

(Self-)Reflexion and training of professional skills in the context of “being a doctor” in the future – a qualitative analysis of medical students' experience in LET ME ... keep you real!

Abstract

Objective: This paper seeks to assess how medical students can be trained in medical studies seminars to examine their own professional role as doctors. The *LET ME ... keep you real!* university seminar was developed and conducted at the Technical University of Munich. In this context, the following questions will be addressed: How can we assess the contribution of a university seminar to a medical student's own examination of being a doctor? And: What skills are developed in *LET ME ... keep you real!* that foster medical students' (self-)reflexion?

Methods: The source data is statements made by medical students who took part in the *LET ME ... keep your real!* seminar from 2016-2018. Student perspectives were analyzed after five focus group discussions with a total of 26 medical student participants and two individual interviews. Based on the interpretative paradigm and following the credo of a methodological exploration of medical students' lifeworld, their specific learning experience as well as their ability for (self-)reflexion were mapped out.

Results: The research questions guiding the assessment of the seminar can be answered as follows: From the students' perspective, the (self-)reflexion triggered and organized by *LET ME ... keep you real!* can be seen as rehearsing a meta-view. From the students' standpoint, five skills can be identified that make this behavior possible:

1. questioning and doubting,
2. recognizing relevant perspectives,
3. classifying viewpoints,
4. maintaining communal exchanges and
5. deciding on a (different) position.

Situatively, these skills are often used in combination and challenge students on an intellectual, communicative and emotional level.

Conclusion: The ability to (self-)reflect should be more strongly integrated in university medical training by providing appropriate support, especially since it presents students with specific challenges to (self-)reflexively approach their own future as doctors. The skills mapped out here can be used as orientation to develop seminars on professional (self-)reflexive identity development for medical students.

Keywords: socialization, social identification, self concept, self reflexion, professional role, medical humanities, narrative medicine, professional competence, evaluating methods, teaching methods

Laura Scheide¹

Daniel Teufel¹

Marjo Wijnen-Meijer¹

Pascal O. Berberat¹

1 TUM Medical Education
Center, München, Germany

Introduction: dealing with being a doctor

Reflecting on what it means to be a doctor is a desirable part of medical training. This includes coping with the basic roles of a doctor, as defined by the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (CanMEDS) [1],

and learning the medical skills highlighted in the *Nationaler kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin* (NKLM, National Competency-based Learning Objectives Checklist for Medicine) [2]. These are very helpful in coming to terms with the high demands placed on medical professionals. In this context, in addition to addressing the many health, ethic-

al, professional, social and interactional challenges responsibly, personal self-knowledge, self-criticism and self-development and, above all, self-reflexion are explicitly identified in the NKLM as key to competent professional conduct [<http://www.nklm.de>]. Schön has already established and investigated the necessity of reflexive practice for professional practitioners [2]. Reflexion may thus be considered a valuable part of everyday medical practice. The attempt to examine one's being a doctor can be undertaken during medical studies, at least in order to mentally prepare oneself for the medical role that will be assumed later. This is where the concrete situations in which experiences, thoughts and feelings in the exploration of what it means to be a doctor should be brought into focus as facilitative of the learning process of reflexion for future physicians. This becomes possible if moments of reflexion are considered as part of a professional doctor's identity formation. Cruess et al. describe professional identity development as a social internalization process that begins during medical studies and should also be supported by teaching: "Understanding that students acquire their identity by playing a role over time until the details of that role become internalized can guide the nature of training interventions" [3]. Numerous studies have already emphasized the importance of reflexive practices and call for greater incorporation of reflexion in medical education. Uygur et al. have assimilated these studies and offer an overview of effective teaching methods for developing doctor's reflexive skills. One finding of their review is that guidelines for reflexive writing tasks, as well as supportive feedback on written output, are effective methods of choice for teaching reflexion because they provide the clearest measurable evidence for it. However, they also concede that a consistent definition of the process of reflexion is lacking [4]. Even beyond the discourses on evidence and measurement of learning outcomes, the reflexive individual with their affective states, attitudes and developmental potential is already recognized in the medical training literature as a subject of investigation. Here, however, reference is also made to different epistemological approaches and the dominating effect of a focus on evaluation and evidence, which standardizes the discourse on medical training [5]. In a recently published study, two overarching themes are identified as important for medical students in dealing with their own professional identity: The reflexion on one's own social status (being) and reflexion on one's target status (becoming). The results of this study also clearly show that both self-observations (me-to-me reflexions) and observations of socio-cultural contexts (me-to-them reflexions), in which medical students develop a professional identity, are of major importance [6]. It is thus evident that reflexion can be understood and investigated in different ways depending on the epistemological discourse. Our article takes up the issue of possible medical-training support for medical students in connection with these diverse possibilities for reflexion within the framework of a university seminar.

The *LET ME ... keep you real!* seminar, offered for the first time in 2016 at the Faculty of Medicine at the Technical University of Munich (TUM), invokes professional subjectivity in examining one's being a doctor [7], [8]. With regard to the evaluation of the learning content and the formation of medical training theory, this article answers two questions: How can we assess the contribution of a university seminar to a medical student's own examination of being a doctor? And: What skills are developed in *LET ME ... keep you real!* that foster medical students' (self-)reflexion?

Methods

The explicit topic of this article and the focus group discussions, which serve as the primary source of data, were part of ethnographic and evaluative research accompanying the LET ME program. This was in line with the interpretive paradigm and emphasized the subjective nature of understanding human experience and reality construction to determine the usefulness of the training content [9]. At that point, our research project was principally concerned with understanding the effects of a seminar such as *LET ME ... keep you real!* from the perspective of the students' lifeworld. In our view, this was best achieved initially by means of the methodological exploration since this could be followed without theoretical constraints on the relevance of the participants in a field [10]. In practice, this meant simply collecting the opinions of medical student participants in the seminar. This also entailed listening to their learning experiences in their examination of their being a doctor and taking them seriously in their diversity. Designed as accompanying research, the procedure followed the style of qualitative evaluation research according to the principle of "responsiveness", i.e., research and development did not act independently of each other, but were understood to be communicatively interdependent [11]. Our findings were thus formulated with regard to medical training considerations and the scientific study also reflected their medical training effects. 32 criteria for reporting qualitative studies, in the form of the consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ), were used to classify and present the research findings for this article [12].

