenden herausgearbeitet werden. Der Erwerb von didaktischen Methoden zum unmittelbaren Einsatz in der Lehre kann in den Daten als eine Erwartung identifiziert werden. Die Daten lassen vermuten, dass die Teilnehmenden didaktische Methoden in der medizindidaktischen Qualifizierung kennenlernen möchten und diese dann auf die eigene Lehre übertragen können. Für die Lehrtätigkeit und den Lerntransfer kann dies bedeuten, dass die Teilnehmenden die Erwartung haben, dass sie neues Wissen aus der medizindidaktischen Qualifizierung zum direkten Einsatz in der Lehre erhalten. Darüber hinaus kann die Handlungsanleitung zur professionellen Lehrgestaltung als weitere Erwartung zum individuellen Nutzen der medizindidaktischen Qualifizierung für die Lehre aus dem empirischen Material herausgearbeitet werden. Die Daten geben einen Hinweis darauf, dass die Teilnehmenden die professionelle Lehrgestaltung als Gegensatz zur erfahrungsbasierten Lehre ansehen. Daraus resultiert die Erwartung, dass in der medizindidaktischen Qualifizierung eine Handlungsanleitung zur professionellen Lehrgestaltung vermittelt wird. Für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden kann dies bedeuten, dass bereits Weiterentwicklungspotentiale identifiziert werden und spezifisch für den individuellen Nutzen eine Handlungsanleitung zur professionellen Lehrgestaltung erwartet wird. Aus diesen konkreten Erwartungen kann die Absicht vermutet werden, dass die Teilnehmenden das neue Wissen und Können in der Lehre anwenden. Somit kann eine subjektive Bedeutungszuschreibung durch die Lebensinteressen der Teilnehmenden, im Sinne einer Nützlichkeit und Umsetzbarkeit der Inhalte in der Lehre, vermutet werden. Eine Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung kann demnach durch neues Wissen und Können eine Erweiterung der Handlungsfähigkeit unterstützen.

Fünftens kann durch eine konkrete methodische und inhaltliche Gestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung die Weiterentwicklung der Lehre unterstützt werden. Im Hinblick auf die Erwartungen zur Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung kann in den Daten die Möglichkeit der Lehrberatung und gemeinsamen Reflexion der Lehre identifiziert werden. Hierbei deuten die Daten darauf hin, dass die Teilnehmenden die Möglichkeit einer individuellen Lehrberatung, im Rahmen eines Coachings oder Ähnlichem, sowie die gemeinsame Reflexion der Lehre während der medizindidaktischen Qualifizierung erwarten. Es kann vermutet werden, dass sowohl die Lehrberatung als auch die Reflexion durch andere Personen und gemeinsam während der medizindidaktischen Qualifizierung erfolgen sollen. Für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden kann dies bedeuten, dass eine Absicht zur Weiterentwicklung und Reflexion der eigenen Lehre und Lehrtätigkeit vorhanden ist, jedoch lassen die Daten sich so deuten, dass die Erwartung eine eher passive Rolle bei den Teilnehmenden selbst vermuten lässt. In Bezug zu der Erweiterung der Handlungsfähigkeit kann die Erwartung über die konkrete methodische Gestaltung als Lernbegründung betrachtet werden. Als weitere Erwartung an die Ausgestaltung der

medizindidaktischen Qualifizierung kann aus dem empirischen Material die Verknüpfung von Wissensvermittlung und Anwendungsorientierung herausgearbeitet werden. Aus den Daten lässt sich ableiten, dass die Teilnehmenden neben der Vermittlung von Wissen einen Praxisbezug, im Rahmen einer Anwendungsorientierung, erwarten. Für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden kann dies bedeuten, dass neben der Erwartung eines Wissenszuwachses auch die Anwendung in der ärztlichen Berufspraxis als Bestandteil der medizindidaktischen Qualifizierung erwartet wird. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Teilnehmenden durch die Erwartung einer Verknüpfung von Wissensvermittlung und Anwendungsorientierung die Absicht einer Weiterentwicklung hegen, jedoch Unterstützung bei der Umsetzung von neuem Wissen und der Anwendung in der ärztlichen Berufspraxis wünschen. Folglich kann die methodische und inhaltliche Gestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung den Lerntransfer beeinflussen und als Lernbegründung zur Weiterentwicklung der Lehre verstanden werden.

Sechstens können die Verbundenheit und Identifikation mit der Organisation und deren Zielen als Lernbegründung verstanden werden. In diesem Zusammenhang kann die Identifikation mit den Zielen der Organisation im Rahmen des organisationalen Engagements als weitere Bereitschaft zur Weiterentwicklung der Lehre verstanden werden, die jedoch auf Verbundenheit der Teilnehmenden mit der Organisation zurückzuführen ist. Die Absicht der Weiterentwicklung der Lehre in der Abteilung stellt einen Aspekt des organisationalen Engagements dar. Die Daten geben Hinweise darauf, dass die Teilnehmenden die Lehre für das spezifische Fach und die spezifische Abteilung weiterentwickeln möchten, da sie sich denen verpflichtet fühlen. Das Erkennen von Weiterentwicklungspotentialen in der ärztlichen Ausbildung zeigt sich in den Daten globaler und übergreifender als die Weiterentwicklung der Lehre in der Abteilung. Die Daten weisen darauf hin, dass für die gesamte Ausbildung der Mediziner\*innen Potentiale einer Weiterentwicklung benannt werden. Für den Lerntransfer kann sich das organisationale Engagement positiv ausgestalten, da die Teilnehmenden eine Zugehörigkeit zu und Identifikation mit ihrer Tätigkeit und Organisation aufweisen, die dazu führen können, dass Weiterentwicklungspotentiale erkannt und Weiterentwicklungen in der Lehre vorangetrieben werden. Folglich kann der Weiterentwicklung der Lehre eine Relevanz als Erweiterung der Handlungsfähigkeit zugesprochen werden, da die oben ausgeführten Lernbegründungen mit dem Ziel einer Weiterentwicklung der Lehre identifiziert werden können.

Neben der Weiterentwicklung der Lehre kann die Karriereentwicklung als weitere Dimension der Erweiterung der Handlungsfähigkeit herausgestellt werden. Durch die subjektive Bedeutungszuschreibung erhält die Karriereentwicklung für die Teilnehmenden eine Relevanz. Im Kontext des beruflichen Engagements kann die Entwicklung von



Karriereoptionen durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung angeregt werden. So können Hinweise in den Daten herausgearbeitet werden, dass die Teilnehmenden ein fachspezifisches Zertifikat, die Anregung zum Masterstudium sowie die Erfüllung von Habilitationsvoraussetzungen durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung für die Entwicklung von Karriereoptionen nutzen. Wesentlich sind die subjektiven Lernbegründungen der Teilnehmenden, die eine Erweiterung der Handlungsfähigkeit vermuten lassen. In der Erwachsenen-/Weiterbildung kann in diesem Zusammenhang die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung als Erhöhung des beruflichen Wohlbefindens, im Sinne einer Entfaltung der Entwicklungspotentiale, thematisiert werden (vgl. Wißhak, 2022, 2). Für das Engagement für die eigene Karriere können die spezifischen medizinischen Rahmenbedingungen und Gegebenheiten, die in der medizindidaktischen Qualifizierung Berücksichtigung erhalten, eine Bedeutung für die Teilnehmenden einnehmen. Die Daten lassen vermuten, dass die Teilnehmenden aufgrund des fachspezifischen Angebots an der medizindidaktischen Qualifizierung teilnehmen und auch darüber hinaus dieses medizinspezifische Qualifizierungsangebot karrierewirksam werden kann. Als Erweiterung der Handlungsfähigkeit kann das fachspezifische Zertifikat weitere Karriereoptionen eröffnen und somit zu einer Erhöhung der beruflichen Zufriedenheit führen. In diesem Kontext weisen weitere Daten darauf hin, dass den Teilnehmenden durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung die Möglichkeit für weitere Karriereoptionen innerhalb der medizinischen Lehre eröffnet werden kann. So kann durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung die Aufnahme eines Masterstudiums angeregt und somit eine weitere Beschäftigung mit Medizindidaktik verfolgt werden. Diese Karriereoptionen können unter der Betrachtung der Erweiterung der Handlungsfähigkeit zu einer Entfaltung der Entwicklungspotentiale führen. Überdies zeigen die Daten, dass die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung als Möglichkeit zu weiteren wissenschaftlichen Karriereoptionen fungieren kann. Durch die Teilnahme werden formale Voraussetzungen für die Habilitation erworben, was zu einer Entwicklung von Karriereoptionen führen kann. Im Rahmen des beruflichen Engagements kann der Erfüllung von Habilitationsvoraussetzungen, im Kontext der Erweiterung der Handlungsfähigkeit, eine Voraussetzung für die weitere wissenschaftliche Karriere zugesprochen werden. Für den Lerntransfer kann dies bedeuten, dass durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung eine Entwicklung von Karriereoptionen möglich ist und die Teilnehmenden daher der medizindidaktischen Qualifizierung positiv gegenüberstehen, da in die eigene Karriere investiert wird. Dies kann durch die subjektiven Lebensinteressen der Teilnehmenden erklärt werden, die durch Lernhandlungen zu einer Erweiterung der Handlungsfähigkeit führen können. Folglich kann den oben erläuterten Lernbegründungen eine Bedeutung in der Erweiterung der Handlungsfähigkeit und der Entfaltung der Entwicklungspotentiale zugesprochen werden. Die

Teilnehmenden können durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung die Entwicklung von Karriereoptionen bedingen und somit eine Erweiterung der Handlungsfähigkeit unterstützen.

Werden diese Erkenntnisse vor dem Hintergrund der Ärzteschaft als klassischer Profession betrachtet, kann die Entwicklung von Karriereoptionen unter anderem mit festgelegten Aus- und Fortbildungswegen (vgl. Steiner, 2018, 36 f.; Herrmann & Lehmann, 2016, 477) in der Medizindidaktik als Sonderfall angesehen werden. Da in dieser Arbeit sowohl theoretisch als auch empirisch ein geringerer Stellenwert der Lehre herausgearbeitet wird, kann daran in Bezug auf Aus- und Fortbildungsweisen angeknüpft werden. Zwar gibt es Vorgaben und Voraussetzungen für die medizinische Habilitation, jedoch nicht für eine Qualifizierung in medizinischer Lehre. Demnach werden Qualifizierungswege gefordert, um die Professionalisierung der medizinischen Lehre zu unterstützen (Stieger et al., 2019, 599).

## 17.2 Lernbegründungen als Wahrung der Lebensinteressen

In Abgrenzung zu der Erweiterung der Handlungsfähigkeit durch die Bereitschaft zur Weiterentwicklung der Lehre kann die defensive Lern- und Teilnahmemotivation aufgrund von organisationalen Strukturen und Entwicklungen identifiziert werden. Hierbei stellt die Wahrung der Handlungsfähigkeit der Teilnehmenden den primären Grund für die Lern- und Teilnahmemotive dar, daher werden diese den defensiven Motiven zugeordnet. Bei einer defensiven Lern- und Teilnahmemotivation kann das Subjekt einer Beeinträchtigung der Lebensqualität und Weltverfügung vorbeugen, indem eine Lernhandlung basierend auf der Wahrung der Lebensinteressen erfolgt. Das Anstreben des Titels „Akademisches Lehrkrankenhaus“ kann in den Daten als Empfehlung zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung herausgearbeitet werden. Den Teilnehmenden wird eine Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung empfohlen, da das Krankenhaus bestrebt ist, den Titel „Akademisches Lehrkrankenhaus“ zu tragen und damit Mediziner\*innen auszubilden. Überdies kann aus den Daten vermutet werden, dass die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung als Äquivalent zur Habilitation und als der dafür erforderliche Nachweis einer (medizin)didaktischen Beschäftigung im Rahmen von 60 Arbeitseinheiten angesehen werden kann. Die Teilnahme am Kurs als Nachweis für die Habilitation kann als weitere Empfehlung zur Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung und somit als defensiver Lern- und Teilnahmegrund angesehen werden. Die Daten geben Hinweise darauf, dass die Teilnehmenden an der medizindidaktischen Qualifizierung teilnehmen, weil dies in Zukunft in der Habilitationsordnung verankert wird und somit eine Basisqualifikation im Rahmen von 60 Arbeitseinheiten (Medizin)didaktik nachgewiesen werden muss. Für den Lerntransfer kann diese defensive Lern- und

Teilnahmemotivation auf eine Vorbeugung und Verhinderung einer Beeinträchtigung der Lebensqualität und Weltverfügung hindeuten. Durch die Lernhandlung werden die eigenen Lebensinteressen gewahrt und eine Handlungsfähigkeit aufrechterhalten. Der Auftrag, einen Beitrag zur Organisationsentwicklung zu leisten, stellt eine weitere Dimension der defensiven Lern- und Teilnahmemotivation dar. Die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung wird den Teilnehmenden durch die Organisation und deren Mitglieder aufgetragen. Die Rekrutierung von Nachwuchs durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung wird in dem empirischen Material als Organisationsentwicklungsauftrag angesehen. Die Daten geben einen Hinweis darauf, dass durch die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung Mediziner\*innen für ein spezifisches Krankenhaus gewonnen werden können. Die Rekrutierung von Nachwuchs hängt mit dem Anstreben des Titels „Akademisches Lehrkrankenhaus“ zusammen, da durch die Erlaubnis der Ausbildung von Lernenden zukünftiger Nachwuchs rekrutiert werden kann. Die Weiterentwicklung der Ausbildung und Lehre als defensive Lern- und Teilnahmemotivation ist dadurch gekennzeichnet, dass Organisationsmitglieder den Teilnehmenden den Auftrag erteilen, die Weiterentwicklung der medizinischen Ausbildung und Lehre voranzutreiben. Für den Lerntransfer kann der Organisationsentwicklungsauftrag als defensiver Lern- und Teilnahmegrund angesehen werden, da die Teilnehmenden im Rahmen ihrer Arbeitsaufgaben und im Auftrag der Organisation und deren Mitglieder handeln. Somit werden Lernhandlungen als Vorbeugung einer Beeinträchtigung der Lebensqualität und Weltverfügung angesehen. Hierbei versuchen die Teilnehmenden, die eigenen Lebensinteressen zu wahren und eine Handlungsfähigkeit beizubehalten.

Im Zusammenhang mit diesen Lernbegründungen zur Wahrung der Lebensinteressen kann die Bedeutung der gesellschaftlichen und strukturellen Kontexte für die Lern- und Teilnahmemotive herausgestellt werden (von Hippel et al., 2018, 1138 f.). Demnach kann vermutet werden, dass die Vorgaben und Voraussetzungen für die Habilitation und die Ernennung eines Akademischen Lehrkrankenhauses einen Einfluss auf die Lernbegründungen der Teilnehmenden ausüben. Durch diese strukturellen Gegebenheiten kann davon ausgegangen werden, dass die Teilnehmenden sich „gezwungen“ fühlen, an der medizindidaktischen Qualifizierung teilzunehmen, da ansonsten eine Beeinträchtigung der Handlungsfähigkeit erfolgt. Daher kann den oben stehenden Aspekten der Teilnehmenden eine Bedeutung im Lerntransfer zugesprochen werden, da eine Wahrung der Lebensinteressen als Lern- und Teilnahmemotivation fungiert.

### 17.3 Reflexion der Lehrtätigkeit im Kontext des Bedeutungs- und Erfahrungszusammenhangs der Teilnehmenden

Durch die subjektive Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden für die Lehre und die Lehrtätigkeit kann eine Reflexion der eigenen Lehre und der Bedingungen der Lehre herausgearbeitet werden. Diese Reflexion findet vor dem Hintergrund der Bedeutungs- und Erfahrungszusammenhänge der Teilnehmenden statt. In den bereits analysierten Daten kann unter der Offenheit für Neues, der Beschäftigung mit Medizindidaktik aufgrund hoher Lehrmotivation, den Lernerfahrungen, den Lehrerfahrungen, den didaktischen Vorerfahrungen und den Erwartungen eine Reflexion der Lehrtätigkeit im Kontext des Bedeutungs- und Erfahrungszusammenhangs beobachtet werden. Diese Reflexion ist in einem erweiterten Sinne zu verstehen; so dienen insbesondere Erfahrungen als Anlass zur Reflexion und werden in einen Bedeutungszusammenhang für die Lehrtätigkeit eingebettet.