Medical training context and thematic focus

LET ME ... keep you real! is one of the offers on the LET ME program, which also includes sessions that focus on other aspects of being a doctor, along with a reading circle. One of the basic ideas of the LET ME program (short for *Lettered Medicine/Lettered Medical Education*) is that the subjective dimension of both patients and practitioners plays a decisive role in view of the professional and personal challenges of everyday clinical activities [13]. The courses on the LET ME program are based on theoretical approaches drawn from the medical-training currents in *Professional Identity Formation* [14],

Critical Medical Humanities [15] and Narrative Medicine [16]. Against this background, *LET ME ... keep you real!*, as the two-part pilot project of LET ME, was successfully implemented for the first time in the winter semester of 2016/17 and repeated in the following semesters, in some cases slightly revised. In two units of four hours each, the two central methods in *Narrative Medicine* – *close reading* and *reflexive writing* – were deployed [16]. In concrete terms, close reading means that both literary texts and film excerpts were closely studied and discussed collectively. In the subsequent *reflective writing*, the students were then given writing tasks tailored to their individual needs to allow them to formulate their own positions on the topics of the text and film excerpts. They could then read them aloud to each other and discuss them together. In addition, it was also part of the overall design to keep both units open-ended in terms of expected outcomes, so that thematic divergences and digressions sometimes lasting several minutes could occur and be discussed as a group. Both seminars were led by a humanities moderator and a medical expert. With regard to the teaching roles, the aim was to engage the students on an equal footing and thus explicitly limit the role of the instructors to a minimum. Instead, the opinions of the students as well as the opinions of the moderator and the medical expert were regarded as equally important. The *LET ME ... keep you real!* seminar was initially offered to the students as an elective course in addition to the current curriculum. In principle, it was open to all students, regardless of which stage of their studies they were in, although participation was limited to 8-13 participants. From 2016-2018, a total of 54 medical students participated in *LET ME ... keep you real!*

Reflexivity of the researchers

The research process was designed by a sociologist (LS), who carried out the data collection, analysed the material, and developed the relevant research questions. This was done in constant discussion with the developer of the seminar format (DT, cultural scientist, M.A.), the doctor or medical educator (POB, Prof. Dr. med.) involved in the development and implementation, student assistants and the teaching research group for medicine at TUM. The researcher had spent approximately one year working on the conception and implementation of qualitative evaluation research [9], [11] in various fields of teaching in medicine at the TUM and finally developed the research project within the framework of the LET ME program based on this experience. There were no conflicts of interest in her role as a researching sociologist and government employee in relation to the medical students of the TUM. The LET ME seminars were not graded. Nor, therefore, was the sociologist indirectly involved in grading processes.

Participants in the focus groups

The source data for this work was mainly provided by focus group discussions, which were the third phase of the *LET ME ... keep you real!* seminar. In the first phase of the seminar, the participants were informed that focus groups would take place. For each *LET ME ... keep you real!* session, there were 1-2 focus groups of three to six people each, depending on the number of participants. Five focus groups with a total of 26 medical students and one interviewer each were organized for the period 2016-18. The length of the focus group discussions ranged from 1 h 30 min to 2 h 10 min. The youngest TUM participant in one of the focus groups was born in 1997, the oldest in 1980. At the time of the seminar, the participant with the least experience of medical studies by semesters was in the 5th semester, the one with the most in the 13th semester. One seminar unit did not produce a focus group because the students were not willing to participate. Instead, two individual interviews of 1 h 25 min and 1 h 17 min were conducted. Participation in the focus groups was voluntary.

Data collection

The first focus group met half a year after the first *LET ME ... keep you real!* seminar. This allowed first conclusions to be drawn about the impact of the seminar. On the one hand, we continued to choose the focus group method of data collection, but this time one week after the seminar as it gave us the opportunity to gain insight into the thoughts and feelings of the students with regard to the behaviors encountered in the seminar. In addition, the questions were intended to encourage the students to explicate background knowledge that was taken for granted. On the other hand, we hoped that the group size of three to six people would also encourage quieter seminar members, whose perspective had been somewhat neglected in the seminar, to join in the discussion. One week after the seminar, we had the impression that the students were still able to report in great detail about their experiences in the seminar. Last but not least, the focus groups were also perceived by the participating students as a useful supplement to the examination of their being a doctor and as a further opportunity for exchange. The researcher was the moderator here, but the doctor and the developer of the seminar were not present. The participants were assured that the opinions expressed would only be passed on in anonymized form to the developers and leaders of the program. Each focus group was initiated by a prompt from the interviewer, in order to focus not only on the *LET ME ... keep you real!* seminar but also and above all on experiences that occurred outside the seminar. The opening question in the guided discussion was:

Have you ever thought about what it means to be a doctor?

(Then addressing the individual participants:) Tell me about a concrete situation in which something related to this crossed your mind...

Once the students had started to talk about their general experiences in dealing with their being a doctor, the connection to the seminar was established:

What effect has the seminar had on you?

This introduction was supplemented by in-depth questions to gather reflexive statements and deeper insights into the topic under investigation [17]. The students were thus instructed to describe and evaluate the *LET ME ... keep you real!* seminar, to articulate its perceived learning effects, and to discuss their opinions about the seminar. Transcripts were prepared on the basis of audio recordings, which served as source data.

Data analysis

The formulation of the issue was specified step by step from the data material. The initial general research question was: How does one develop an understanding of being a doctor? And: How does one instigate this understanding? After a first overview of the relevant material in accordance with this general question, points relevant to medical training were selected. Furthermore, the relevant parts of the transcripts were open-coded by the researcher using MAXQDA 12 (VERBI GmbH, Berlin, Germany) software. This involves selecting, sorting, comparing and relating different units of meaning from the material according to our general research question by the same or different designations in order to abstract an analytical added value [10], [18]. The findings related to the research question in this paper were primarily developed using in vivo coding [19]. This means that care was taken to remain as close as possible to the formulations chosen by students. Subsequently, those passages were explored in greater depth in which the behavior that would be specifically cultivated by a seminar such as *LET ME ... keep you real!* from the students' point of view was described (see the section: The contribution of the *LET ME ... keep you real!* seminar: Learning (self-)reflexion as a meta-view). From the nuanced descriptions and evaluations of numerous seminar situations, the various medical student abilities and their characteristics were abstracted whose combination seemed to produce the behavior triggered by the seminar context from the medical student's perspective. In addition, the student evaluations and suggestions for improvement with regard to the seminar were included and analyzed. This enabled us to determine how individual seminar elements could be beneficial or detrimental to the learning of one or more of the above-mentioned skills from a medical student's perspective (see the section: Training of student (self-)reflexive skills in *LET ME ... keep you real!*) With regard to the evaluation of the learning content and theory formation in teaching medicine, we have divided the general question into two parts: How can we assess the contribution of a university seminar to a medical student's own examination of being a doctor? And: What skills are

developed in *LET ME ... keep you real!* that foster medical students' (self-)reflexion? We quote examples of data from the focus groups FG1 to FG5 or from the individual interviews EI1 and EI2, which all took place in the period from May 5/24/2017 to 5/7/2018. In addition, Attachment 1 shows our codes and their grouping. This serves as an overview and supplement to the text. Figure 1 shows a target profile, which shows the codes in their grouping as different levels of (self-)reflexion and may serve as an aide memoire.

Ethics

The students were made aware of the fact that the research focus is on understanding their perspectives and thus gaining an insight into the student lifeworld. The student participants were also assured of anonymity orally and in writing, and their written consent to participate in the research was recorded. The consent of the ethics committee at the TUM was sought and granted (495/18 pp.).

Results: reflexion and self-reflexion on being a doctor from the medical student perspective

In the following subsections, we first give student descriptions of the seminar situation, which are the basis for our conclusions about the seminar's contribution to examination of one's being a doctor as a particular form of reflexion and self-reflexion. Subsequently, we present more in-depth student descriptions and evaluations, from which we abstract abilities for successful (self-)reflexion, which, from the point of view of the medical students could be developed in *LET ME ... keep you real!*.

The contribution of the *LET ME ... keep you real!* seminar: Learning (self-)reflexion skills as a meta-view

The following example shows how (self-)reflexion in a university seminar – in the sense of a constructive switch between “personal” perspective and “abstract” (FG2) meta-perspective – can be successful.

Student: *I think that somehow this helps to pick out, collect and present arguments. [...] And that's what you learn here [in the seminar, note L.S.] I think so, too. Just to express yourself, to read and present things, to accept opinions, to position yourself and other matters and then to find a compromise somewhere. [FG1]*

Together with other parts of the material, a skilful medical-student examination of being a doctor can be understood as a reflexive and self-reflexive ability. This (self-)reflexive ability makes it easier to recognize different perspectives on the medical world and thus to consciously enter into the process of examining one's being a doctor. The

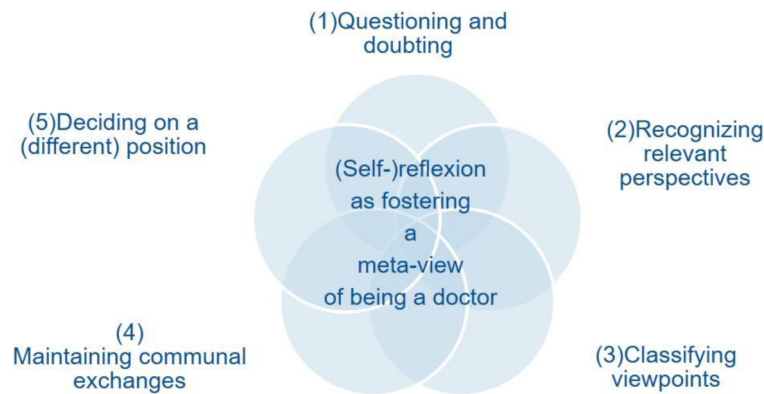


Figure 1: Student target profile for reflexion on being a doctor: (1)-(5) are the (self-)reflexive abilities which can be developed in the *LET ME... keep you real!* seminar for the purpose of practicing a situated meta-view of one's being a doctor.

seminar can be helpful in enabling participants to go “into depth” (FG4) with the help of a practiced meta-view or to gain an expanded view.

Student: *You learn this meta-view, to step out of your own perspective and to look at the bigger picture. (FG1)*

Learning experiences in the seminar include, for example, discussions and own thoughts. To evaluate these experiences as a measurable performance is seen as a critical undertaking.

Student: *[...] we have to professionalize it a bit, so that we produce something, but in such a way that the format, which we all think is great, is somehow preserved. [...]*

Interviewer: *What is your opinion on that, or, on the comment, that something has to come out of it, if I can summarize it that way?*

Student: *[...] there is something going on that you can't measure. That's the problem. And the problem with the whole thing. (FG1)*

(Self-)reflexion through the use of impulses for reflexion from the humanities and the arts, can be described as a “nice change” (FG3) and “stimulus” (FG3) from the perspective of medical students, but can also be perceived as “strange” (EI1). The intense discussion in the seminar can even be regarded as a “waste of time” (EI2).

Student: *Maybe as a criticism, but you can say that about any course, that there is a lot of talking, and often without much in the way of results. And we are so attuned to the fact that we have to learn a great deal in a very short time or have to absorb a great deal, and when you talk a lot without getting anywhere, that's just a little bit/ sometimes you have the feeling that, okay, that was a bit of a waste of time. (EI2)*

For some medical students, however, the seminar context also shows how important and necessary it is for them to successfully deal with being a doctor themselves. This is then explained as a feeling of security.

Student: *[...] it is one of those questions that can stay with you, if you, yes, it can stay with you all your life, what is this profession in fact, why do I do it. [...] That's why, yes, it gave me security, this seminar. I still don't have such a clear picture, but that's okay. (FG4)*

At its best, the seminar context reveals the “balancing act between medicine and society” (FG3) and the “broader fabric” into which medical professionals are woven (FG3), for example, through the “philosophical approach” (FG3) of the moderator or through the artistic written representation of the medical practitioner's gaze in a haiku (FG3).