Die kritische Selbstreflexion der Lehre als ein Aspekt der Offenheit für Neues kann in den Daten als Hinweis für die Aufgeschlossenheit gegenüber Neuem angesehen werden. Die Daten lassen vermuten, dass die Teilnehmenden die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung als Möglichkeit zur Weiterentwicklung der Lehre ansehen und dadurch die eigene Lehrtätigkeit und Lehre kritisch hinterfragt werden. Ferner lassen die Daten erkennen, dass die Teilnehmenden dem eigenen Anspruch an Lehren gerecht werden wollen und dies basierend auf einem reflexiven Prozess äußern. Die Daten weisen darauf hin, dass die Teilnehmenden sich von eigenen Lernerfahrungen abgrenzen und den eigenen Ansprüchen an Lehrgestaltung und Lehrtätigkeit gerecht werden wollen. Für den Lerntransfer kann dies bedeuten, dass bei den Teilnehmenden aus der Diskrepanzerfahrung im Kontext der eigenen Lernerfahrung und dem eigenen Anspruch an Lehre ein Lern- und Teilnahmemotiv bestehen kann, um eine Weiterentwicklung in der Lehre durch die Beschäftigung mit medizindidaktischen Themen zu unterstützen. Als eine weitere inhaltliche Dimension der Reflexion der Lehrtätigkeit kann der Wunsch nach regelmäßigem Austausch über Lehre in den Daten angesehen werden. Die Teilnehmenden wünschen sich einen regelmäßigen kollegialen Austausch, was auf eine Veränderung hindeuten kann. Es ist anzunehmen, dass bisher kein regelmäßiger Austausch stattfindet und daher die Absicht und der konkrete Wunsch danach benannt werden. Dieser Wunsch kann als ein Ergebnis eines Reflexionsprozesses angesehen werden, da die Teilnehmenden diesen Wunsch, basierend auf einer Auseinandersetzung mit den Bedingungen der Lehre und den eigenen Wünschen und Bedürfnissen, äußern. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Teilnehmenden den Wunsch nach regelmäßigem Austausch über Lehre vor dem Hintergrund des eigenen Bedeutungs- und Erfahrungszusammenhangs geäußert haben und damit gute Gründe für diese Formulierung vorliegen.

Aus den Erfahrungen als Lernende wird eine inadäquate Kommunikation in Lehrsituationen identifiziert, die auf einer Erfahrung der Teilnehmenden beruht, in der in unangemessener Weise zwischen Lehrenden und Lernenden kommuniziert wird. Die Daten geben einen Hinweis darauf, dass diese Erfahrung dazu beigetragen hat, dass die Teilnehmenden einen Weiterentwicklungsbedarf hinsichtlich der Kommunikation in Lehrsituationen benennen. Diese Identifikation geschieht durch die Reflexion und Abgrenzung zu der Erfahrung als Lernende und kann somit eine Bedeutung für die Lehrtätigkeit und den Lerntransfer der Teilnehmenden einnehmen. Die Methodik zur Vermittlung von praktischen Fertigkeiten wird darüber hinaus als eine Erfahrung als Lernende aus dem empirischen Material herausgearbeitet. Die Teilnehmenden grenzen sich auch hier von den Erlebnissen ab und benennen konkrete Weiterentwicklungsbedarfe für die eigene Lehre. Die Daten weisen darauf hin, dass die Methodik zur Vermittlung von praktischen Fertigkeiten anders als zur eigenen Studienzeit gestaltet werden soll und dabei insbesondere die Simulation und das Üben von praktischen Fertigkeiten mehr Beachtung erhalten sollen. Für die eigene Lehrtätigkeit kann dies bedeuten, dass die Teilnehmenden vor dem Hintergrund dieser Erfahrung konkrete Weiterentwicklungsbedarfe für die Lehrgestaltung benennen. Eine geringe Wertschätzung der Lernenden wird als weitere Lernerfahrung im empirischen Material identifiziert. Hierbei haben die Teilnehmenden eine geringe Wertschätzung erfahren und leiten daraus Weiterentwicklungsbedarfe für die Lehre ab. So geben die Daten einen Hinweis darauf, dass sich auch von dieser Erfahrung bewusst abgegrenzt wird und konkrete Weiterentwicklungen für die Lehre thematisiert werden. Für die Lehrtätigkeit und den Lerntransfer kann basierend auf dem Erleben von Weiterentwicklungsbedarfen geschlossen werden, dass die Teilnehmenden sich bewusst von den Erfahrungen abgrenzen und Möglichkeiten zur Vermeidung von unangemessenen Lehr-/Lernsituationen durch die Lehrgestaltung forcieren möchten. Dies kann durch die Einbettung der Erfahrungen als Lernende in den Kontext des Bedeutungs- und Erfahrungszusammenhangs der Teilnehmenden und damit einhergehend deren Abgrenzung geschehen. Im Gegensatz dazu können Lernerfahrungen vor dem Hintergrund der Einbettung in den Bedeutungs- und Erfahrungszusammenhang zu einer Orientierung an diesen Lernerfahrungen führen. So kann in den Daten die Gestaltung von Vorträgen im Rahmen des Erlebens von lernförderlicher Didaktik & Methodik als bedeutungsvolle Erfahrung als Lernende herausgearbeitet werden. Die Daten geben Hinweise darauf, dass die Teilnehmenden diese Erfahrung als Orientierung und Anregung zur eigenen Lehrgestaltung nutzen und diese Erfahrung als lernförderlich angesehen wird.

Die Erfahrungen als Lehrende liefern ebenfalls Hinweise auf eine Bedeutung für die aktuelle Lehrtätigkeit der Teilnehmenden. Der subjektiv erlebte Lehrerfolg beschreibt die Überzeugung und Gewissheit über die Qualität der eigenen Lehrtätigkeit. Die Daten geben einen Hinweis darauf, dass durch das Absolvieren der Facharztprüfung die Lehre der Teilnehmenden

bewertet wird, die Qualität der Lehre kann anhand dessen bemessen werden. Wird die Prüfung bestanden, folgt daraus gute Lehre. Dieser Kurzschluss gibt darüber hinaus erneut Hinweise auf den ärztlichen Handlungsmodus, der auch teilweise in der medizinischen Lehre Anwendung findet. Für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden kann dies bedeuten, dass von einer allgemeinen Lehrbefähigung ausgegangen werden kann, da die Daten auf einen subjektiv erlebten Erfolg in der Lehre hindeuten. Das Erleben von Sicherheit durch Routine kann als weitere Erfahrung mit Bedeutung für die aktuelle Lehrtätigkeit identifiziert werden. Durch häufiges Lehren und Wiederholen erhalten die Teilnehmenden eine Sicherheit, die für die zukünftige Lehrtätigkeit und den Lerntransfer hilfreich sein kann. Diese beiden Erfahrungen als Lehrende erhalten durch die Einbettung in den Bedeutungs- und Erfahrungszusammenhang der Teilnehmenden eine Relevanz für die Lehrtätigkeit. Die Teilnehmenden formulieren subjektive Handlungsbegründungen, die auf den Erfahrungen als Lehrende beruhen.

Die didaktischen Vorerfahrungen als eine weitere Ausprägung der Erfahrungen der Teilnehmenden können darüber hinaus ebenfalls durch eine Einbettung in den Bedeutungs- und Erfahrungszusammenhang der Teilnehmenden eine Relevanz für die subjektiven Lernbegründungen aufweisen. Das Wiedererkennen von didaktischen Methoden und das Anknüpfen an didaktisches Vorwissen sind in dem empirischen Material als Vorerfahrungen zu definieren. Die didaktischen Vorerfahrungen verhelfen den Teilnehmenden, die Inhalte aus der medizindidaktischen Qualifizierung wiederzuerkennen und daran anzuknüpfen. Für die Lehrtätigkeit und den Lerntransfer kann dies eine Bedeutung einnehmen, da die Teilnehmenden auf Vorwissen zurückgreifen können. Durch die Reflexion der Vorerfahrungen kann ein Abgleich mit den erwarteten Inhalten und dem bereits vorhandenen Wissen durchgeführt werden. Somit leisten alle aufgeführten Erfahrungen einen Beitrag dazu, dass ein Lerntransfer begünstigt werden kann und die aktuelle Lehrtätigkeit durch die Erfahrungen als Lernende und Lehrende sowie durch die didaktischen Vorerfahrungen beeinflusst werden kann.

Als weitere Erwartung der Teilnehmenden im Kontext der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung kann die Behandlung von spezifischen didaktischen Perspektiven identifiziert werden. Hierbei erhalten die inhaltlichen Perspektiven keine Relevanz, sondern die Formulierung von konkreten didaktischen Perspektiven als Erwartung steht im Fokus. Durch die Erwartung an die Behandlung von spezifischen Perspektiven kann davon ausgegangen werden, dass die Teilnehmenden bereits im Vorfeld eine Reflexion der eigenen Lehre und der Weiterentwicklungsbedarfe vorgenommen haben. Diese Reflexion kann unter der Einbettung in den Bedeutungs- und Erfahrungszusammenhang der Teilnehmenden verstanden werden. So erfolgt die Reflexion basierend auf den Erfahrungen der Teilnehmenden und kann als Erwartung über den Bedarf an spezifischen didaktischen

Perspektiven formuliert werden. Durch eine Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden kann daher geschlussfolgert werden, dass die Formulierung von konkreten Perspektiven eine lern- und transferförderliche Bedeutung für die Teilnehmenden einnehmen kann.

Zusammenfassend erhalten die Erfahrungen, im Sinne einer reflexiven Auseinandersetzung, sowohl aus der Lernenden- als auch aus der Lehrendenperspektive eine Bedeutungszuschreibung durch die Teilnehmenden. Insbesondere negative Lernerfahrungen, die in dieser Arbeit auf ein Verhalten der Lehrenden abzielen, das ein Weiterentwicklungspotential aufzeigt, können nach von Hippel et al. (2018, 1141) als Weiterbildungsbarriere fungieren. In dieser Arbeit wird jedoch ein gegenteiliger Effekt beobachtet. Die Teilnehmenden grenzen sich bewusst von den Lernerfahrungen ab und formulieren Weiterentwicklungspotentiale basierend auf diesen Erfahrungen. Positive Erfahrungen, zum einen als Lernende bei der Gestaltung von Vorträgen und zum anderen als Lehrende durch einen subjektiv erlebten Lehrerfolg und die Sicherheit durch Routine, lassen sich als eine Verstärkung, im Sinne einer Manifestation der positiven Erfahrungen, für die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden identifizieren.

## 18. Übergeordnete Zusammenhänge des empirischen Rahmenmodells

Die in dieser Arbeit identifizierten ebenenübergreifenden Zusammenhänge stellen Beobachtungen dar, die über verschiedene Modellkomponenten hinweg Hinweise auf übergeordnete Befunde des empirischen Rahmenmodells darstellen. Diese finden sich an unterschiedlichen Stellen dieser Arbeit und können durch eine ebenenübergreifende Betrachtung Gesamtzusammenhänge des empirischen Rahmenmodells erklären. Aus dieser Perspektive können die Lehre im Krankenhaus (Kapitel 18.1), eine Eigenverantwortlichkeit in der Lehrgestaltung (Kapitel 18.2) sowie der Handlungsmodus der Ärzt\*innen (Kapitel 18.3) als die zentralen ebenenübergreifenden Zusammenhänge dieser Arbeit aus den Ebenen der Teilnehmenden, der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung, der organisationalen Lernkultur, der Lehre in der Medizin wie auch des Lerntransfers herausgearbeitet werden.

### 18.1 Lehre im Krankenhaus

Es kann ein ebenenübergreifender Zusammenhang der Modellkomponenten des empirischen Rahmenmodells zu den Bedingungen der Lehre im Krankenhaus beobachtet werden, der an unterschiedlichen Stellen dieser Arbeit bereits angedeutet wird. Dieser Zusammenhang kann als eine übergeordnete Thematik im empirischen Rahmenmodell verortet werden, die auf

diversen Komponenten Hinweise zu der Lehre im Krankenhaus liefert. Neben unterstützenden Aspekten, die vor allem auf der kollegialen Ebene der organisationalen Lernkultur und des Transferklimas zu verorten sind (Kapitel 15.1), kann die Lehre im Krankenhaus in der Gesamtbetrachtung des empirischen Rahmenmodells eher als eine Herausforderung betrachtet werden. Die Lehre im Krankenhaus umfasst zum einen das Umfeld Krankenhaus, das als eher nicht lehrfreundlich angesehen werden kann, und zum anderen das Krankenhaus als Lehr-/Lernsetting, das insbesondere durch Herausforderungen in der Lehrgestaltung auffällt. Es können bereits unterstützende Aspekte (Kapitel 15.1) sowie Herausforderungen (15.2) im Kontext der organisationalen Lernkultur und der Lehre der Teilnehmenden verdeutlicht werden. Ferner werden durch die Lehre in der Medizin (Kapitel 14) und den Lerntransfer (Kapitel 13) Hinweise darauf gefunden, dass das Krankenhaus als ein eher nicht lehrfreundliches Umfeld angesehen werden kann und darüber hinaus das Krankenhaus als Lehr-/Lernsetting Herausforderungen für die Teilnehmenden darstellen kann. Dies wird vor allem auf die Befunde der Lehre in der Medizin (Kapitel 14) und der organisationalen Rahmenbedingungen (Kapitel 8.3) zurückgeführt. Wie bereits an einigen Stellen dieser Arbeit thematisiert, kann durch den Einfluss des Universitätsklinikums, im Sinne einer Verbindung von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung (Kapitel 8.3.1), ein Ungleichgewicht in Bezug zur Relevanz der ärztlichen Berufspflichten und der Lehrtätigkeit beobachtet werden. Dieses Ungleichgewicht kann auf die Patient\*innenversorgung als oberste Priorität der ärztlichen Pflichten zurückgeführt werden (siehe Kapitel 1). Demnach erfolgt die Lehre zeitlich erst nach der Patient\*innenversorgung und, wie in dieser Arbeit herausgearbeitet, implizit durch die ärztliche Berufspraxis (Kapitel 7.1). Neben der zeitlichen Verortung der Lehre können die strukturellen Gegebenheiten, eine fehlende Freistellung für Lehraktivitäten, eine unzureichende Vorbereitung auf die Lehrtätigkeit durch die Organisation sowie eine fehlende Ansprechperson für Lehre (Kapitel 8.3.2) Hinweise für ein herausforderndes Umfeld geben, das vor allem auf Eigeninitiative in der Lehrgestaltung beruht. Demzufolge erhalten die Teilnehmenden wenig organisationale Unterstützung im Rahmen der Lehrtätigkeit, was eine Herausforderung für die Lehrgestaltung der Teilnehmenden darstellen kann. Das Krankenhaus als Lehr-/Lernsetting kann die geforderte Flexibilität und Spontaneität (Kapitel 14.1), spezifischer die Planbarkeit der Lehre im Berufsalltag, erschweren. Demnach erfolgt die Lehre in Abhängigkeit von Patient\*innen und Erkrankungen, der kurzfristigen Übernahme von Aufgaben und der ärztlichen Erreichbarkeit während der Lehre. Diese Aspekte können die Lehre im Krankenhaus und deren Bedingungen verdeutlichen. Folglich wird das Umfeld Krankenhaus als nicht lehrfreundlich bezeichnet, da die Lehre einen untergeordneten Stellenwert einnimmt, es keine ausreichende Vorbereitung und Unterstützung in der Lehre gibt und die Lehraktivitäten durch die Patient\*innenversorgung flexibel und spontan gestaltet werden. Aus den empirischen Daten können bereits spezifische Bedarfe herausgearbeitet



werden, die die Lehre auf der organisationalen Ebene unterstützen können (Kapitel 15.3). Ferner wird als Ergebnis des Lerntransfers der Wunsch nach mehr Sichtbarkeit und Unterstützung in der Lehre als ebenenspezifischer Befund des Lerntransfers herausgestellt. Dieser Befund schließt an die Erkenntnisse zu dem Krankenhaus als Lehr-/Lernsetting an, da die Teilnehmenden organisationale Unterstützung in der Lehre fordern und somit davon ausgegangen werden kann, dass diese nicht in ausreichendem Maße durch die Organisation vorhanden ist. In Bezug zur Forschungsfrage dieser Arbeit kann resümiert werden, dass die Lehre im Krankenhaus als ein beeinflussender Aspekt im Lerntransferprozess angesehen werden kann. Die Teilnehmenden werden insbesondere durch das Krankenhaus als Lehr-/Lernsetting vor Herausforderungen gestellt, die überwiegend auf den organisationalen Rahmenbedingungen sowie den Berufspflichten der Ärzt\*innen beruhen.