A deeper understanding can also express itself in the recognition of the “multiplicity” (FG4) of being a doctor. Thus, elsewhere, an ambiguity is expressed regarding “the role of the doctor, or a role as a doctor perhaps sometime in the future, and what this means”, which was definitely “concretized” (FG4) in the seminar. To step out of one's own perspective or to look at “the whole” (FG1) with the help of the meta-view can, depending on the task at hand, include a multitude of “meta levels of medicine” (FG5), e.g., one's own ideals (FG1), historical developments (FG2), the balance between professional and private life (FG3), different conceptions of social roles (FG4), medical error culture (FG5), but also the doctor-patient relationship (EI1) and one's own biography (EI2).

Development of student (self-)reflexive skills in LET ME ... keep you real!

In the seminar, the constructive meta-view for practicing (self-)reflexion succeeds from a medical student perspective if at least one of five (self-)reflexive skills is the focus of the training. Certain seminar elements are presented by students as beneficial for the fostering of these skills, while others tend to inhibit it.

Ability 1: questioning and doubting

Without creating an uncomfortable atmosphere for the students, the access to a free and meaningful doubt can be facilitated, as expressed in the following.

Student: *And that it [to think and to have doubts, L.S.] already has its meaning, especially if you question a lot for yourself and doubt a lot or something, which we all do, that it is also unsatisfactory or something, or you go round in circles. [FG1]*

Stepping out of the everyday medical student “comfort zone” (FG1) is described as an approach to the examination of one’s being a doctor.

Student: *There is no right or wrong in this seminar. There are opinions, there are feelings, there is no ‘this is now black and white, and this is what makes it so’. And this black and white, this thinking that you develop there, we never really looked at that in our regular studies [discussed, note: L.S.]. There are facts and there are the things you don’t know. (FG1)*

This stepping out of the comfort zone works particularly well for medical students when it becomes possible to question not only one’s own positions but also the perspectives of people who normally hold a position of power over the students. Abiding by the rule of equal status of all participants, students can be instructed to “free themselves a little bit from this socialization that takes place all the time [through medical studies, L.S. notes]” (FG4), which is also considered unsettling and difficult if their own motivation is lacking due to insufficient positive experiences (FG1).

On top of this, it is reported that it is helpful to be able to address topics which “are still considered as unimportant” and where otherwise “it is not possible to say that something is really difficult to deal with” (FG4). Dealing with one’s own uncertainties (FG4) and weaknesses (FG2), medical decision errors (FG3), death of patients (FG5), or hierarchical thinking in medicine (FG1) are, for example, topics that from the students’ perspective are usually regarded as secondary in medical studies.

Ability 2: recognizing relevant perspectives

Medical students also stress the importance of gaining access to other people’s opinions and experiences. In this way the “other view” (FG5) can be recognized. Relevant others can also be used as “role models” (FG2) or as negative examples that may leave one “quite shocked” (FG4), present “different models” of how to deal with others (FG4), “mirror” the effect on others (FG4), they can make you “realistic” again (FG4 in relation to the experienced doctor), give you access to a “generational view” (FG3 in relation to the experienced doctor), or show “how it works now, so to speak, for someone at a normal level” (EI1 in relation to the non-medical moderator). New insights are helpful for discussion, even outside the “small bubble” (EI2) in which some people see themselves in the everyday life of medical studies.

Where possible, more heterogeneous discussion groups (e.g., students from all phases of study, experienced clinicians and non-physicians as moderators) are identified as helpful in guiding discussions from numerous perspectives by combining different perspectives, and even contradictory statements (FG4).

Student: *And I also found it interesting how similarly or how differently we saw things, and right at the end we formed an opinion about which qualities we find important as doctors. And then you could look back*

on it afterwards [...] which appeals to most people. (FG1)

In particular, highlighting similarities and differences can be constructive in identifying relevant perspectives, as the quote illustrates. Ensuring this in a group size of 10–12 people can also be a problem.

Student: *In my opinion, a really intense conversation like this can only be conducted in pairs, so even with three people it becomes difficult, and with ten it’s a completely different ballgame. But especially when it’s about abstract or emotional issues, I don’t know, I think it helps to illuminate a topic from all sides, without judging it, maybe throwing all the aspects you can think of into the mix, but that’s just difficult when there are a lot of people. (FG4)*

Discussion in the group can also be associated with a certain “pressure to argue” (EI1), the mastery of which may appear to medical students to be worth striving for.

Ability 3: classifying viewpoints

That it should be possible “to go into depth for oneself” (FG4) is mentioned. Participants saw it as helpful to want to and to be able to express oneself – orally and in writing – and to think through literary texts, film sequences, as well as suggestions from others regarding one’s own situation in life. A detailed and more precise making present of one’s self-perception, of “what is only vaguely apparent in one” (FG1), is definitely perceived as a beneficial outcome of the seminar. Open discussions in the group can support this “getting to the crux” (FG1). The process of making present is also explained as taking “a little distance” from oneself (FG1) or by asking oneself the questions, “Do I want this? Is this what I am?” (FG4). This can become problematic if the requisite time is lacking.

Student 1: *[...] and so you are showered with ideas from all sides and often don’t have time to go into depth for yourself regarding the input you just got because then the next one comes along. [FG4]*

As a guide to this ability, it is suggested that a facilitator can summarise and record different “views” on a topic from a “meta-position” and thus allow participants a “more tangible” idea of “where they would actually stand” (EI1).

Student: *And then perhaps some of the differences that are now there may not be as stark as they seemed at first, or they may be just as stark, but then somehow you have an even clearer view of them (EI1).*

Ability 4: maintaining communal exchanges

The creation of a community that enables open discussions between peers so that “one is not alone with these fears or concerns” (FG4) is regarded as helpful.

Student: *I really feel that I, I don’t really want to compare this, I think I have profited a lot from the experience reports, from [POB, note L.S], [...] where I had the feeling that it is in the room now, now we can talk*

about it. [...] That was somehow good, just for myself again, hey, you don't have to be perfect. The others feel the same way. But it's about how you deal with it. And then in the end, I'll have a much better idea of what I'm getting into. (FG2)

To be allowed to cast one's own experiences and feelings about being a doctor "into the room" (FG4) and to accept other opinions is regarded as important in order for the discussion to take place situatively. Furthermore, it is important to be able to "trust" one's interlocutors (FG4), so that even on difficult topics one can express one's own opinion.