Um an diesem Punkt wissenschaftlich anzuschließen, kann die erwachsenenpädagogische Organisationsforschung einen Beitrag zur Förderung und Unterstützung des Lernens und den Bedingungen in der Organisation leisten (vgl. Göhlich, 2010; Kil, 2003). Im Kontext der Medizindidaktik identifiziert Schiekirka-Schwake (2019) Zeit als einen der primären Unterstützungsmomente in der medizinischen Lehre und arbeitet gleichzeitig die Teilnahme an medizindidaktischen Qualifizierungen aufgrund von mangelnder Zeit als Weiterbildungsbarriere heraus. Ferner hebt die Autorin eine reservierte Zeit für Lehre als Wunsch und Forderung zur Unterstützung der Lehre hervor (vgl. Schiekirka-Schwake, 2019, 17 ff.). Wie bereits eingangs thematisiert, kann eine Freistellung von Aufgaben der Krankenversorgung und Forschung mehr Zeit für die Lehrtätigkeit ermöglichen. Dies kann im Rahmen von „protected time“ (Deutsche Forschungsgemeinschaft, 2015) für die Vor- und Nachbereitung sowie zur Durchführung der Lehre genutzt werden. Diesen Ansatzpunkt vertreten auch Stieger (2019) und Kolleg\*innen, die Qualifizierungswege für (einzelne) Lehrende fordern. Somit kann geschlussfolgert werden, dass die Lehre im Krankenhaus einige Herausforderungen für die Ärzt\*innen aufweisen kann, die größtenteils auf den organisationalen Rahmenbedingungen und Strukturen des Krankenhauses als Lehr-/Lernsetting beruhen und somit einen Einfluss auf den Lerntransfer ausüben können.

## 18.2 Eigenverantwortlichkeit in der Lehrgestaltung

Ferner kann in den Daten ein ebenenübergreifender Zusammenhang beobachtet werden, der als eine Eigenverantwortlichkeit in der Lehrgestaltung identifiziert wird. Die Daten aus den Modellkomponenten des empirischen Rahmenmodells geben Hinweise darauf, dass die Lehre und die Planung nicht institutionell begleitet werden und daher in dem Verantwortungsbereich der Teilnehmenden liegen. Hinweise zu der Eigenverantwortlichkeit können aus den Erwartungen der Teilnehmenden zum individuellen Nutzen der medizindidaktischen

Qualifizierung für die Lehre, der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung, den organisationalen Rahmenbedingungen und dem Lerntransfer erhalten werden.

Im Kontext der Veränderungen in der Lehrtätigkeit kann aus den Daten mehr Selbstsicherheit in der Lehre herausgearbeitet werden (Kapitel 11.2.1). Betrachtet man dieses Ergebnis vor dem Hintergrund der Erwartungen einer Handlungsanleitung zur professionellen Lehrgestaltung und didaktischer Methoden zum unmittelbaren Einsatz in der Lehre (Kapitel 10.4.1) kann geschlussfolgert werden, dass ein Methodenrepertoire als Sicherheit für die Teilnehmenden dienen kann. Es kann spekuliert werden, dass die Teilnehmenden diese Sicherheit in Form von didaktischen Methoden und Handlungsanleitungen benötigen, da die Lehrgestaltung in der Eigenverantwortung der Teilnehmenden liegt und keine Vorbereitung durch die Organisation geschieht. Insgesamt geben einige Interviewsequenzen einen Hinweis darauf, dass die Teilnehmenden die Beschäftigung mit Medizindidaktik als einen Mehrwert für die Lehre ansehen und für die Thematisierung von Lehrthemen dankbar sind. Durch das Aufzeigen von Situationen und Handlungsstrategien für die Lehre (Kapitel 9.2) kann vermutet werden, dass die Teilnehmenden einen Eindruck davon erhalten, was in Lehrsituationen angebracht ist, und darüber hinaus eine Orientierung für Handlungsmöglichkeiten aus der medizindidaktischen Qualifizierung erhalten können. Damit einhergehend kann durch die aktivierenden Methoden zur Nutzung für die eigene Lehre (Kapitel 9.2) ein Teil eines Handwerkszeugs im Rahmen eines Methodenrepertoires für die Lehrtätigkeit entwickelt werden. Durch die aktive Auseinandersetzung mit den didaktischen Elementen der Vorbereitungsaufgaben, die didaktischen Methoden, den kollegialen Austausch, die praktischen Beispiele und die mikrodidaktischen Anleitungen (Kapitel 9.1) kann ein Beitrag zum Lernen geleistet werden. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass die Teilnehmenden die didaktische Ausgestaltung kennengelernt haben und dies durch die Selbsterfahrung in der Lernendenrolle erleben. Dadurch wird den Teilnehmenden eröffnet, was für Möglichkeiten in der didaktischen Ausgestaltung denkbar sind. Im Rahmen dessen wird den Teilnehmenden durch die Trainer\*innen vorgelebt, wie die didaktische Ausgestaltung ablaufen kann. Überdies lassen die Anregung des kollegialen Austauschs, spezifischer die Reflexion über didaktische Methoden und die Diskussion über Lehrerfahrungen, die Interpretation zu, dass die Lehrtätigkeit mit wenig Routine durchgeführt wird. Der kollegiale Austausch leistet hierbei nicht nur einen Beitrag zur Lernförderung, sondern zeigt den Teilnehmenden weitere Möglichkeiten für die Ausgestaltung der Lehre auf. Der Austausch wird positiv von den Teilnehmenden angenommen, die Art und Weise, wie sie darüber sprechen, gibt einen Hinweis darauf, dass ein regelmäßiger Austausch zu Lehrthemen weniger stattfindet. Dies gibt einen Anhaltspunkt für eine unzureichende didaktische Vorbereitung auf die Lehrtätigkeit durch die Organisation (Kapitel 8.3.2). Da das empirische Rahmenmodell spezifisch auf die medizinische Lehre ausgerichtet ist, erhält die Handlungsanleitung zur professionellen Lehrgestaltung als

Erwartung an den Nutzen der medizindidaktischen Qualifizierung (Kapitel 10.4.2) vor dem Hintergrund der Lehrgestaltung in der Medizin und der organisationalen Rahmenbedingungen eine besondere Relevanz. Demnach kann geschlussfolgert werden, dass das Vorgehen in der Lehre nicht immer geplant und strukturiert abläuft, sondern durch die Erfahrungen und die Improvisation der Teilnehmenden geprägt wird. Die Daten geben Hinweise darauf, dass die Lehre basierend auf den Erfahrungen und dem Einfallsreichtum der Teilnehmenden durchgeführt wird. Aus den Interviewausschnitten wird dies durch die Ausdrücke „*Freestyle*“ (Kapitel 8.3.2) und „*frei Schnauze kreativ*“ (Kapitel 10.4.1) in Bezug zur Lehrgestaltung deutlich. Dies lässt vermuten, dass die Lehre nicht immer geplant und strukturiert abläuft, sondern improvisiert wird. Die Daten geben Hinweise darauf, dass die Lehre und deren Ausgestaltung nicht institutionell begleitet werden, sondern von den Teilnehmenden und deren Ermessensspielraum abhängig sind. Dies kann durch eine unzureichende Vorbereitung auf die Lehrtätigkeit durch die Organisation und eine fehlende Ansprechperson für Lehre (Kapitel 8.3.2) bedingt werden. So formulieren die Teilnehmenden den Wunsch bzw. die Erwartung einer Anleitung zum professionellen Handeln, der gemeinsamen Reflexion der Lehre sowie Methoden zum direkten Einsatz in der Lehre (Kapitel 10.4.1). Es kann vermutet werden, dass die Teilnehmenden einen Bedarf an Anleitung, Reflexion sowie Methodenlehre haben, da die Lehre überwiegend in der Eigenverantwortung durchgeführt und wenig Unterstützung durch die Organisation erfahren wird. Werden in diesem Zusammenhang die Veränderungen in Bezug zur Lehrtätigkeit der Teilnehmenden betrachtet, können durch die Relevanz von Medizindidaktik für die Teilnehmenden (Kapitel 11.2.1) nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung basierend auf der Empfehlung der medizindidaktischen Qualifizierung weitere Hinweise auf eine Eigenverantwortlichkeit gefunden werden. Folglich kann der Rückschluss gezogen werden, dass die Teilnehmenden nicht ausreichend auf die Lehrtätigkeit vorbereitet werden, da die interviewte Person davon spricht, dass ohne die Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung kein didaktisches Wissen für die Lehre vorhanden wäre. Wird dieses Interviewzitat im Kontext der bereits analysierten Textstellen betrachtet, lassen die Daten die Vermutung zu, dass die Lehrtätigkeit eine Herausforderung für die Teilnehmenden darstellen kann und es keine organisationale Vorbereitung auf die Lehrtätigkeit gibt. Auch im theoretischen Diskurs wird durch Fabry (2008, 24) sowie Öchsner & Reiber (2010, 119) hervorgehoben, dass die medizinische Lehre vor allem auf der Eigeninitiative der Teilnehmenden beruht und es häufig keine organisationalen Strukturen zur Vorbereitung auf die Lehrtätigkeit gibt. Somit kann vermutet werden, dass die theoretischen Befunde aus den Jahren 2008 und 2010 teilweise noch ihre Gültigkeit haben bzw. die Teilnehmenden in dieser Studie diesen Aspekten eine Bedeutung zuschreiben. Da Hinweise auf eine Eigenverantwortlichkeit in der Lehrgestaltung über mehrere Modellkomponenten des

empirischen Rahmenmodells gefunden werden, kann davon ausgegangen werden, dass es einen übergeordneten Zusammenhang gibt, der den Lerntransfer beeinflussen kann.

Um dieser Eigenverantwortlichkeit in der Lehrgestaltung zu begegnen, können Zeiten für Lehre und Qualifizierungswege (siehe oben) geschaffen werden. Darüber hinaus können den Lehrenden durch eine Vorbereitung und Unterstützung seitens der Organisation Struktur und Anleitung gegeben werden (vgl. Heuchemer & Szczyrba, 2016, 220). Egger (2016) beschreibt im Kontext der universitären Lehre widersprüchliche organisationale Handlungsbedingungen, die zentrale Weiterentwicklungspotentiale der Lehre adressieren. Demnach kann im Einklang mit den Ergebnissen dieser Studie eine Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen der Lehre, einer unterstützenden Umgebung und einer Systematik zur Entwicklung von Lehrkompetenzen der Eigenverantwortlichkeit in der Lehre begegnen (vgl. Egger, 2016, 34 ff.).

### 18.3 Handlungsmodus der Ärzt\*innen

Es können an einigen Stellen dieser Arbeit Hinweise auf einen Handlungsmodus der Ärzt\*innen gefunden werden, der spezifisch auf die Patient\*innenversorgung und die ärztliche Berufspraxis ausgelegt ist und darüber hinaus teilweise Anwendung in der Lehre der Teilnehmenden findet. Wie bereits theoretisch in Kapitel 2 und im empirischen Material in Kapitel 14.1 beschrieben, ist die ärztliche Berufspraxis durch ein strukturiertes, standardisiertes Vorgehen geprägt, das auf einen ärztlichen Handlungsmodus hinweisen kann. Ferner werden aus den Erfahrungen, den Erwartungen und der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung weitere Hinweise auf einen ärztlichen Handlungsmodus gefunden, der teilweise auch Anwendung in der Lehre findet.

Ein stark strukturiertes und standardisiertes Vorgehen kann als eine Dimension des ärztlichen Handlungsmodus herausgestellt werden. So können bei der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung in den Daten Alltagshandlungen als Sinnbild für eine didaktische Methode (Kapitel 9.2) durch das Krawattebinden herausgearbeitet werden. Es wurde deutlich, dass allen Teilnehmenden das Krawattebinden besonders in Erinnerung geblieben ist und nicht die Vier-Schritt-Methode nach Peyton als Erinnerung fungiert. Das Krawattebinden wird basierend auf einer strukturierten Methode durchgeführt, die z.B. an Operationsschritte erinnern kann. Demnach kann die Strukturierung in Teilschritte als eine Ähnlichkeit der didaktischen Methode nach Peyton und der ärztlichen Diagnostik und Behandlung angesehen werden. Es kann vermutet werden, dass die Teilnehmenden das Krawattebinden basierend auf der strukturierenden Anleitung besonders verinnerlicht haben, da es an den ärztlichen Handlungsmodus anschließt. Dieses Argument wird durch die mikrodidaktische Anleitung von Gruppenarbeiten zur Anregung der Mitarbeit (Kapitel 9.2) gestützt. Bei der Interpretation dieses Interviewausschnitts wird die Ähnlichkeit der

mikrodidaktischen Anleitung zu der strukturierten ärztlichen Tätigkeit herausgestellt. In Anlehnung an die Handlungslogiken der ärztlichen Tätigkeit kann vermutet werden, dass die sehr detaillierte und strukturierte Gruppenarbeit den Teilnehmenden eine bekannte Sicherheit und Routine verleiht. Das klare und strukturierte Abarbeiten von Arbeitsaufträgen kann mit der ärztlichen Tätigkeit, z. B. den Arbeitsschritten während einer Operation, verglichen werden. Es gibt einen typischen Ablauf, der fein detailliert durchlaufen werden kann. Zudem wird ein Gegensatz zwischen dem pädagogischen Denken und dem ärztlichen, medizinischen Denken in den Daten nachvollzogen. So kann durch die Anwendung von praktischen Beispielen aus der Berufspraxis (Kapitel 9.1) eine Verknüpfung zwischen den pädagogisch-didaktischen und den medizinischen Handlungslogiken hergestellt werden. In der interpretierten Interviewsequenz wird deutlich, dass die Teilnehmenden faktenbasiert, im Sinne von standardisiert, und an konkreten Fällen arbeiten, da dies der ärztlichen Berufspraxis entspricht. Diese Aspekte der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung helfen, den ärztlichen Handlungsmodus zu erläutern und darüber hinaus die Bedeutung für die Lehrtätigkeit zu interpretieren.

Als weitere Spezifität des ärztlichen Handlungsmodus kann die Orientierung an Objektivität und Quantität im ärztlichen Handeln interpretiert werden. Dabei werden aus den Erfahrungen als Lehrende weitere Hinweise auf den ärztlichen Handlungsmodus identifiziert, der ebenfalls in der medizinischen Lehre angewandt wird. Der subjektiv erlebte Lehrerfolg (Kapitel 10.3.2) wird von objektiv messbaren Faktoren abhängig gemacht, in diesem Beispiel dem Erreichen des Facharztes. Diese Denkweise ist beispielsweise mit einer Operation oder Medikamentengabe zu vergleichen. In diesen Beispielen ist es nicht relevant, wie die Operation im Einzelnen verlaufen ist oder wie das Medikament im Detail wirkt, sondern dass diese Intervention durchgeführt wird und somit erfolgreich war. Auf das Interviewzitat zum subjektiv erlebten Lehrerfolg bezogen, kann dies bedeuten, dass nicht die Art und Weise der Lehre den Erfolg ausmacht, sondern dass die Weiterbildungsassistent\*innen den Facharzt erhalten. Das Ergebnis scheint in diesem Beispiel den subjektiv erlebten Lehrerfolg zu definieren. Dies lässt zusätzlich auf eine Art Funktionalität schließen, da die Daten Hinweise darauf geben, dass durch eine Aktion eine Reaktion hervorgerufen wird. Die Sicherheit durch Routine (Kapitel 10.3.2) kann ebenfalls mit der ärztlichen Berufspraxis in Verbindung gebracht werden. Durch die routinierte Durchführung von praktischen Fertigkeiten gewinnen die Ärzt\*innen an Sicherheit, was von der interviewten Person gleichermaßen auf die Lehrtätigkeit übertragen wird. Hierbei erhält die Quantität mehr Bedeutung als die Qualität der Lehrleistung. Dieses Phänomen zeigt Ähnlichkeit zu den Anforderungen der fachärztlichen Weiterbildung. Hierbei müssen die Weiterbildungsassistent\*innen eine gewisse Anzahl von Untersuchungen und Eingriffen durchgeführt haben, die Qualität und der Ausgang von diesen sind dafür nicht relevant. Daher liefern diese Interviewausschnitte Hinweise auf den ärztlichen

Handlungsmodus in der Berufspraxis, der in diesem Fall auf die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden übertragen wird.

Darüber hinaus werden im Kontext der Erwartungen zum individuellen Nutzen der medizindidaktischen Qualifizierung für die Lehre (10.4.1) sprachliche Hinweise auf den ärztlichen Handlungsmodus gefunden. Demnach spricht die interviewte Person davon, dass didaktische Methoden aus der medizindidaktischen Qualifizierung im Kontext der eigenen Lehre „ausprobiert“ und „benutz[t]“ werden. Diese sprachlichen Äußerungen geben einen weiteren Hinweis darauf, dass das ärztliche Handeln einer spezifischen Handlungslogik unterliegt, die auch für die Lehre Anwendung finden kann. Es kann vermutet werden, dass Inhalte ohne Anpassung an die Lernenden und die Gegebenheiten für die eigene Lehre genutzt werden. Darüber hinaus wird ein weiterer Aspekt der Bedeutung von Didaktik und Lehre sichtbar; die Teilnehmenden erwarten unter anderem Handlungsanleitungen und möchten didaktische Methoden unmittelbar in ihrer Lehre einsetzen. Es wird beispielsweise bei der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung (Kapitel 9) die Äußerung des „[Ü]bertragen[s]“ von Inhalten in die Lehre genutzt. Dies gibt weitere Hinweise auf den ärztlichen Handlungsmodus, da davon ausgegangen wird, dass beispielsweise didaktische Methoden aus der medizindidaktischen Qualifizierung ohne Überprüfung der Passgenauigkeit und Anpassung an die Lernenden eingesetzt werden. Diese Denkweise ähnelt den medizinischen Denkstrukturen, bei denen neue operative Methoden zuvor in einer fachlichen Weiterbildung vorgestellt und diese 1:1 in die ärztliche Berufspraxis der Teilnehmenden übertragen werden. So kann vermutet werden, dass die Teilnehmenden ein ähnliches Vorgehen bei der Lehrgestaltung und -durchführung erwarten und somit didaktische Methoden 1:1 in ihre Lehre integrieren können. Diese Befunde können an das eingangs dargestellte berufliche Handeln, basierend auf den medizinischen Leitlinien, erinnern (Kapitel 2). Da die Leitlinien einen Rahmen der ärztlichen Berufspraxis bilden, können sie das Handeln der Teilnehmenden legitimieren. Hierbei werden die Patient\*innen, basierend auf Handlungsempfehlungen der Leitlinien, diagnostiziert und therapiert. Wird dies im Hinblick auf die Lehre betrachtet, kann demnach aus der Sicht der Teilnehmenden vermutet werden, dass sich durch eine medizindidaktische Qualifizierung die Inhalte auf die Lehre 1:1 übertragen lassen. Hierbei wird allerdings außer Acht gelassen, dass die Lehre durch Modelle und Prinzipien (vgl. von Hippel et al., 2018, 9) gestaltet werden kann und somit das Lernen der Studierenden unterstützt wird.

Zusammenfassend können an verschiedenen Stellen dieser Arbeit Hinweise auf den ärztlichen Handlungsmodus gefunden werden, der teilweise in der Lehre Anwendung findet. Dieser zeichnet sich durch ein strukturiertes und standardisiertes Vorgehen aus, das auf objektivierbare Ergebnisse abzielt. Neue Erkenntnisse und Inhalte werden im Kontext dieses Handlungsmodus versucht in die ärztliche Berufspraxis zu übertragen, wobei fraglich ist, ob

eine Anpassung an die Lernenden und eine Überprüfung der Passgenauigkeit für die eigene Lehre durchgeführt werden. Das Wissen über diesen ärztlichen Handlungsmodus, der auch für die Lehre genutzt wird, kann bei der Ausgestaltung von pädagogischen Weiterbildungen und Qualifizierungen für Ärzt\*innen einen Mehrwert darstellen. Dieser kann durch die Nutzung von Methoden, die nah an dem ärztlichen Handlungsmodus orientiert sind, und durch eine Anknüpfung an den ärztlichen Berufsalltag der Teilnehmenden gefördert werden. Demnach kann dieses übergeordnete Ergebnis des ärztlichen Handlungsmodus als ein beeinflussender Aspekt im Transferprozess interpretiert werden. Demnach können sowohl auf der mikro- als auch auf der mesodidaktischen Planungsebene, im Sinne der Angebotsplanung (vgl. Reich-Claassen & von Hippel, 2018, 1404), der ärztliche Handlungsmodus und bei der Programmplanung die Bedingungen (vgl. von Hippel, 2017, 200), wie die Lehre im Krankenhaus und die Eigenverantwortlichkeit in der Lehrgestaltung, berücksichtigt werden.

## 19. Schlussfolgerung und Ausblick

Im Rahmen dieser Arbeit wird der Lerntransfer in der Medizindidaktik nach der Teilnahme an einer medizindidaktischen Qualifizierung mit Hilfe einer qualitativen Panelerhebung untersucht. Dafür wird eruiert, wie sich der Lerntransfer in der Medizin gestaltet und wie dieser von verschiedenen Aspekten beeinflusst werden kann. Um diese Forschungsfrage zu bearbeiten, wird aus der Theorie ein theoretisches Rahmenmodell erstellt, das im Laufe der Arbeit modifiziert und an die besonderen Gegebenheiten der Medizin und der Subjektorientierung angepasst wird. In einem weiteren Schritt entsteht ein empirisches Rahmenmodell, das alle zentralen Ergebnisse dieser Studie vereint (siehe Abbildung 15). Hierbei wird versucht, entgegen der Kritik von Sandmeier et al. (2018, 43) die praktische Relevanz der Ergebnisse für die Medizindidaktik sowie für alle Komponenten des empirischen Rahmenmodells an gegebener Stelle einzubeziehen. Das empirische Rahmenmodell stellt das zentrale Ergebnis dieser Arbeit dar und wird im weiteren Verlauf der Arbeit zum einen im Rahmen einer ebenenspezifischen Betrachtung und zum anderen im Rahmen einer ebenenübergreifenden Betrachtung im Hinblick auf beeinflussende Aspekte untersucht. In diesem abschließenden Kapitel wird nach einem kurzen Fazit auf die Limitationen dieser Arbeit eingegangen und ein Ausblick auf weitere forschungspraktische Fragestellungen und eine mögliche weitere Nutzung der Befunde gegeben.

Das empirische Rahmenmodell zeigt, wie sich Lerntransfer in der Medizindidaktik gestalten kann und welche Aspekte diesen beeinflussen können. In diesem Zusammenhang kann die Bedeutung der Teilnehmenden, der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung, der organisationalen Lernkultur wie auch der Besonderheiten der Lehre in der Medizin vor dem Hintergrund der Subjektorientierung für den Lerntransfer herausgearbeitet werden.

Fundamental ist, dass Lerntransfer nicht als isoliertes Ergebnis oder Ereignis interpretiert werden kann, sondern auf einer Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden beruht und im Zusammenhang mit den anderen Modellkomponenten betrachtet wird. Die Teilnehmenden können Aspekten der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung, der organisationalen Lernkultur wie auch der Lehre in der Medizin eine Relevanz für die eigene Lehrtätigkeit beimessen und basierend darauf das Lernen und den Lerntransfer beeinflussen. Dies stellt eine Besonderheit dieses empirischen Rahmenmodells dar, da Beeinflussungen nur über die Teilnehmenden und deren Bedeutungszuweisung erfolgen können. Die Bearbeitung der Forschungsfrage unter einer subjektorientierten Sichtweise auf Lernen hat es ermöglicht, die Offenheit für die subjektiven Lern- und Handlungsbegründungen der Teilnehmenden zu gewährleisten. Folglich werden nur jene Aspekte erarbeitet, die eine Relevanz für die Teilnehmenden und deren Lehrtätigkeit aufzeigen. Demnach können einige Ergebnisse der Datenanalyse nicht in dieser Arbeit berücksichtigt werden, weil keine Hinweise auf eine Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden gefunden werden. Dies ermöglicht im Gegensatz zu quantitativen Studien eine Erfassung der subjektiven Lern- und Handlungsbegründungen sowie die Berücksichtigung von nicht intendierten Aspekten. Die Ergebnisse dieser Arbeit können daher helfen, bei zukünftiger Ausgestaltung, Angebots- und Programmplanung einer medizindidaktischen Qualifizierung die in dieser Arbeit herausgearbeiteten spezifischen Handlungslogiken der Ärzteschaft wie auch die spezifischen Bedingungen der Lehre im Krankenhaus im Vorfeld zu berücksichtigen.

Ein weiteres Spezifikum des empirischen Rahmenmodells stellt die Ausarbeitung der Lehre in der Medizin dar, die ebenfalls auf den Bedeutungszuweisungen der Teilnehmenden beruht. In diesem Zusammenhang können ein Spannungsfeld von Struktur und Standardisierung gegenüber Flexibilität und Spontanität sowie der Stellenwert der Lehre neben Patient\*innenversorgung und Forschung als ebenenspezifische Beobachtungen identifiziert werden. Diese werden unter anderem durch die Lehranlässe, die Planbarkeit der Lehre im Berufsalltag, die Wissensvermittlung sowie die Bedeutung von Didaktik und Lehre identifiziert. Des Weiteren können im Kontext des Verhaltens von Organisationsmitgliedern, des Transferklimas und der organisationalen Rahmenbedingungen unterstützende Aspekte der organisationalen Lernkultur und auf dieser basierende Herausforderungen wie auch spezifische Bedarfe zur Unterstützung der Lehre herausgearbeitet werden. Hierbei wird vor allem des Universitätsklinikums und den strukturellen Aspekten eine Bedeutung durch die Teilnehmenden zugeschrieben. In diesem Zusammenhang können unter anderem die Verbindung von Forschung, Lehre und Patient\*innenversorgung, unzureichende strukturelle Bedingungen der Lehre sowie eine Unterstützung bei der Weiterentwicklung der Lehre hervorgehoben werden.



Bei der weiteren Modifizierung des empirischen Rahmenmodells kann der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung im Hinblick auf die lern- und transferförderliche didaktische Ausgestaltung ein Beitrag zur Bearbeitung der Forschungsfrage zugesprochen werden. Demnach kann insbesondere jene didaktische Ausgestaltung den Lerntransfer der Teilnehmenden beeinflussen, die als eine Einbindung der Teilnehmenden und Orientierung an den Lebensinteressen zu interpretieren ist. Folglich kann der Selbsterfahrung von Methoden aus der Lernendenperspektive, der aktiven Auseinandersetzung mit der eigenen Lehre sowie der Orientierung an der ärztlichen Berufspraxis und Handlungsherausforderungen ein ebenenspezifischer Zusammenhang zugeschrieben werden. Ferner stellen die Teilnehmenden mitsamt der Motivation, dem Engagement, den Erfahrungen und Erwartungen den Fokus des empirischen Rahmenmodells dar, von dem aus subjektive Lern- und Handlungsbegründungen erfolgen. Demnach werden Lernbegründungen zur Erweiterung der Handlungsfähigkeit und zur Wahrung der Lebensinteressen sowie der Reflexion der Lehrtätigkeit im Kontext des Bedeutungs- und Erfahrungszusammenhangs der Teilnehmenden als ebenenspezifische Ergebnisse der Teilnehmenden betrachtet. In diesem Zusammenhang werden aus den Lebensinteressen der Teilnehmenden Lernbegründungen entwickelt, die zu deren Erweiterung oder Wahrung führen können. Schlussendlich kann der Lerntransfer in dieser Arbeit als Identifikation von Weiterentwicklungspotentialen in der Lehre, als Veränderungen im Verhalten der Teilnehmenden – dies impliziert Veränderungen in Bezug zu der Lehrtätigkeit wie auch der ärztlichen Berufspraxis – und Reflexion der Lehre nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung definiert werden. Dies kann durch eine subjektive Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden auf der inhaltlichen, methodischen und reflexiven Ebene der Lehrgestaltung nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung ausgestaltet werden. Ferner kann nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung der empfundene Stellenwert der Lehre als spezifischer Befund des Lerntransfers herausgearbeitet werden. Demnach können vor allem der Wunsch nach Sichtbarkeit und Unterstützung und der persönliche Stellenwert der Medizindidaktik als ebenenspezifische Ergebnisse des Lerntransfers angesehen werden.

In Abgrenzung zu dem theoretischen Rahmenmodell dieser Arbeit, das basierend auf den theoretischen und empirischen Befunden des Lerntransferdiskurses erarbeitet wird, können einige Gemeinsamkeiten und auch Differenzen herausgestellt werden. Ähnlichkeiten werden vor allem bei disziplinübergreifenden Aspekten und den Eigenschaften der Teilnehmenden identifiziert. Insbesondere das Spezifische der Medizin und der medizinischen Lehre stellt eine Besonderheit dar, die durch eine Modifizierung des Modells berücksichtigt wird. Der Einfluss des Universitätsklinikums wie auch der Einfluss struktureller Aspekte können im Rahmen der organisationalen Lernkultur als besonders herausgestellt werden, da sie auf den Gegebenheiten und Bedingungen der Medizin basieren. Dieser Aspekt wird durch die

Visualisierung einer möglichen Beeinflussung zwischen der Lehre in der Medizin und der organisationalen Lernkultur in dem empirischen Rahmenmodell berücksichtigt.

Neben der Erarbeitung des empirischen Rahmenmodells und den ebenenspezifischen Betrachtungen der einzelnen Modellkomponenten werden ebenenübergreifende Zusammenhänge in Bezug zu den beeinflussenden Aspekten des Lerntransfers identifiziert, die über mehrere Komponenten des empirischen Rahmenmodells übergeordnet beobachtet werden und denen ein Einfluss auf den Lerntransfer zugesprochen wird. Bei der Interpretation der Daten wird ersichtlich, dass die Handlungslogik in der ärztlichen Berufspraxis der Teilnehmenden teilweise auch Anwendung in der Lehre erhält. Der ärztliche Handlungsmodus kann durch ein strukturiertes und standardisiertes Vorgehen beschrieben werden, das auf objektivierbare Ergebnisse abzielt. Im Hinblick auf die Befunde der Erwartungen der Teilnehmenden sowie die Lehre in der Medizin können spezifisch die Lehrgestaltung und die Bedeutung von Didaktik und Lehre der Teilnehmenden in diesem Zusammenhang interessant erscheinen. So können einige Parallelen zu dem ärztlichen Handlungsmodus und der Lehrgestaltung wie auch den Erwartungen über den individuellen Nutzen der medizindidaktischen Qualifizierung herausgearbeitet werden. Auszugsweise ist an dieser Stelle die Erwartung einer Schritt-für-Schritt-Anleitung zum unmittelbaren Einsatz von didaktischen Methoden in der Lehre zu benennen. Hierbei können gewisse Ähnlichkeiten zu ärztlichen Handlungsrouninen und Vorgehensweisen erkannt werden, die auf die Lehrtätigkeit angewandt werden. Bereits sprachlich kann diese Ähnlichkeit identifiziert werden; so sollen Inhalte und didaktische Elemente aus der medizindidaktischen Qualifizierung übertragen und angewendet werden, eine Anpassung und Reflexion von ihnen im Hinblick auf die Nützlichkeit und Umsetzbarkeit für die eigene Lehre werden hingegen nicht thematisiert. Dies weist ebenfalls auf einen spezifischen medizinischen Blick auf Didaktik hin, der auch in dem empirischen Rahmenmodell eine Berücksichtigung erhält.

Werden die Ergebnisse im Kontext der Planung und Ausgestaltung einer medizindidaktischen Qualifizierung betrachtet, kann eine Zielgruppenorientierung, sowohl bei der Planung der Qualifizierungsangebote als auch eine Teilnehmendenorientierung, auf der didaktischen Handlungsebene einen Lerntransfer unterstützen. Dies kann durch die Ausrichtung der medizindidaktischen Qualifizierung an den Ärzt\*innen und den Bedingungen der Lehre im Krankenhaus wie auch durch eine Ausrichtung der medizindidaktischen Qualifizierung an dem ärztlichen Handlungsmodus verfolgt werden. Es können bereits Ansätze einer Orientierung an der ärztlichen Berufspraxis in der Lehre erkannt und bei der Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung beispielsweise durch die Nutzung von Beispielen aus dem Berufsalltag als unterstützender Aspekt beobachtet werden.