Another point made here is that in the context of a university seminar it is helpful to have participants "who wanted to be there" (FG1). In addition, according to the students, there is the danger of "steering the topic in another direction" or ceding the floor to someone else (FG4), e.g., if someone is perceived as an authority figure. The safe framework can then be endangered and communal feelings cannot develop. There is a discussion here about the extent to which an "intense conversation", which evokes strong feelings, is possible at all in a group size like the one planned in the seminar (FG4). The evaluation of the discussions is also directed towards the consistent combination of different contributions and forced questioning.

Student 1: Of course there were situations where things were discussed more thoroughly, but otherwise I have the impression that someone said something and then maybe someone else said something about it, but there simply wasn't the framework to really carry on elaborating thoughts or whatever, you know, to look at it, how do you really see things now [...]

Student 2: [...] maybe it's only me who has an issue with it, but I often thought it a pity that this is the case. [...]

Student 2: ... was not used, what he [the experienced doctor, note L.S.] said, because I think it would have helped us. (FG4)

Ability 5: deciding on a (different) position

The necessary return from the meta-perspective in order to draw one's own conclusions can be a challenge both for the students and for the seminar design, as already pointed out in the student criticism, in which an unsuccessful discussion during the seminar is suspected of being a "waste of time" (EI2) (see Section 3.1). The desire for new positioning is also evident to varying degrees in the focus groups. At the most basic level, it can exhaust itself in formulating important questions. Some students describe the drawing out of new approaches as an impetus for change and personal development. This goes hand in hand with the feeling of being confronted with a fundamental "question", which "every" person who is aware of the "demands that the job makes" (FG3) is confronted with. The confrontation with medical requirements is definitely evaluated as a positive feature of the seminar.

Student: But what I took with me, of course, everyone is confronted with the question, and it often came up during the seminar, how do I deal with the requirements of the job, how do I manage to lead a life worth living in addition to that, and what sacrifices am I willing to make in the course of my career. (FG3)

In the most favourable case, however, a "new approach" can be generated through discussion in the seminar to initiate changes in the understanding of being a doctor and its moral consequences (FG1). An interaction between interviewees and a medical student during a focus group discussion illustrates the need to guide this skill through the seminar components.

Interviewer: But what for you personally is all of that now, where you would say, well, but we definitely have to perform that, or that's where I have to make such and such a decision. That interests me. Is what I mean now a little clearer, or am I still not making myself clear? Then let's try to get to the point together.

Student 1: Yes, not what the expectations of others are, but where I think I should do things that way, I should do this or that particular thing!

Interviewer: Right. So I'm simply interested in your personal perspective. Maybe different people get to different points.

Student 2: So I can imagine that each of us has the need to develop not only this analytical view [what is meant here is the medical-scientific view, which is introduced in the seminar as the doctor's cold eye, note. L.S.], which is also important, but of course also to maintain a personal perspective and to do so in an appropriate way. Sure. So of course it is sometimes more important, so to speak, I don't know, there are situations where empathy is more important, some where it is more important just to work through some kind of checklist. (FG3)

What is triggered by the interviewer's questioning of the student is the expression of the realization that constructive (self-)reflexive behavior includes the moment of decision-making. Another student subsequently expresses their assumption that medical training which supports an "appropriate way" (FG3) of changing perspectives might address a fundamental student need.

Discussion: contribution of LET ME ... keep you real! to fostering reflexion on being a doctor

As per the specific research question underpinning this article, our method of analysis within the framework of the qualitatively oriented sociological evaluation research carried out at TUM MEC "takes into account the different relevance systems of researchers and research subjects in a systematic and controlled way", without resorting to previously standardized categories [18].

With regard to the limitations of this work, especially with regard to the sampling strategy, the following should be

noted: The student perspective elaborated here is only a selection from our research material and thus always a summary. Furthermore, it is, we assume, a necessarily abstract and idealized representation of a multitude of medical students' needs for a constructive examination of one's being a doctor. One reason for this is that so far only former participants in the *LET ME ... keep you real!* seminar have been chosen as participants in the focus groups. The data set, we infer, includes the opinions of a selection of students who are most likely predisposed to (self-)reflexion, also because participation in the seminar has so far been voluntary. This is certainly also reflected in the predominantly positive evaluation of the seminar. Another factor that should not be overlooked is the lack of willingness to participate in the seminar unit where the two individual interviews were conducted. Also, halo effect cannot be completely ruled out in the case of student criticism.

Nevertheless, we would point out that in this initial study we do not claim to present a middle-range theory, which would be the aim of a comprehensive Grounded Theory, for example [19]. This was not possible at this time and with the data collected to date. Instead, we decided on the epistemological style of methodological exploration [10]. With regard to saturation for a comprehensive coverage of the student lifeworld in terms of content, it would certainly be important to interview further students, for example randomly selected non-participants, *LET ME* critics, or people who are about to begin their medical studies. Triangulation with other methods would also be helpful in subjecting seminar situations to closer observation and delving deeper into the individual perspectives of student attitudes, experiences and behavior. We consider the small number of participants – three to six per focus group – to be a particular strength of our data collection method and, moreover valuable, in terms of medical education. In this way, every participating student was able to have their say. In addition, a space was created in which students could express themselves without the presence of supposedly judgmental teachers. A focus group discussion can thus not only be used for data collection, but also offers additional moments of reflexion for the students and opportunities to learn from their own and others' reflexions.

LET ME ... keep you real! contributes to the development of a professional medical identity, which from the students' perspective can be understood as a meta-view that is guided by teaching theory in medicine. The inclusion of social contexts and a philosophical and artistic approach to thoughts, feelings and language provides a valuable approach to guiding a process of examining one's being a doctor. A seminar such as *LET ME ... keep you real!* can, from the students' point of view, promote the ability of medical students to (self-)reflect on being a doctor by providing them with mental training opportunities through which they learn to sensitise their own perception. Starting from the point of view of the medical students participating in *LET ME ... keep you real!* these (self-)reflexive abilities are recognizable if the descriptions

and evaluations of the seminar are prepared analytically. The different abilities needed for (self-)reflexion in 1-5 often work in combination depending on the situation. If they are recognized in their variety and skilfully guided, they can at the very least be practiced within a university seminar.