Die Orientierung an der ärztlichen Berufspraxis kann nicht nur für die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung eine Bedeutung erhalten, sondern ebenfalls als zentrales

Ergebnis des Lerntransfers im Kontext der Weiterentwicklungspotentiale, spezifischer der inhaltlichen Ausrichtung der Lehre an der ärztlichen Berufspraxis, identifiziert werden. Da dies ein Potential zur Weiterentwicklung darstellt, kann geschlussfolgert werden, dass diese Orientierung nicht flächendeckend Berücksichtigung in der Lehre erhält. Zusätzlich kann dieser Befund mit der bereits thematisierten Herausforderung der Ausrichtung der Lehre an der ärztlichen Praxis in Einklang gebracht werden (vgl. Fabry, 2008, 19). In diesem Zusammenhang wird bereits bei der Änderung der ärztlichen Approbationsordnung 2002 die Forderung nach mehr Ausrichtung an der ärztlichen Berufspraxis bekundet (vgl. z. B. Fabry, 2008, 20; Fabry, 2016, 144). Demnach greifen die Befunde einen bereits bekannten Diskussionspunkt in der medizinischen Lehre auf und versuchen, mit konkreten Vorschlägen die Lehre weiterzuentwickeln, um diese an der ärztlichen Berufspraxis auszurichten.

Es kann an verschiedenen Stellen dieser Arbeit ein geringerer Stellenwert der Lehre im Vergleich zur Patient\*innenversorgung und Forschung aufgezeigt werden. In diesem Kontext können durch die ebenenübergreifenden und damit übergeordneten Zusammenhänge die Eigenverantwortlichkeit in der Lehre und die Lehre im Krankenhaus als Herausforderung für die Teilnehmenden herausgearbeitet werden. Spezifisch kann hierbei exemplarisch auf eine fehlende Freistellung für Lehraktivitäten und eine unzureichende Vorbereitung durch die Organisation hingewiesen werden. Werden diese Befunde vor dem Hintergrund der Ausbildung der Lernenden als ärztlicher Nachwuchs gesehen, kann der Bedarf an einer Investition in die Lehre geäußert werden. Wie eingangs beschrieben, kann die Qualität der Lehre einen Einfluss auf das Lernen und den Lernerfolg ausüben. Daher kann basierend auf den Ergebnissen dieser Arbeit ein Bedarf an einer Investition in die Lehre gesehen werden, um die Mediziner\*innen von morgen, den ärztlichen Nachwuchs, durch eine professionelle Lehre im Lernen zu unterstützen und fähige Ärzt\*innen auszubilden. Die Änderung der Habilitationsordnung zu einer verbindlichen hochschuldidaktischen Qualifizierung für alle Habilitand\*innen kann einen ersten Schritt zur Förderung der Lehre darstellen. Insbesondere vor dem Hintergrund der organisationalen Rahmenbedingungen und der Lehre in der Medizin können eine Aufmerksamkeit und Akzeptanz für Lehre als eine weitere lehrunterstützende Entwicklung fungieren (vgl. Egger, 2016, 34 ff.; Hofer, 2010, 7). Die Teilnehmenden zeigen in diesem Zusammenhang auch Ansätze auf, um den Stellenwert und das Bewusstsein für die Lehre zu heben (z. B. Kapitel 10.1.3 & 11.1). Somit können eine Wertschätzung und Akzeptanz für Lehre sowohl auf der persönlichen Ebene (Kapitel 13.2) als auch auf der organisationalen Ebene (vgl. Ochsendorf et al., 2018a, 39) Veränderungen in der medizinischen Lehre anstoßen und somit die Lehre der Teilnehmenden beeinflussen.

Limitationen für diese Arbeit können unter anderem bei der Datenauswertung und den Rahmenbedingungen der medizinischen Lehre definiert werden. Es kann unter subjektorientierter Perspektive eine Bedeutungszuschreibung für die Lehrtätigkeit immer nur

von den Teilnehmenden selbst ausgehen und daher ist eine Verallgemeinerung der Ergebnisse nicht möglich und auch nicht angedacht. Somit muss diese Diversität der Teilnehmenden bei der Beurteilung der Ergebnisse berücksichtigt werden, da nicht von dem Arzt / der Ärztin gesprochen werden kann. Forschungspraktisch und in Bezug zur Datenauswertung ist anzusprechen, dass vor dem Hintergrund der Subjektorientierung Veränderungen in den Handlungs- und Sichtweisen durch Erzählungen der Teilnehmenden analysiert werden. Hierbei ist es wichtig, dass die analysierten Textstellen nur als Hinweise angesehen werden können, die auf der Grundlage der Panelerhebung und unter Bezugnahme auf die Bedeutungszuschreibung der Teilnehmenden interpretiert werden. Für die Rahmenbedingungen der medizinischen Lehre stellt sich eine Limitation insofern dar, als der politische Stellenwert der Lehre sowohl in den theoretischen Ausführungen als auch in den empirischen Ergebnissen hinter der Patient\*innenversorgung und Forschung zu verorten ist. Hierbei erhält das Universitätsklinikum einen bedeutenden Einfluss auf die Interpretation der Ergebnisse, da die Lehre keine gleich bedeutende Stellung innerhalb der Aufgabentrias erhält. Diese Tatsache muss als Limitation in dieser Arbeit berücksichtigt werden, da an vielen Stellen dieser Arbeit auf den Einfluss des Universitätsklinikums auf die Lehrtätigkeit der Teilnehmenden verwiesen wird.

Die Daten dieser Studie bieten zahlreiche Anknüpfungspunkte für weitere Forschungen, die eine andere Akzentsetzung verfolgen. So wären Einzelfallanalysen zu den konkreten Veränderungen in der Lehre basierend auf den Ausführungen der Teilnehmenden zu der Lehrgestaltung vor und nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung ein Aspekt, der insbesondere vor dem Hintergrund der Subjektorientierung vielversprechend klingt. Ferner können spezifische Analysen mit den bereits interpretierten Daten vorgenommen werden; so kann auf der individuellen Ebene eine Verknüpfung von Erfahrungen, Engagement, Erwartungen und Motivation zum Lerntransfer untersucht werden. Insbesondere Differenzierungen im subjektiv erfahrenen Lerntransfer und den durch die Forscherin interpretierten defensiven und expansiven Lern- und Teilnahmemotiven stellen einen spannenden Anknüpfungspunkt für weitere Auswertungen dar. Überdies wurden in den Interviews weitere Daten erhoben, auf die im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen werden kann. Exemplarisch sind hierbei die Vorstellungen der Teilnehmenden zu guter Lehre vor und nach der Teilnahme an der medizindidaktischen Qualifizierung zu nennen, die ebenfalls für weitere Auswertungen zur Verfügung stehen. Ferner können die verschiedenen Arten des Transfers in Verbindung mit ausgewählten Modellkomponenten ausführlicher analysiert werden. Diese Ausführungen stellen nur eine Auswahl an weiteren Anknüpfungspunkten zur Erforschung des Lerntransfers in der Medizindidaktik dar, die basierend auf diesem Datensatz durchgeführt werden können.

Unabhängig von weiteren Forschungen kann diese Studie dazu beitragen, dass neues Wissen zu dem spezifischen Feld der medizindidaktischen Qualifizierungen und den Bedingungen der medizinischen Lehre generiert wird. Dieses Wissen kann neben dem Erkenntnisgewinn zu beeinflussenden Bedingungen in der medizinischen Lehre und des Universitätsklinikums zur Planung und Ausgestaltung von medizindidaktischen Qualifizierungen genutzt werden. Es kann verwendet werden, um medizindidaktische Qualifizierungsangebote an den in dieser Arbeit herausgearbeiteten Herausforderungen in der Lehrgestaltung durch die Verbindung von Patient\*innenversorgung, Forschung und Lehre zu orientieren. Insbesondere die Ergebnisse zum Lerntransfer, der organisationalen Lernkultur und der Lehre in der Medizin geben spezifische Einblicke in transferunterstützende und -hemmende Aspekte. Diese Studie kann somit helfen, die Bedingungen der organisationalen Lernkultur, die Lehre in der Medizin wie auch den ärztlichen Handlungsmodus besser zu verstehen und die medizindidaktische Qualifizierung daran auszurichten. Hierbei kann auf das Programmplanungshandeln als ein Aspekt der Erwachsenen-/Weiterbildung verwiesen werden, der unter anderem kontextspezifisch an den institutionellen und organisatorischen Bedingungen ausgerichtet werden kann (vgl. von Hippel, 2017, 200). In dieser Arbeit werden bereits erste Versuche identifiziert, in denen die Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung an die organisationalen Rahmenbedingungen und die Lehre in der Medizin anknüpfen und so einen Transfer unterstützen kann. Die Befunde dieser Arbeit können eine weitere, spezifischere Ausgestaltung der medizindidaktischen Qualifizierung auf der mikrodidaktischen Ebene fördern und das Bewusstsein für die organisationale Lernkultur, die Lehre in der Medizin sowie die subjektiven Sichtweisen und Bedeutungszuschreibungen der Teilnehmenden unterstützen. Darüber hinaus kann diese Arbeit dazu beitragen, dass das Krankenhaus als Lehr-/Lernsetting sowie die Eigenverantwortlichkeit in der Lehre mehr Aufmerksamkeit erhalten, und zu weiteren Forschungen anregen.

## Literaturverzeichnis

Alheit, P., & V. Felden, H. (2009). Einführung: Was hat lebenslanges Lernen mit Biographieforschung zu tun? In P. Alheit, & H. V. Felden (Hrsg.), *Lebenslanges Lernen und erziehungswissenschaftliche Biographieforschung. Konzepte und Forschung im europäischen Diskurs*. (S. 9-20). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Andretta, P. B., Hillard, M. L., Murphy, M. A., Gruppen, L. D., & Mullan, P. B. (2009). Short-term outcomes and long-term impact of a programme in medical education for medical students. *Medical education*, 43(3), 260-267.

Arnold, R. (1995). *Konstruktivistische Erwachsenenbildung. Von der Deutung zur Konstruktion von Wirklichkeit von Rolf Arnold und Horst Siebert*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Arnold, R. (2003). Konstruktivismus und Erwachsenenbildung. *REPORT Literatur - und Forschungsreport Weiterbildung*, 26(3), 51-61.

Arnold, R. (2013). Wie radikal ist die „Konstruktivistische Erwachsenenbildung“ wirklich? Plädoyer für einen konsequenten Konstruktivismus. *Weiterbildung*, 4(1), 28-30.

Arnold, R., Pätzold, H., & Ganz, M. (2018). Weiterbildung und Beruf. In *Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung* (pp. 931-945). Springer VS, Wiesbaden.

Baldwin, T. T., & Ford, J. K. (1988). Transfer of training: A review and directions for future research. *Personnel psychology*, 41(1), 63-105.

Bauer, M., & Göhlich, M. (2019). Wirksamkeit weiterbildenden Studiums. Ergebnisse der Evaluation eines berufs begleitenden Masterstudiengangs. *Zeitschrift für Weiterbildungsforschung*, 42(2), 249-263.

Becker, F. G. (2012). Governance von Hochschulen: Einfluss von organisatorischen Rahmenbedingungen auf "gute Lehre". In F. G. Becker, G. Krücken, & E. Wild (Hrsg.), *Gute Lehre in der Hochschule. Wirkungen von Anreizen, Kontextbedingungen und Reformen*. (S. 31-50). Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH.

Benedetti, S., & Kade, J. (2012). Biografieforschung. In B. Schäffer, & O. Dörner (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Erwachsenen- und Weiterbildungsforschung* (S. 250-262). Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich.

Bergmann, B., & Sonntag, K. (2006). *Transfer: Die Umsetzung und Generalisierung erworbener Kompetenzen in den Arbeitsalltag*. Göttingen: Hogrefe. 355-388.

Beuße, M., & Hartz, S. (2021). Ein Instrument zur Messung von Lerntransferbedingungen im Kontext der hochschuldidaktischen Weiterbildung. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 24(1), 155-184.

Bilger, F., Behringer, F., Kuper, H., & Schrader, J. (2017). *Weiterbildungsverhalten in Deutschland 2016: Ergebnisse des Adult Education Survey (AES)* (p. 300). W. Bertelsmann Verlag.

Blume, B. D., Ford, J. K., Baldwin, T. T., & Huang, J. L. (2010). Transfer of training: A meta-analytic review. *Journal of management*, 36(4), 1065-1105.

Bodenmann, G., Perrez, M., & Schär, M. (2011). *Klassische Lerntheorien. Grundlagen und Anwendungen in Erziehung und Psychotherapie* (2. Aufl.). Abgerufen von <http://onlinelesen.ciando.com/index.cfm?id=73D4AE1D-15C3-46D4-8DD639BBF7FEF2DB>

Bollinger, H. (2018a). Deprofessionalisierung des Ärztestandes revisited. In *Ärztliche Tätigkeit im 21. Jahrhundert-Profession oder Dienstleistung* (pp. 85-102). Springer, Berlin, Heidelberg.

- Bollinger, H. (2018b). Die Definition von Profession und Beruf. *Ärztliche Tätigkeit im 21. Jahrhundert-Profession oder Dienstleistung*, 21-37. Springer, Berlin, Heidelberg
- Breitschwerdt, L., Egetenmeyer, R., Lechner, R. (2016). Neue Perspektive auf die Professionalisierung. In: Weiterbildung. Zeitschrift für Grundlagen, Praxis und Trend. 6/ 2016. S.32-34
- Bremer, H. (2018). Sozialisierungstheorie und Erwachsenenbildung. In *Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung* (pp. 127-144). Springer VS, Wiesbaden.
- Bromberg, K. (2014). Erwachsenenpädagogische Perspektiven: Subjekt und Entwicklung in akademischen Lehr-Lern-Zusammenhängen.
- Brosius, H. B., Haas, A., & Koschel, F. (2016). *Methoden der empirischen Kommunikationsforschung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.
- Bundesärztekammer (2011). (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 –\* in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel
- Burke, L. A., & Hutchins, H. M. (2007). Training Transfer: An Integrative Literature Review. *Human Resource Development Review*, 6(3), 263-296.
- Burke, L. A., & Hutchins, H. M. (2008). A Study of Best Practices in Training Transfer and Proposed Model of Transfer. *Human Resource Development Quarterly*, 19(2), 107-128.
- Cannon-Bowers, J. A., Salas, E., Tannenbaum, S. I., & Mathieu, J. E. (1995). Toward theoretically based principles of training effectiveness: A model and initial empirical investigation. *Military psychology*, 7(3), 141-164.
- Clarke, N. (2002). Job/work environment factors influencing training transfer within a human service agency: Some indicative support for Baldwin and Ford's transfer climate construct. *International journal of training and development*, 6(3), 146-162.
- Colquitt, J. A., LePine, J. A., & Noe, R. A. (2000). Toward an Integrative Theory of Training Motivation: A Meta-Analytic Path Analysis of 20 Years of Research. *Journal of Applied Psychology*, 85(5), 678-707.
- Conradi, L. C., & Döbelstein, M. (2020, April). Clinician Scientists in der Onkologie. In *Forum* (Vol. 35, No. 2, pp. 100-102). Springer Medizin.
- Corsten, M. (2012). Die subjektive Entschiedenheit beruflicher Praxis–Annotationen zur Theorie des beruflichen Habitus. In *Beruflichkeit zwischen institutionellem Wandel und biographischem Projekt* (pp. 319-335). VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Dausien, B., & Alheit, P. (2005). Biographieorientierung und Didaktik Überlegungen zur Begleitung biographischen Lernens in der Erwachsenenbildung. *REPORT*, 3(28), 27-36.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1993). Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation und ihre Bedeutung für die Pädagogik. *Zeitschrift für Pädagogik*, 39(2), 223-238.
- Deutscher Bildungsrat. (1970). *Empfehlungen der Bildungskommission 1967-1969*. Stuttgart: Ernst Klett.
- Deutsche Forschungsgemeinschaft (2015). Etablierung eines integrierten Forschungs- und Weiterbildungs-Programms für „Clinician Scientists“ parallel zur Facharztweiterbildung. *Empfehlungen der Ständigen Senatskommission für Grundsatzfragen in der Klinischen Forschung*.
- Dewe, B. (1997). Bildung in der Lerngesellschaft: Lebenslanges Lernen oder lebensbegleitende Bildung? In J. H. Olbertz (Hrsg.), *Erziehungswissenschaft: Traditionen – Themen – Perspektiven* (S. 87-102). Opladen: Leske + Budrich.