A seminar design can facilitate questioning if it absorbs the uncertainty associated with leaving the comfort zone of medical studies and provides space for articulated doubt. Elsewhere it has already been pointed out that a supportive learning environment is the prerequisite for reflexion to be possible for medical students [6], [20]. The students' statements refer to an ability that is already being discussed in medical teaching discourse with reference to the keywords *Critical Medical Humanities* [15], [21], [22] and *critical thinking* [23]. The willingness to adopt an understanding and comparative stance, for example, to engage in narratives from the chosen stimuli for reflexion, but also to engage with the contributions of the other participants and thus to recognize and classify different perspectives, is repeatedly described by participants as essential. In the ideal case, as expressed by medical students, the perspectives worked out then become a multitude of newly discovered points of view, which students can then in turn reflect on and discuss openly in order to use them for their further development. From a medical student's point of view, clarifying one's own behavior, but also one's feelings and ways of thinking in relation to one's own experiences is an important part of the discussion. Reflective writing can help to make self-perception explicit [16]. *Close Reading* [24], [25], [26] can be supported, for example, by writing up different positions on the board and thereby illustrating different positions, which helps to situate one's own position. Here it is also particularly important to provide ample time for reflexion. From the student's perspective, constructive (self-)reflexion is also about adopting an attitude that makes examining being a doctor not only a personal matter but also a collective one. In concrete terms, this means that each individual student – with their attitudes, affective states and other characteristics and needs in relation to being a doctor – should be able to influence the course of a seminar geared towards (self-)reflexion, but is also jointly responsible for the depth of the discussion. Communal exchange is certainly a challenge that, according to some medical students, can also fail in the seminar if group members are not encouraged to offer contributions to the discussion. Unexpected arguments from discussions and taking up a position oneself are evaluated in the seminar as positive results and as an additional pool of valuable experience.

Inspiring stimuli for reflexion, the positions of an experienced medical professional, the impartial attitude of a moderator and the structured writing down of one's own thoughts provide this support, because they not only address the experiences gained but also the emotional life of the medical students.

In respect of our considerations on the development of medical training theory, we maintain that medical training

support of professional identity development [14] can start with a variety of doctor-related topics. It can aim to enable a constantly growing understanding of social role expectations – of the medical profession in general [1] – and a sensitized perception of being a doctor – for example, looking at the development of one's own competencies [http://www.nklm.de]. This growth process, which is on the one hand intellectual, but on the other hand also emotional and communicative, is associated with challenges resulting from the perceived differences in status between the current status of a medical student (being) and the assumed target status of a competent medical practitioner (becoming) [6]. The student's view, which is laid out in this article, enables a deeper understanding of a successful process: Dealing with medical challenges mentally is not only supported by addressing different medical issues, but also by reflexion on several levels. Each level of (self-)reflexion involves dealing with one's own thoughts and feelings (me-to-me reflexions), but also processing the feelings and thoughts of others (me-to-them reflexions), as the study by Jarvis-Selinger et al. demonstrates [6]. The meta-view – as an extended professional medical perspective – is thus to be understood as the interplay of sensitized internal and external perception. It is to be understood as a way of being and seeing [5].

Guidelines for reflexion-stimulating writing tasks and supporting feedback on written documents are two options for standardizing reflexion activities so that the written explication of students' internal and external perception of a medical issue can be measured [4]. In order to be able to carry out the different levels of (self-)reflexion with regard to being a doctor, however, a multitude of skills are required which are relevant across topics and which we doubt can be readily measured. With this understanding, we reject epistemological and evaluative frameworks that define grading assessments and the development of evidence in relation to reflexion as the only option [5]. The aim here is to advocate the use of the skills profile as an orientation, but not as rigid prescription for the development of seminars.

Conclusions: studying one's being a doctor (self-)reflexively

The mental examination of being a doctor is a crucial learning experience in medical-professional identity formation [3], brought into focus here as (self-)reflexion. It should therefore also be recognized and taught as a competence in the course of medical studies. If the competence of (self-)reflexion develops its full potential, it takes into account the expectations, recognized as important in the NKLM, of "responsible" and "independent" doctors who are capable of "integrating all medical roles" [http://www.nklm.de]. Seminars such as *LET ME ... keep you real!* are conducive to this competence, because it is about sharpening the medical students' perception in order to acquire a meta-view: intellectually, communicat-

ively, and also emotionally. The fact that broadening one's perspective and looking at one's own evaluations and feelings is a learning achievement should be explicitly emphasized by teachers. This is helpful in allaying the impression that mental examination of with being a doctor offers no added value and that the necessary skills for this are at best innate. Instead, space for joint thinking and the processing of experiences can probably be seen more as moments of emergence of valuable (self-)reflexive abilities. The skills identified here can serve as a target profile for initial orientation during training. The fact is, (self-)reflexion on being a doctor – like any medical competence – has to be practiced repeatedly. A meta-view that has been practiced during studies could also be conducive to the long-term reflexive behavior of medical professionals [2].