- Dick, M., & Marotzki, W. (2005). Biographie und Lernen : Einführung in den Themenschwerpunkt. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung*, 6 (1), 5-9.
- Diekmann, A. (2009). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen* (20. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Burghard König.
- Dieter, P. E. (2009). A Faculty Development Program can result in an improvement of the quality and output in medical education, basic sciences and clinical research and patient care. *Medical teacher*, 31(7), 655-659.
- Digel, S., & Schönknecht, L. (2013). Transfer und Multiplikation der Videofallarbeit. Ein Schulungskonzept zur Qualifikation von Praktikern für die Nutzung und Verbreitung des Online-Fall-Laboratoriums. *Diagnostizieren und Handeln von Lehrkräften. Lernen aus Videofällen in Hochschule und Erwachsenenbildung*, 211-226.
- Dobischat, R., & Düsseldorff, K. (2015). Sozialisierung in Berufsbildung und Hochschule. In: Hurrelmann, K., Bauer, U., Grundmann, M., Walper, S. (Hrsg.). *Handbuch Sozialisationsforschung*, 8, 469-491. Beltz. Weinheim, Basel
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Dörpinghaus, A. (2015). Theorie der Bildung. Versuch einer " unzureichenden" Grundlegung. *Zeitschrift für Pädagogik*, 61(4), 464-480.
- Dörpinghaus, A., Poenitsch, A., & Wigger, L. (2012). *Einführung in die Theorie der Bildung* (4. Aufl.). Darmstadt: WBG.
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch interview, transkription & analyse anleitungen und regelsysteme für qualitativ Forschende*. 8. Auflage. dr dresing & pehl GmbH.
- Ecarius, J. (2006). Biographieforschung und Lernen. In H. H. Krüger, & W. Marotzki (Hrsg.), *Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung* (2. Aufl., S. 91-108). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Egger, R. (2016). Hochschuldidaktik und Organisationsentwicklung. Über den Zusammenhang institutioneller Rahmenbedingungen und die Steigerung der Lehrqualität. In *Teaching Skills Assessments* (pp. 27-48). Springer VS, Wiesbaden.
- Eid, A. & D. Quinn (2017). Factors predicting training transfer in health professionals participating in quality improvement educational interventions. *BMC Medical Education* 7-26. DOI 10.1186/s12909-017-0866-7
- Epstein, R. M., Cole, D. R., Gawinski, B. A., Piotrowski-Lee, S., & Ruddy, N. B. (1998). How students learn from community-based preceptors. *Archives of Family Medicine*, 7(2), 149.
- Fabry, G. (2008). *Medizindidaktik–Ein Handbuch für die Praxis*, 1. Aufl. Huber, Bern.
- Fabry, G. (2012). Didaktik der Medizin. In M. G. Krukemeyer (Hrsg.), *Aus- und Weiterbildung in der klinischen Medizin. Didaktik und Ausbildungskonzepte*. (S. 3–18). Stuttgart, Deutschland: Schattauer.
- Fabry, G. (2016). Warum Hochschuldidaktik? Die Perspektive der Humanmedizin. *ZDRW Zeitschrift für Didaktik der Rechtswissenschaft*, 3(2), 136-151.
- Fabry, G., & Härtl, A. (2017). Faculty Development–Full Steam Ahead!. *GMS journal for medical education*, 34(4).
- Fabry G, Lammerding-Köppel M, Hofer M, Ochsendorf F, Schirlo C, Breckwoldt J (2010). Hochschuldidaktische Qualifizierung in der Medizin IV: Messung von Wirksamkeit und Erfolg medizinischer Qualifizierungsangebote: Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Personal- und Organisationsentwicklung für die medizinische Lehre der Gesellschaft für Medizinische



- Ausbildung sowie des Kompetenzzentrums für Hochschuldidaktik in Medizin Baden-Württemberg  
*Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 2010; 27 (4) : Doc62: <http://10.3205/zma000699>
- Faulstich, P. (2003). *Weiterbildung. Hand- und Lehrbücher der Pädagogik*. München, Wien: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Faulstich, P. (2006). Lernen und Widerstand. In P. Faulstich, & M. Bayer (Hrsg.), *Lernwiderstände. Anlässe für Vermittlung und Beratung* (S. 7–25). Hamburg: VSA-Verlag.
- Faulstich, P. (2013). *Menschliches Lernen: eine kritisch-pragmatistische Lerntheorie*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Faulstich, P. (2008). Lernen. In : Faulstich-Wieland, H., & Faulstich, P. (Hrsg.). *Erziehungswissenschaft. Ein Grundkurs*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. 33-57.
- Faulstich, P., & Zeuner, C. (2008). *Erwachsenenbildung. Eine handlungsorientierte Einführung*. 3. aktualisierte Auflage.
- Faulstich, P., & Grell, P. (2004). Lernwiderstände beim "Selbstbestimmten Lernen". In W. Bender, M. Groß, & H. Heglmeier (Hrsg.), *Lernen und Handeln. Eine Grundfrage der Erwachsenenbildung* (S. 107-118). Schwalbach: Wochenschau Verlag.
- Faulstich, P., & Zeuner, C. (2005). Entwicklung, Situation und Perspektiven subjektorientierter Erwachsenenbildungsforschung'. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung*, 6(1), 129-144
- Fischer, M., & Kade, J. (2012). Qualitative Längsschnittstudien in der Erwachsenen- und Weiterbildungsforschung. *Handbuch Qualitative Erwachsenen- und Weiterbildungsforschung*, 612-620.
- Fleige, M., & Robak, S. (2018). Lehr-Lernkultur in der Erwachsenenbildung. In *Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung* (pp. 623-641). Springer VS, Wiesbaden.
- Fleige, M., & Robak, S. (2019). Lernkulturen. In Fleige, M., Gieseke, W., von Hippel, A., Käßlinger, B., & Robak, S. (2019). *Programm- und Angebotsentwicklung: in der Erwachsenen- und Weiterbildung* (90-103) (Vol. 2). wbv.
- Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowolt-Taschenbuch-Verlag.
- Flick, U. (2008). Methodologie qualitativer Forschung. In U. Flick, E. V. Kardorff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: ein Handbuch* (6. Aufl., S. 251-265). Reinbek bei Hamburg: Rowolt-Taschenbuch-Verlag.
- Flick, U. (2011). Leitfaden-Interview. In U. Flick (Hrsg.), *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (4. Aufl., S. 194-226). Reinbek bei Hamburg: Rowolt-Taschenbuch-Verlag.
- Frey-Eiling, A. & Frey, K. (1999). Das Expertentraining: Das Gruppenpuzzle, *Zwölf Unterrichtsmethoden. Vielfalt für die Praxis*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Friebertshäuser, B. & Langer, A. (2013). Interviewformen und Interviewpraxis. In B. Friebertshäuser, A. Langer, A. Prengel & H. Boller (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (4. Aufl., S. 437-455). Weinheim: Beltz Juventa.
- Fromme-Ruthmann, M. (2013). *Einfluss organisationaler Lernkultur und personaler Aspekte auf die Motivation sowie Art und Ausmass formeller und informeller Lernaktivitäten in Unternehmen*. Rainer Hampp Verlag.
- Gegenfurtner, A., & Vauras, M. (2011). Age-related differences in the relation between motivation to learn and transfer of training in adult continuing education. *Contemporary Educational Psychology*, 2012(37), 33-46.

- Germanyuk, A., Sterz, J., Stefanescu, C., Voß, S. H., & Rüsseler, M. (2019). It's all in Your Head! Einfluss des Mentalen Trainings auf den Kompetenzerwerb praktischer Fertigkeiten in der chirurgischen Lehre. *Zentralblatt für Chirurgie-Zeitschrift für Allgemeine, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie*, 144(06), 597-605.
- Gerstenmaier, J., & Mandl, H. (1995). Wissenserwerb unter konstruktivistischer Perspektive [The acquisition of knowledge from a constructivist perspective]. *Zeitschrift für Pädagogik*, 41(6), 867-888.
- Gerstenmaier, J., & Mandl, H. (2011). Konstruktivistische Ansätze in der Erwachsenenbildung und Weiterbildung. In R. Tippelt, & A. V. Hippel (Hrsg.), *Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung* (5. Aufl., S. 169-178). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gessler, M. (2012). Lerntransfer in der beruflichen Weiterbildung - empirische Prüfung eines integrierten Rahmenmodells mittels Strukturgleichungsmodellierung. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 108(3), 362-393.
- Gieseke, W. (2010). Erfahrungen. In: Arnold, R., & Nolda, S. (Hrsg.). *Wörterbuch Erwachsenenbildung* (Vol. 8425). UTB. 76ff
- Gieseke, W. (2012). Das Gefühl/Die Emotionen. Schäffer, B./Dörner, O.: *Handbuch der Qualitativen Erwachsenenbildungs- und Weiterbildungsforschung*. Opladen, Berlin, Toronto: S, 581-596.
- Gieseke, W. (2018). Professionalisierung der Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Historische Prozesse und strukturelle Herausforderung der Gegenwart. In *Das Personal in der Weiterbildung* (pp. 57-77). Springer VS, Wiesbaden.
- Giesler, M., Karsten, G., Ochsendorf, F., & Breckwoltd, J. (2017). Rahmenbedingungen für exzellente Lehre in der Medizin: Das Frankfurter Modell der Rahmenbedingungen zur Sicherung der Lehr- und Lernqualität. *GMS J Med Educ*, 34(4).
- Gläser, J., & Laudel, G. (1999). *Theoriegeleitete Textanalyse? Das Potential einer variablenorientierten qualitativen Inhaltsanalyse* (WZB Discussion Paper, No. P 99-401, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin). Abgerufen von <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/50917/1/303847476.pdf>
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010a). *Die Qualität qualitativer Daten. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010b). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. 4. Auflage. Springer-Verlag.
- Glaserfeld, E. V. (1996). *Radikaler Konstruktivismus. Ideen, Ergebnisse, Probleme*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- GMA: Der Vorstand der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). (2012). Position Paper of the Society for Medical Education (GMA) regarding appointments of professors in medical education/educational research. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 29(3).
- Göhlich, M. (2010). Pädagogische Organisationsforschung in der Erwachsenen- und Weiterbildung. Probleme, Trends und Bedarfe. In *Erwachsenenpädagogische Organisationsforschung* (pp. 277-291). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Göhlich, M. (2012). Pädagogische Lerntheorie als Grundlage qualitativer Forschung in der Erwachsenen- und Weiterbildung. In B. Schäffer, & O. Dörner (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Erwachsenen- und Weiterbildungsforschung* (S. 25-36). Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich.

- Göhlich, M., Wulf, C., & Zirfas, J. (2014). Pädagogische Zugänge zum Lernen. In M. Göhlich, C. Wulf, & J. Zirfas (Hrsg.), *Pädagogische Theorien des Lernens* (2. Aufl., S. 7-19). Weinheim: Beltz.
- Göhlich, M., & Zirfas, J. (2007). *Lernen. Ein pädagogischer Grundbegriff*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Görlitz, A., Schmidt, A., Bauer, D., Bayer, Y., Bererat, P., Fehr, A., . . . Fischer, M. (2015). *Zertifikat Medizindidaktik Bayern*. Abgerufen am 23.10.2021 von <https://www.kompetenznetz.org>
- Graeßner, G. & Tietgens, H. (1976). Teilnehmerstruktur und Erwartungshaltung. SESTMAT – Selbststudienmaterial. Abgerufen von [www.die-bonn.de/id/31867/24288](http://www.die-bonn.de/id/31867/24288)
- Griewatz, J., Simon, M., & Lammerding-Koeppel, M. (2017). Competency-based teacher training: A systematic revision of a proven programme in medical didactics. *GMS journal for medical education*, 34(4).
- Grossmann, R., & Salas, E. (2011). The transfer of training: what really matters. *International Journal of Training and Development*, 15(2), 103-120.
- Grotlüschen, A. (2010). *Erneuerung der Interessetheorie*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gundermann, A. (2016). Lernziele und Lernergebnisse. Abgerufen von: [www.die-bonn.de/wb/2016-lernziel-01.pdf](http://www.die-bonn.de/wb/2016-lernziel-01.pdf)
- Haessler, S., Bhagavan, A., Kleppel, R., Hinchey, K., & Visintainer, P. (2012). Getting doctors to clean their hands: lead the followers. *BMJ quality & safety*, 21(6), 499-502.
- Hahn, E. G. (2009). Bessere Zeiten für Lehre und Forschung an den Hochschulen-die Hochschulmedizin muss ihre Chancen nutzen! *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 26(1).
- Haunberger, S. (2006). Das standardisierte Interview als soziale Interaktion: Interviewereffekte in der Umfrageforschung. *ZA-Information/Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung*, (58), 23-46.
- Helferich, C. (2009). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hense, J., & Mandl, H. (2011). Transfer in der beruflichen Weiterbildung. In O. Zlatkin-Troitschanskaia (Hrsg.), *Stationen Empirischer Bildungsforschung: Traditionslinien und Perspektiven* (S. 249–263). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hensel, T., & Kreuz, S. (2018). (Um-) Wege im Feld: qualitative Fallauswahl zwischen Gegenstandskonstituierung und Feldbeschaffenheit. In *Qualitative Bildungsforschung* (pp. 75-92). Springer VS, Wiesbaden.
- Herrera, L. N. (2015). Transitions and diversity in didactics: An exploration searching for implications for vocational education and training. *International Journal for Research in Vocational Education and Training (IJRVET)*, 2(3 (Special Issue)), 161-169.
- Herrmann, M., & Lehmann, B. (2016). 43 Die Allgemeinmedizin. *Handbuch Professionsentwicklung*, 8622, 477.
- Herzberg, H., & Truschkat, I. (2009). Lebenslanges Lernen und Kompetenz: Chancen und Risiken der Verknüpfung zweier Diskursstränge. In P. Alheit, & H. V. Felden (Hrsg.), *Lebenslanges Lernen und erziehungswissenschaftliche Biographieforschung. Konzepte und Forschung im europäischen Diskurs*. (S. 111-126). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Heuchemer, S., & Szczyrba, B. (2016). Lehrkompetenz und „pädagogische Eignung“ im Verhältnis. In *Teaching Skills Assessments* (pp. 219-237). Springer VS, Wiesbaden.
- Heuer, U. (2007). Lernforschung und Lernen in der Erwachsenenbildung. In U. Heuer, & W. Gieseke (Hrsg.), *Weiterbildung am Beginn des 21. Jahrhunderts : Festschrift für Wiltrud Gieseke* (2. Aufl., S. 26-46). München; Münster: Waxmann.

- Hibbeler, B. (2014). Modellstudiengänge: Bausteine für ein gutes Studium. *Deutsches Ärzteblatt Medizin Studieren*, 1, 7-8.
- Hinrichs, A. C. (2016). *Erfolgsfaktoren beruflicher Weiterbildung: eine Längsschnittstudie zum Lerntransfer*. Springer-Verlag.
- Hochholdinger, S., Rowold, J., & Schaper, N. (2008a). Ansätze zur Trainings- und Transferevaluation. In J. Rowold, S. Hochholdinger, & N. Schaper (Hrsg.), *Evaluation und Transfersicherung betrieblicher Trainings. Modelle, Methoden und Befunde* (S. 30–53). Göttingen: Hogrefe.
- Hochholdinger, S., Rowold, J., & Schaper, N. (2008b). Praxis- und Forschungsrelevanz von Trainings. *Evaluation und Transfersicherung betrieblicher Trainings—Modelle, Methoden, Befunde*. S. 13-29.
- Hochholdinger, S., Rowold, J., & Schaper, N. (2008c). Einleitung. *Evaluation und Transfersicherung betrieblicher Trainings—Modelle, Methoden, Befunde*. S. 9-12.
- Hochholdinger, S., & Schaper, N. (2008). Die Bedeutung von Lernkultur und Transfermotivation für betrieblichen E-Learning-Erfolg. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 7(2), 81-89.
- Hölbling, G., Stößel, D., & Bohlander, H. (2010). *Bildungscontrolling: Erfolg messbar machen* (Vol. 33). W. Bertelsmann Verlag.
- Hof, C. (2011). Lebenslanges Lernen. In W. Helsper, J. Kade, C. Lüders, F. O. Radtke, & W. Thole (Hrsg.), *Pädagogisches Wissen. Erziehungswissenschaft in Grundbegriffen*. (S. 116-122). Stuttgart, Deutschland: Kohlhammer.
- Hof, C & Lambert, A. (2004). Lernerwartung und Lerntransfer. Anmerkungen zum Transfer von Lernergebnissen in der Allgemeinen Erwachsenenbildung. In: Bender, W./Groß, M./Hegmeier, H. (Hrsg.): *Lernen und Handeln. Zum Verhältnis von Wissensaneignung, Kompetenzerwerb und Anwendung von Lernergebnissen*. Schwalbach/Ts. S.197-216
- Hofer, M., Galonska, L., Sievers, K., Önenköprülü, B., & Heussen, N. (2010). Evaluation eines Trainingskonzepts "Plenardidaktik" für Dozenten in Vorlesungen. *GMS Journal for Medical Education*, 27(3), 1–11.
- Hofer, M., Pieper, M., Sadlo, M., Reipen, J., & Heussen, N. (2008). Leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM) in der Medizinischen Lehre. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 133(31/32), 1615-1620.
- Hoh, R., & Barz, H. (2018). Weiterbildung und Gesundheit. In *Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung* (pp. 1027-1048). Springer VS, Wiesbaden.
- Holton, E. H. (2005). Holton's Evaluation Model: New Evidence and Construct Elaborations. *Advances in Developing Human Resources*, 7(1), 37-54.
- Holzcamp, K. (1995). *Lernen: Subjektwissenschaftliche Grundlegung*. Campus-Verlag.
- Hopf, C. (2008). Qualitative Interviews- ein Überblick. In U. Flick, E. V. Kardorff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: ein Handbuch* (6. Aufl., S. 349-360). Reinbek bei Hamburg: Rowolt-Taschenbuch-Verlag.
- Hutchins, H. M., Nimon, K., Bates, R., & Holton, E. (2013). Can the LTSI predict transfer performance? Testing intent to transfer as a proximal transfer of training outcome. *International Journal of Selection and Assessment*, 21(3), 251-263.
- Huwendiek, S., Dern, P., Hahn, E. G., Padiaditakis, D., Tönshoff, B., & Nikendei, C. (2008). Qualifizierungsbedarf, Expertise und Rahmenbedingungen engagierter Lehrender in der Medizin in Deutschland. *Zeitschrift fuer Evidenz, Fortbildung und Qualitaet im Gesundheitswesen*, 102(10), 613-617.

- Illeris, K. (2010). *Lernen verstehen : Bedingungen erfolgreichen Lernens* . Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Iseringhausen, O., & Staender, J. (2012). Das Krankenhaus als Organisation. In *Handbuch Organisationstypen* (pp. 185-203). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Judd, C. H. (1908). The relation of special training and general intelligence. *Educational review*, 36, 28-42.
- Kade, J. (1996). *Lebenslanges Lernen. Mögliche Bildungswelten. Erwachsenenbildung, Biographie und Alltag*. Opladen: Leske + Budrich.
- Kade, J. (2005). Erziehungswissenschaftliche Bildungsforschung im Spannungsfeld von Biographie, Karriere und Lebenslauf. *Bildungsforschung*, 2(2), 1-10. Abgerufen von <https://core.ac.uk/download/pdf/33981679.pdf>
- Kade, J. (2012). Bildungstheorie und Bildungsforschung. In B. Schäffer, & O. Dörner (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Erwachsenen- und Weiterbildungsforschung* (S. 37-49). Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich.
- Käpplinger, B. (2016). Theorien und Theoreme der betrieblichen Weiterbildung. In *Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung* (pp. 1-17). Springer VS, Wiesbaden.
- Karg, U. (2006). Betriebliche Weiterbildung und Lerntransfer: Einflussfaktoren auf den Lerntransfer im organisationalen Kontext. Bertelsmann.
- Kauffeld, S., Bates, R., Holton III, E. F., & Müller, A. C. (2008). Das deutsche Lerntransfer-System-Inventar (GLTSI): psychometrische Überprüfung der deutschsprachigen Version. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 7(2), 50-69.
- Kil, M. (2002). Organisationsveränderungen in Weiterbildungseinrichtungen. Empirische Analysen und Ansatzpunkte für Entwicklung und Forschung. Abgerufen von: <http://www.die-bonn.de/id/485>
- Kirkpatrick, D. L., & Kirkpatrick, J. D. (2006). Evaluating training programs (ed.). *San Francisco: TATAMcgraw Hill*. ix-3.
- Klante, S. (2019). Feedback. Feedbackarbeit als Instrument der Entwicklung . Abgerufen von [www.die-bonn.de/doks/2019-feedbackarbeit-01.pdf](http://www.die-bonn.de/doks/2019-feedbackarbeit-01.pdf)
- Klauer, K. J. (2011). *Transfer des Lernens: Warum wir oft mehr lernen als gelehrt wird*. Kohlhammer Verlag.
- Klinke, S. (2018). Arztwerdung und Leistungserbringung im ordnungspolitischen Wandel. In *Ärztliche Tätigkeit im 21. Jahrhundert-Profession oder Dienstleistung* (pp. 3-18). Springer, Berlin, Heidelberg.
- König, S., & Adili, F. (2019). Teachable Moments–Spontane Unterrichtsgelegenheiten im klinischen Alltag. *Gefäßchirurgie*, 24(8), 594-597.
- Kollewe, T., Ochsendorf, F., & Sennekamp, M. (2018b). Lernpsychologische Grundlagen. In *Medizindidaktik* (pp. 1-18). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Kollewe, T., Sennekamp, M., & Ochsendorf, F. (2018a). *Medizindidaktik*. Springer Berlin Heidelberg.
- Kompetenzzentrum für Hochschuldidaktik in Medizin Baden-Württemberg. (o. D.). *MedizinDidaktikNetz Deutschland*. medidaktik.de. Abgerufen von <https://www.medidaktik.de/index.php?id=109&L=752&font=0&contrast=0>
- Kontoghiorghes, C. (2002). Predicting motivation to learn and motivation to transfer learning back to the job in a service organization: A new systemic model for training effectiveness. *Performance Improvement Quarterly*, 15(3), 114-129.

- Kotsis, S. V., & Chung, K. C. (2013). Application of see one, do one, teach one concept in surgical training. *Plastic and reconstructive surgery*, 131(5), 1194.
- Krapp, A. & Weidenmann, B. (2006). Entwicklungsförderliche Gestaltung von Lernprozessen - Beiträge der Pädagogischen Psychologie. *Personalentwicklung in Organisationen*, S. 84-107.
- Krause, U.-M. & Stark, R. (2010). Motivation. In: Arnold, R., Nolda, S. & Nuisl, E. (Hgs.). (2010). *Wörterbuch Erwachsenenbildung*. Julius Klinghardt. Bad Heilbrunn. 215-216
- Krüger, H. H. (2006). Entwicklungslinien, Forschungsfelder und Perspektiven der erziehungswissenschaftlichen Biographieforschung. In H. H. Krüger, & W. Marotzki (Hrsg.), *Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung* (2. Aufl., S. 13-34). Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Krüger, H. H., & Marotzki, W. (2006). Biographieforschung und Erziehungswissenschaft-Einleitende Anmerkungen. In *Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung* (pp. 7-9). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung– Ein integrativer Ansatz*. Weinheim: Beltz. Juventa.
- Kuckartz, U. (2010). *Einführung in die computergestützte Auswertung qualitativer Daten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S., & Stefer, C. (2008). *Qualitative Evaluation. Ein Einstieg in die Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuhnigk, O., Schreiner, J., & Harendza, S. (2013). Sustained change in didactic skills-does teacher training last?. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 30(3).
- Kuper, H. (2015). IV Evaluation. In *Empirische Bildungsforschung* (pp. 141-153). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Lammerding-Köppel, M. (2007). Samen säen und Früchte ernten: Zum Mehrwert der Medizindidaktik. *GMS Journal for Medical Education*, 24(1), 1.
- Lammerding-Köppel, M., Fabry, G., Hofer, M., Ochsendorf, F., & Schirlo, C. (2006a). Hochschuldidaktische Qualifizierung in der Medizin: I. Bestandsaufnahme. *GMS Z Med Ausbildung*, 23(4).
- Lammerding-Köppel, M., Fabry, G., Hofer, M., Ochsendorf, F., & Schirlo, C. (2006b). Hochschuldidaktische Qualifizierung in der Medizin: II. Anforderungsprofil der Qualifizierungsangebote. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 23(4).
- Lammerding-Köppel, M., Hofer, M., Ochsendorf, F., & Fabry, G. (2008). Ausbildungen in der medizinischen Lehre: Der Hochschullehrer: Möglichkeiten zur medizindidaktischen Qualifizierung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 102(10), 618-619.
- Lemke, S. G. (1995). *Transfermanagement*. Verlag f. Angewandte Psychologie.
- Lempert, W. (2006). Berufliche Sozialisation und berufliches Lernen. In *Handbuch der Berufsbildung* (pp. 413-420). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lochner, B. (2015). Feldzugang und Feldrolle als praktisches Problem. Forschung als Herausforderung : methodologische Ansprüche und Praxis in erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Projekten. In Krüger, H. H., Sünker, H., & Thole, W. (Hrsg.) *Forschung als Herausforderung: Methodologische Ansprüche und Praxis in erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Projekten*. Opladen Verlag Barbara Budrich. 131-142

- Ludwig, J. (1999). Subjektperspektiven in neueren Lernbegriffen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 45(5), 667-682.
- Ludwig, J. (2001). Die Kategorie ‚subjektive Lernbegründung‘ als Beitrag zur empirischen Differenzierung der Vermittlungs- und Lernerperspektive mit Blick auf das Forschungsmemorandum für die Erwachsenen- und Weiterbildung.
- Mager R. F. (1973). Lernziele und Unterricht. Beltz Verlag.
- Maier-Gutheil, C. (2015). Lern- und Bildungsprozesse im Lebenslauf – Befunde empirischer Forschung und Perspektiven der Theorieentwicklung. *Zeitschrift für Weiterbildungsforschung - Report*, 38 (1), 7-22.
- Marienhagen, J. (2012). Lehren und Lernen in der Medizin: Versuch einer Standortbestimmung der Medizindidaktik als Wissenschaft. *Aus- und Weiterbildung in der klinischen Medizin: Didaktik und Ausbildungskonzepte*, 19-31. Schattauer Verlag.
- Marotzki, W. (1990). *Entwurf einer strukturalen Bildungstheorie : biographietheoretische Auslegung von Bildungsprozessen in hochkomplexen Gesellschaften*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Marotzki, W. (1999). Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung. Methodologie - Tradition - Programmatik. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 2(3), 325-341.
- Marotzki, W. (2006). Bildungstheorie und Allgemeine Biographieforschung. In H. H. Krüger, & W. Marotzki (Hrsg.), *Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung* (2. Aufl., S. 59-70). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Marotzki, W., Nohl, A. M., & Ortlepp, W. (2006). *Einführung in die Erziehungswissenschaft* (2. Aufl.). Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich.
- Martin, H. J. (2010). Workplace Climate and Peer Support and Determinants of Training Transfer. *Wiley InterScience Human Resource Development Quarterly*, 21(1), 87-104.
- Mayring, P. (1999). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Beltz.
- Mayring, P. (2000). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim.
- Meier, R. (2005). *Praxis Weiterbildung: Personalentwicklung, Bedarfsanalyse, Seminarplanung, Seminarbetreuung, Transfersicherung, Qualitätssicherung, Bildungsmarketing, Bildungscontrolling; mit CD-ROM*. GABAL Verlag GmbH.
- Merkens, H. (2008). Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In U. Flick, E. V. Kardorff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: ein Handbuch* (6. Aufl., S. 286-299). Reinbek bei Hamburg: Rowolt-Taschenbuch-Verlag.
- Meister, D. M. (2004). Trends bei Erwartungen und Ansprüchen an Weiterbildung im Kontext gewandelter Arbeitsverhältnisse. *Report: Zeitschrift für Weiterbildungsforschung*, 27(1), 89-95.
- Meißner, A. (2012). Lerntransfer in der betrieblichen Weiterbildung. *Personal, Organisation und Arbeitsbeziehungen (Bd. 53)*. Lohmar: Josef Eul.
- Mey, G., & Mruck, K. (2011). Qualitative Interviews. In G. Naderer, & E. Balzer (Hrsg.), *Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis* (S. 257-288). Wiesbaden: Gabler-Verlag. Springer Fachmedien.
- Mikula, R. (2009). Lernen in der Erwachsenenbildung: theoretische Perspektiven und Einblicke in die Forschungslandschaft. *MAGAZIN erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs*, 2009 (7/8).

- Mruck, K., & Breuer, F. (2003). Subjektivität und Selbstreflexivität im qualitativen Forschungsprozess – Die FQS-Schwerpunktausgaben. In *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* (Vol. 4, No. 2).
- Mutzeck, W. (2005). Von der Absicht zum Handeln – Möglichkeiten des Transfers von Fortbildung und Beratung in den Berufsalltag. *Vom Wissen zum Handeln. Ansätze zur Überwindung der Theorie-Praxis-Kluft in Schule und Erwachsenenbildung*. Tübingen: Ingeborg Huber Verlag. S, 79-97.
- Necknig, U., Buchner, A., Leyh, H., Pycha, A., Borowitz, R., Eder, E., ... & Sterz, J. (2021). Practical skills training: How suitable is Peyton's four-step approach for residents in urology?. *Der Urologe. Ausg. A*. Apr;60(4):475-483. DOI: 10.1007/s00120-020-01390-8. PMID: 33201297.
- Niethammer, D. (2004). Empfehlungen zu forschungs-und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin. *Berlin: Wissenschaftsrat*.
- Nittel, D. (2000). Von der Mission zur Profession. *Stand und Perspektiven der Verberuflichung in der Erwachsenenbildung*. Bielefeld.
- Nittel, D. (2018). Professionalisierung der Erwachsenenbildung: Die Grenzen eines ambitionierten Projekts. In *Das Personal in der Weiterbildung* (pp. 21-55). Springer VS, Wiesbaden.
- Noe, R. A. (1986). Trainees' attributes and attitudes: Neglected influences on training effectiveness. *Academy of management review*, 11(4), 736-749.
- Noe, R. A., & Schmitt, N. (1986). The influence of trainee attitudes on training effectiveness: Test of a model. *Personnel psychology*, 39(3), 497-523.
- Nohl, A. M., Von Rosenberg, F., & Thomsen, S. (2015). *Bildung und Lernen im biographischen Kontext. Empirische Typisierungen und praxeologische Reflexionen*. Wiesbaden: Springer.
- Nuissl, E. (2013). *Evaluation in der Erwachsenenbildung*. W. Bertelsmann Verlag.
- Ochsendorf, F., Kollwe, T., & Sennekamp, M. (2018a). Rahmenbedingungen von Lehre. In *Medizindidaktik* (pp. 37-44). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Ochsendorf, F., Sennekamp, M., & Kollwe, T. (2018b). Lehrformen. In *Medizindidaktik* (pp. 45-75). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Öchsner, U.W., & Reiber, K. (2010). Synergie-Effekte und wechselseitige Ergänzung von Hochschuldidaktik und Medizindidaktik. *Zeitschrift für Hochschulentwicklung ZFHE Jg*, 5(3).
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative evaluation and research methods*. Inc.: SAGE Publications.
- Pawlowsky, P., & Bäumer, J. (1996). Betriebliche Weiterbildung. *Management von Qualifikation und Wissen*. München: Beck.
- Petermandl, M. (2009). Optimale Voraussetzungen für den Lerntransfer in berufsbegleitenden Studien. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 4(2), 1-9.
- Peyton, J. R. (Ed.). (1998). *Teaching & learning in medical practice*. Manticore Europe Limited.
- Pfaff, H. (1997). Das lernende Krankenhaus. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 5(4), 323-342.
- Pfeifer, H. (2006). Welchen Nutzen hat Weiterbildung für Individuen – in Deutschland und in anderen europäischen und nicht-europäischen Ländern. *Bundesinstitut für Berufsbildung – BIBB (Hrsg.), Kosten, Nutzen, Finanzierung beruflicher Weiterbildung. Ergebnisse der BIBB-Fachtagung vom 2. – 3. Juni 2005 in Bonn*, 232-257.
- Pflichter, F. (2014). Lehren können ist ein Naturtalent. In *Hochschuldidaktische Weiterbildung an Fachhochschulen* (pp. 69-83). Springer VS, Wiesbaden.