Acknowledgements

Many thanks to René Schneider, M.A. and Philip Lambrix, M.A., for the cuts and corrections.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2020-37/zma001340.shtml>

1. Attachment_1.pdf (92 KB)

Table 1: Dealing with one's being a doctor within the framework of a university seminar

References

1. Frank JR, Shell L, Sherbino J, editors. CanMEDS 2015. Physician Competency. Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
2. Schön DA. The Reflective Practitioner. London: Routledge; 2017. DOI: 10.4324/9781315237473
3. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents. A guide for medical educators. Acad Med. 2015;90(6):718-725. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000700
4. Uygun J, Stuart E, De Paor M, Wallace E, Duffy S, O'Shea M, Smith S, Pawlikowska T. A Best Evidence in Medical Education systematic review to determine the most effective teaching methods that develop reflection in medical students: BEME Guide No. 51. Med Teach. 2019;41(1):3-16. DOI: 10.1080/0142159X.2018.1505037
5. Ng SL, Kinsella EA, Friesen F, Hodges B. Reclaiming a theoretical orientation to reflection in medical education research. A critical narrative review. Med Educ. 2015;49(5):461-475. DOI: 10.1111/medu.12680

6. Jarvis-Selinger S, MacNeil KA, Costello GR, Lee K, Holmes CL. Understanding Professional Identity Formation in Early Clerkship. A Novel Framework. *Acad Med.* 2019;94(10):1574-1580. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002835
7. Berberat PO, Henningsen P, Teufel D, Frick E, Hohendorf G, Buyx A. Ärztliche Haltung, ethische Reflexionsfähigkeit und professionelle Subjektivität. *Bayer Arztebl.* 2019;22.
8. Berberat PO, Teufel D. Arzt, nicht "nur" Mediziner. *Dtsch Arztebl.* 2018;A2172-A2174.
9. Lüders C, Haubrich K. Qualitative Evaluationsforschung. In: Schweppe C, editor. *Qualitative Forschung in der Sozialpädagogik*. Opladen: Leske und Budrich; 2003. p.305-330. DOI: 10.1007/978-3-663-11215-0_14
10. Breidenstein G, Hirschauer S, Kalthoff H, Nieswand B. *Ethnografie. Die Praxis der Feldforschung*. Konstanz: UVK; 2013.
11. Flick U. Qualitative Methoden in der Evaluationsforschung. *Z Qual Forsch.* 2009;(10):9-18.
12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research. A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Intern J for Qual in Health Care.* 2007;19(6):349-357. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042
13. Berberat PO, Teufel D. Einem großen Teil des Materials verständnislos gegenüber. Was die moderne Medizin noch von der freudschen Psychoanalyse lernen kann - und sollte. In: Frick E, editor. *Psychoanalyse in technischer Gesellschaft*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 2019. p.45-56. DOI: 10.13109/9783666403873.45
14. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. Reframing medical education to support professional identity formation. *Acad Med.* 2014;89(11):1446-1451. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000427
15. Bleakley A. *Medical Humanities and Medical Education: How the medical humanities can shape better doctors*. Hoboken: Taylor and Francis; 2015. DOI: 10.4324/9781315771724
16. Charon R. *The principles and practice of narrative medicine*. New York NY: Oxford University Press; 2017. DOI: 10.1093/med/9780199360192.001.0001
17. Grudens-Schuck N, Allen BL, Larson K. Methodology Brief. Focus Group Fundamentals. Iowa: State University; 2004. Zugänglich unter/available from: <https://lib.dr.iastate.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.de/&httpsredir=1&article=1011&context=extension>
18. Przyborski A, Wohlrab-Sahr M. *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. 4. Aufl. München: Oldenbourg; 2014. DOI: 10.1524/9783486719550
19. Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Routledge; 2017. DOI: 10.4324/9780203793206
20. Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and reflective practice in health professions education: A systematic review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2009;14(4):595-621. DOI: 10.1007/s10459-007-9090-2
21. Mangione S, Chakraborti C, Staltari G, Harrison R, Tunkel AR, Liou KT, Cerceo E, Voeller M, Bedwell WL, Fletcher K, Kahn MJ. Medical Students' Exposure to the Humanities Correlates with Positive Personal Qualities and Reduced Burnout: A Multi-Institutional U.S. Survey. *J Gen Intern Med.* 2018;33(5):628-634. DOI: 10.1007/s11606-017-4275-8
22. Shapiro J, Coulehan J, Wear D, Montello M. Medical Humanities and Their Discontents: Definitions, Critiques and Implications. *Acad Med.* 2009;84(2):192-198. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181938bca
23. Kahlke R, Eva K. Constructing critical thinking in health professional education. *Perspect Med Educ.* 2018;7(3):156-165. DOI: 10.1007/s40037-018-0415-z
24. Arntfield SL, Slesar K, Dickson J, Charon R. Narrative medicine as a means of training medical students toward residency competencies. *Patient Educ Couns.* 2013;91(3):280-286. DOI: 10.1016/j.pec.2013.01.014
25. Baker CJ, Shaw MH, Mooney CJ, Daiss SD-P, Clark SB. The Medical Humanities Effect: A Pilot Study of Pre-Health Professions Students at the University of Rochester. *J Med Humanit.* 2017;38(4):445-457. DOI: 10.1007/s10912-017-9446-4
26. Woods A. The limits of narrative: Provocations for the medical humanities. *J Med Ethics.* 2011;37(2):73-78. DOI: 10.1136/medhum-2011-010045

Corresponding author:

Laura Scheide, M.A.
TUM Medical Education Center, Niggerstr. 3, D-81675
München, Germany
laura.scheide@tum.de

Please cite as

Scheide L, Teufel D, Wijnen-Meijer M, Berberat PO. (Self-)Reflexion and training of professional skills in the context of "being a doctor" in the future – a qualitative analysis of medical students' experience in LET ME ... keep you real! *GMS J Med Educ.* 2020;37(5):Doc47. DOI: 10.3205/zma001340, URN: urn:nbn:de:0183-zma0013404

This article is freely available from

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2020-37/zma001340.shtml>

Received: 2019-03-23

Revised: 2020-03-26

Accepted: 2020-06-22

Published: 2020-09-15

Copyright

©2020 Scheide et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

(Selbst-)Reflexion und das Training professioneller Fähigkeiten im Kontext des zukünftigen „Arzt-Seins“ – eine qualitative Analyse medizinstudentischer Erfahrung bei LET ME ... keep you real!

Zusammenfassung

Zielsetzung: Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, zu evaluieren, wie medizinstudentische Auseinandersetzung mit der eigenen professionellen Arztrolle schon während des Medizinstudiums in einem Seminar trainiert werden kann. Hierzu werden folgende Fragen beantwortet: Wie ist der Beitrag eines universitären Seminars, wie das an der TU München entwickelte und durchgeführte *LET ME ... keep you real!*, zu einer medizinstudentischen Auseinandersetzung mit dem Arzt-Sein zu erfassen? Und: Welche Fähigkeiten werden aus Studierendensicht hier trainiert, um medizinstudentische Selbst-Reflexion zu praktizieren?