- Pffor, K. & Schröder, J. (2015). Warum Panelstudien. Mannheim, GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines). DOI: 10.15465/gesis-sg\_008
- Piezzi, D. (2002). *Transferförderung in der betrieblichen Weiterbildung: die Bedeutung der Arbeitsumgebung und der Integration der Weiterbildung in die Unternehmensführung* (Vol. 21). Eusl-Verlagsgesellschaft.
- Prange, K. (2011). Didaktik und Methodik. In J. Kade, W. Helsper, C. Lüders, B. Egloff, F. O. Radtke, & W. Thole (Hrsg.), *Pädagogisches Wissen. Erziehungswissenschaft in Grundbegriffen*. (S. 183-190). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Quante, M. (2009). Therapieren oder Optimieren? Herausforderungen des ärztlichen. In *Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert* (pp. 171-179). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Rank, B., & Thiemann, T. (1998). Maßnahmen zur Sicherung des Praxistransfers. *Sicherung des Praxistransfers im Führungskräfte-Training*, 31-77.
- Rank, B., & Wakenhut, R. (1998). Ein Bedingungsmodell des Praxistransfers. *B. Rank u. R. Wakenhut (Hrsg.), Sicherung des Praxistransfers im Führungskräfte-Training* (S. 11-29). Mering: Hampf.
- Reich-Claassen, J., & Hippel, A. V. (2018). Programm- und Angebotsplanung in der Erwachsenenbildung. In *Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung* (pp. 1403-1423). Springer VS, Wiesbaden.
- Reimann, S. (2012). *Die medizinische Sozialisation: Rekonstruktion zur Entwicklung eines ärztlichen Habitus*. Springer-Verlag.
- Reischmann, J. (2006). Weiterbildungs-Evaluation. Lernerfolge messbar machen. *Neuwied/Kriftel (Luchterhand)*.
- Rowold, J. (2007). The impact of personality on training-related aspects of motivation: Test of a longitudinal model. *Human Resource Development Quarterly*, 18(1), 9-31.
- Ruf, U., Hofer, R., Keller, S., Winter, F. (2008). Didaktik und Unterricht. In: Faulstich-Wieland, H., & Faulstich, P. (2008). *Erziehungswissenschaft. Ein Grundkurs*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. 130-156
- Salmhofer, G. (2016). „Karriere mit Lehre?“. Der Stellenwert der Lehre im Berufungsverfahren an der Universität Graz. In *Teaching Skills Assessments* (pp. 167-184). Springer VS, Wiesbaden.
- Sandmeier, A., Hanke, U., & Gubler, M. (2018). Die Bedeutung der Gestaltung des Lernfelds und des Funktionsfelds für den subjektiven Erfolg betrieblicher Weiterbildung. *Zeitschrift für Weiterbildung*, 2018(41), 41-55.
- Santos, A., & Stuart, M. (2003). Employee perceptions and their influence on training effectiveness. *Human resource management journal*, 13(1), 27-45.
- Schiekirka-Schwake, S. N. (2019). *Lehrqualität in der universitären Medizin: Hinderliche und förderliche Faktoren guter Lehre aus Sicht der Lehrenden und Darstellung der Implementierung eines innovativen Evaluationskonzepts* (Doctoral dissertation, Georg-August-Universität Göttingen).
- Schmal, J. (2017). Unterrichten und Präsentieren in Gesundheitsfachberufen. In .: Springer Verlag. Berlin, Heidelberg.
- Schmidt, C. (2010). Analyse von Leitfadentexten. In U. Flick, E. V. Kardorff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. (7. Aufl., S. 447-456). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag.

- Schmidt-Hertha, B. (2014). AdressatInnen und Teilnahme. In Dinkelaker, J., & Von Hippel, A. (Hrsg.). *Erwachsenenbildung in Grundbegriffen*. Kohlhammer Verlag. S.25-84
- Schmidt-Hertha, B., & Tippelt, R. (2015). VII-8 Weiterbildungsforschung. In *Empirische Bildungsforschung* (pp. 179-191). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schrader, J. (2018). *Lehren und Lernen in der Erwachsenen- und Weiterbildung*. Wbv. Bielefeld.
- Schreier, M. (2010). Fallauswahl. In G. Mey, & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 238-251). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schüßler, I. (2007). *Nachhaltigkeit in der Weiterbildung: theoretische und empirische Analysen zum nachhaltigen Lernen von Erwachsenen*. Schneider-Verlag Hohengehren.
- Schüßler, I. (2012a). Konstruktivistische Grundlagen qualitativer Erwachsenenbildungsforschung. In B. Schäffer, & O. Dörner (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Erwachsenen- und Weiterbildungsforschung* (S. 75-88). Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich.
- Schüßler, I. (2012b). Zur (Un-) Möglichkeit einer Wirkungsforschung in der Erwachsenenbildung. Kritische Analysen und empirische Befunde. *REPORT 35* (3), 53-65.
- Schüßler, I., & Thurnes, C. M. (2005). *Lernkulturen in der Weiterbildung. Studentexte für Erwachsenenbildung*. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, 13(3), 283-293.
- Schütze, F. (2009). Die Berücksichtigung der elementaren Dimensionen biografischer Arbeit in der Schule der Zukunft. In D. Bosse, & P. Posch (Hrsg.), *Schule 2020 aus Expertensicht. Zur Zukunft von Schule, Unterricht und Lehrerbildung* (S. 359-364). Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Schulze, T. (2006). Biographieforschung in der Erziehungswissenschaft - Gegenstandsbereich und Bedeutung. In H. H. Krüger, & W. Marotzki (Hrsg.), *Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung* (2. Aufl., S. 35-58). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Seabrook, M. A. (2003). Medical teachers' concerns about the clinical teaching context. *Medical education*, 37(3), 213-222.
- Seidel, J. (2012). Transfer in der betrieblichen Weiterbildung – Entwicklung eines Messmodells zur Erfassung des Transfererfolges. In K. Beck, K. Breuner, & O. Zlatkin-Troitschanskaia (Eds.), *Fachbereich Rechts- und Wirtschaftswissenschaften. Reihe: Arbeitspapiere WP* (Vol. 63). Retrieved from [download.uni-mainz.de › fb03-wipaed › Arbeitspapier 63 Jana Seidel](http://download.uni-mainz.de/fb03-wipaed/Arbeitspapier_63_Jana_Seidel)
- Siebert, H. (1996). Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung. *Didaktik aus konstruktivistischer Sicht*, 4. Auflage
- Siebert, H. (1998). *Konstruktivismus : Konsequenzen für Bildungsmanagement und Seminargestaltung*. Tübingen: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE).
- Siebert, H. (2004). Lernen zu handeln – systemisch-konstruktivistische Anmerkungen. In: Bender, W./Groß, M./Hegmeier, H. (Hrsg.): Lernen und Handeln. Zum Verhältnis von Wissensaneignung, Kompetenzerwerb und Anwendung von Lernergebnissen. Schwalbach/Ts.S.69-75
- Siebert, H. (2006). *Lernmotivation und Bildungsbeteiligung* (p. 164). W. Bertelsmann Verlag.
- Siebert, H. (2010b). *Methoden für die Bildungsarbeit: Leitfaden für aktivierendes Lehren*. wbv.
- Siebert, H. (2010a). Lernen. In R. Arnold, S. Nolda, & E. Nuissl (Hrsg.), *Wörterbuch Erwachsenenbildung* (S. 1–3). Abgerufen von <http://www.utb.de/wb-eb/>

- Siebert, H. (2012). *Lernen und Bildung Erwachsener* (2. Aufl.). Bielefeld: Bertelsmann, W.
- Sonntag, U., Peters, H., Schnabel, K., & Breckwoldt, J. (2017). 10 Jahre Basistraining Lehre für Einsteiger in die Hochschullehre an der Charité. *GMS Journal for Medical Education*, 34(4).
- Steffen, A. (2001). *Universitätskrankenhäuser in reformierten Gesundheitswesen. Multifunktionale Organisation im Spannungsfeld von Krankenversorgung, Medizinforschung und Lehre*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Steiner, P. H. (2018). *Soziale Welten der Erwachsenenbildung: Eine professionstheoretische Verortung* (p. 264). transcript Verlag.
- Steinke, I (2012). Gütekriterien qualitativer Forschung. In *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch.319-331.
- Stieger, P., Adili, F., & König, S. (2019). Klinische Lehrexperthen in der Aus-und Weiterbildung. *Gefäßchirurgie*, 24(8), 598-603.
- Strunk, G. (2004). Verstehen - Urteilen - Handeln. Von der fortdauernden Bedeutung der allgemeinen Bildung Erwachsener. In W. Bender, M. Groß, & H. Heglmeier (Hrsg.), *Lernen und Handeln. Eine Grundfrage der Erwachsenenbildung* (S. 127-147). Schwalbach: Wochenschau Verlag.
- Tannenbaum, S. I./Yulk, G. (1992). Training and development in work organizations. In: *Annual Review of Psychology*, 43, H. 1, 399-441.
- Thiessen, N., Fichtner, A., & Breuer, G. (2018). Lernen im Vollzug: Der Erwerb praktischer Fertigkeiten. In *Simulation in der Medizin* (pp. 83-89). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Tietgens, H. (1986). *Erwachsenenbildung als Suchbewegung. Annäherungen an eine Wissenschaft von der Erwachsenenbildung*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Tietgens, H. (2010). Thesen zur „Einheit beruflicher und allgemeiner Bildung“ aus der Sicht der Erwachsenenbildung/Weiterbildung. In *Neue Lebenslaufregimes–neue Konzepte der Bildung Erwachsener?* (pp. 243-253). VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Tönhäuser, C. (2017). Wirksamkeit und Einflussfaktoren auf den Lerntransfer in der formalisierten betrieblich-beruflichen Weiterbildung – Eine qualitative Studie. *Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 32(1), 1-27. Abgerufen von [http://www.bwpat.de/ausgabe32/tonhaeuser\\_bwpat32.pdf](http://www.bwpat.de/ausgabe32/tonhaeuser_bwpat32.pdf)
- Tönhäuser, C., & Büker, L. (2016). Determinants of transfer of training: A comprehensive literature review. *International Journal for Research in Vocational Education and Training (IJRVET)*, 3(2), 127-165.
- Ulrich, I. (2016). *Gute Lehre in der Hochschule*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Vollmer, L. (2017). *Gleichstellung Als Profession?*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Vollmers, B. (1997). Learning by doing–Piagets konstruktivistische Lerntheorie und ihre Konsequenzen für die pädagogische Praxis. *International review of education*, 43(1), 73-85.
- Von Felden, H. (2008a). Lerntheorie und Biographieforschung: Zur Verbindung von theoretischen Ansätzen des Lernens und Methoden empirischer Rekonstruktion von Lernprozessen über die Lebenszeit. In H. V. Felden (Hrsg.), *Perspektiven erziehungswissenschaftlicher Biographieforschung* (S. 109-128). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Von Felden, H. (2008b). Zum Lernbegriff in biografiethoretischer Perspektive. In R. Egger, R. Mikula, S. Haring, A. Felbinger, & A. Pilch-Ortega (Hrsg.), *Orte des Lernens. Lernwelten und ihre biographische Aneignung* (S. 47-58). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Von Felden, H. (2008c). Einleitung. Traditionslinien, Konzepte und Stand der theoretischen und methodischen Diskussion in der erziehungswissenschaftlichen Biographieforschung. In H. V. Felden (Hrsg.), *Perspektiven erziehungswissenschaftlicher Biographieforschung* (S. 7-28). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- von Hippel, A. (2017). Theoretische Perspektiven auf Programmplanung in der Erwachsenenbildung. *Zeitschrift für Weiterbildungsforschung*, 40(2), 199-209.
- von Hippel, A., Tippelt, R., & Gebrande, J. (2018). Adressaten-, Teilnehmer- und Zielgruppenforschung in der Erwachsenenbildung. In *Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung* (pp. 1131-1147). Springer VS, Wiesbaden.
- von Hippel, A., Kulmus, C., & Stimm, M. (2019). *Didaktik der Erwachsenen- und Weiterbildung*. utb GmbH.
- Von Kardorff, E., & Schöneberger, C. (2010). Evaluationsforschung. In G. Mey, & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 367-381). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Vroom, V. (1964). *Work and motivation*. New York: John Wiley.
- Walter, M. & Müller, N. (2012). Nutzen beruflicher Weiterbildung. Was Beschäftigte erwarten und was sie zur Teilnahme motiviert. Abgerufen am 14.06.2022 <https://www.bwp-zeitschrift.de/de/bwp.php/de/bwp/show/6818>
- Wb-web. Methodik in der Erwachsenenbildung. (o. D.). wb-web. Abgerufen von <https://wb-web.de/wissen/lehren-lernen/methodik-in-der-erwachsenenbildung.html>
- Weinbauer-Heidel, I. (2016). *Transferförderung in der betrieblichen Weiterbildungspraxis: Warum transferfördernde Maßnahmen (nicht) implementiert werden*. Springer-Verlag.
- Weinert, F. E. (2001). Vergleichende Leistungsmessung in Schulen – eine umstrittene Selbstverständlichkeit, Leistungsmessungen in Schulen, Weinert, FE.
- Weisweiler, S. (2008). *Der Einfluss von Individuum, Trainingsmaßnahme und Umfeld: eine Untersuchung zum Transferprozess in der Weiterbildung*.
- Welzel, J., Breuer, G., Geilen, C. C., Raap, U., Schley, G., Schultz, E., ... & Zouboulis, C. C. (2021). Wie wird man Uniklinikum? Neue Wege des Medizinstudiums in Deutschland. *Aktuelle Dermatologie*, 47(01/02), 27-34.
- Wilkesmann, U. (2017b). Methoden und Daten zur Erforschung spezieller Organisationen: Hochschulen. In *Handbuch Empirische Organisationsforschung* (pp. 565-588). Springer Gabler, Wiesbaden.
- Wilkesmann, M. (2017a). Methoden und Daten zur Erforschung spezieller Organisationen: Krankenhäuser. In *Handbuch Empirische Organisationsforschung* (pp. 609-630). Springer Gabler, Wiesbaden
- Wissenschaftsrat. (2004). *Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin*. Abgerufen von [https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/allgemein\\_uni\\_med.pdf](https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/allgemein_uni_med.pdf)
- Wißhak, S. (2022). Transfer in der berufsbezogenen Weiterbildung: Systematisches Literaturreview und Synthese mit Blick auf die Handlungsmöglichkeiten der Lehrenden. *Zeitschrift für Weiterbildungsforschung*, 1-20.
- Wittpoth, J. (2013). *Einführung in die Erwachsenenbildung* (Vol. 8244). UTB.
- Witzel, A. (2010). Längsschnittdesign. In G. Mey, & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 290-303). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Woodworth, R. S., & Thorndike, E. L. (1901). The influence of improvement in one mental function upon the efficiency of other functions.(I). *Psychological review*, 8(3), 247.

Wright, S., Wong, A., & Newill, C. (1997). The impact of role models on medical students. *Journal of General Internal Medicine*, 12(1), 53-56.

## Danksagung

Ein besonderer Dank gilt Frau Professorin Egetenmeyer für ihre intensive, konstruktive und wertschätzende Unterstützung während meiner Promotionszeit. Frau Professorin Grafe danke ich für die Übernahme der Zweitbetreuung und Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit. Des Weiteren gilt ein großer Dank allen Interviewpartner\*innen, die an dieser Studie teilgenommen haben und somit diese Arbeit ermöglicht haben. Darüber hinaus danke ich meinen Mitdoktorand\*innen für den kollegialen Austausch. Dieser hat meine Sichtweise auf viele Aspekte dieser Arbeit verbessert. Zuletzt möchte ich meiner Familie danken, die mich auf meinem Weg begleitet hat und eine große Unterstützung war. Der größte Dank gilt dabei meinem Mann und unserem Sohn. Danke für das Verständnis und die Freiräume zur Fertigstellung dieser Arbeit. Ihr musstet oft auf mich verzichten und habt mir die Endphase dieser Arbeit so angenehm wie möglich gestaltet. Malte, danke für deine bedingungslose Unterstützung! Ohne euch würde es diese Version der Dissertation nicht geben.