Methodik: Datengrundlage bilden die Aussagen von Medizinstudierenden, die an dem Seminar *LET ME ... keep you real!* von 2016 bis 2018 teilgenommen haben. Mit Hilfe von fünf Fokusgruppendifkussionen mit insgesamt 26 medizinstudentischen Teilnehmenden und zwei Einzelinterviews wurden Studierendenperspektiven analysiert. Anhand des interpretativen Paradigmas und unter dem Credo eines methodischen Entdeckens der medizinstudentischen Lebenswelt wurden die spezifische medizinstudentische Lernerfahrung sowie die Fähigkeiten zur (Selbst-)Reflexion herausgearbeitet.

Ergebnisse: Die auf die Evaluation des Seminars ausgerichteten Forschungsfragen lassen sich wie folgt beantworten: Aus Studierendenperspektive kann die, durch *LET ME ... keep you real!* evozierte und geordnete, (Selbst-)Reflexion als das Einüben eines Metablicks gesehen werden. Es lassen sich aus Studierendensicht fünf Fähigkeiten herausstellen, die diese Verhaltensweise ermöglichen:

1. Hinterfragen und Zweifeln,
2. relevante Perspektiven erkennen,
3. Sichtweise einordnen,
4. gemeinschaftlichen Austausch pflegen und
5. sich für eine (alternative) Position entscheiden.

Situativ kommen diese Fähigkeiten oft kombiniert zur Anwendung und fordern Studierende sowohl auf intellektueller und kommunikativer als auch auf emotionaler Ebene.

Schlussfolgerung: Die Fähigkeiten zur (Selbst-)Reflexion sollten durch geeignete Hilfestellungen stärker Eingang in die universitäre medizinische Lehre finden, vor allem, weil es Studierende vor spezifische Herausforderungen stellt, sich (selbst-)reflexiv zu ihrem zukünftigen eigenen Arzt-Sein und den Arztrollen zu verhalten. Die hier aus einer Medizinstudierendensicht herausgearbeiteten Fähigkeiten können als Orientierung genutzt werden, um Seminare zur medizindidaktisch angeleiteten professionellen (selbst-)reflexiven Identitätsentwicklung bei Medizinstudierenden zu entwickeln.

Schlüsselwörter: Sozialisierung, soziale Identifikation, Selbsteinschätzung, Selbstreflexion, professionelle Rolle, medizinische Wissenschaft, Medizinerzählung, Fachkompetenz, Evaluationsmethoden, Lehrmethoden

Laura Scheide¹

Daniel Teufel¹

Marjo Wijnen-Meijer¹

Pascal O. Berberat¹

1 TUM Medical Education
Center, München,
Deutschland

Einleitung: Sich mit dem Arzt-Sein auseinandersetzen

Eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Arzt-Sein ist während der ärztlichen Ausbildung wünschenswert. Dazu gehören das Umgehen mit den grundlegenden Arztrollen, festgeschrieben vom Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (CanMEDS) [1], sowie das Erlernen der ärztlichen Kompetenzen, herausgestellt im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) [2]. Sie sind hilfreich, um sich die hohen Anforderungen an eine ärztliche Person vor Augen zu führen. In diesem Zusammenhang werden, neben verantwortungsbewusstem Umgang mit zahlreichen gesundheitlichen, ethischen, professionsbezogenen, sozialen und interaktionsbezogenen Herausforderungen, auch personenbezogene Selbsterkenntnis, Selbstkritik und Selbstentwicklung und allen voran die Selbstreflexion im NKLM als kompetente professionelle Verhaltensweisen explizit benannt [<http://www.nkml.de>]. Schön hat die Notwendigkeit der reflektierenden Verhaltensweise für professionell Praktizierende bereits festgestellt und untersucht [2]. Reflexion ist damit auch als wertvolle Verhaltensweise im ärztlichen Alltag anzusehen. Während des Medizinstudiums kann der Versuch unternommen werden, eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Arzt-Sein bereits anzugehen, um sich zumindest mental auf die später einzunehmende ärztliche Rolle vorzubereiten. An dieser Stelle sollen die konkreten Situationen, in denen Erfahrungen, Gedanken und Gefühle in der Auseinandersetzung mit dem eigenen Arzt-Sein für spätere Ärzte konstruktiv sind, als Lernerfahrungen der Reflexion in den Fokus gerückt werden. Dies wird möglich, wenn Momente der Reflexion als Teil der professionellen ärztlichen Identitätsbildung betrachtet werden. Cruess et al. beschreiben professionelle Identitätsentwicklung als einen sozialen Internalisierungsprozess, der schon bei Medizinstudierenden einsetzt und auch didaktisch unterstützt werden sollte: „Understanding that students acquire their identity by playing a role over time until the details of that role become internalized can guide the nature of educational interventions“ [3]. Eine Vielzahl an Studien stellt hierfür bereits die Relevanz reflexiver Verhaltensweisen heraus und fordert stärkeres Einbeziehen von Reflexion in die medizinische Ausbildung. Uygur et al. integrieren diese Studien und geben so einen Eindruck von effektiven Lehrmethoden zum Entwickeln ärztlicher Reflexion. Ein Ergebnis ihres Reviews ist, dass Richtlinien für reflexionsanregende Schreibaufgaben sowie stützendes Feedback zu den produzierten Schriftstücken gewinnbringende Methoden zum Lehren von Reflexion darstellen, weil sich hier die stärkste Evidenz messen lasse. Sie räumen jedoch auch ein, dass es an einer einheitlichen Definition des unter Reflexion verstandenen Prozesses fehle [4]. Auch jenseits der Diskurse um Evidenz und Messung von Lernerfolgen wird die reflektierende Person mit ihren Affekten, Einstellungen und ihrem Entwicklungspotenzial in der medizindidaktischen Literatur als Untersuchungsthema bereits anerkannt.

Hier wird jedoch auch auf unterschiedliche erkenntnistheoretische Zuschnitte und die dominierende Wirkung eines, den medizindidaktischen Diskurs vereinheitlichenden, Fokus auf einstufige Bewertungen und Evidenz hingewiesen [5]. In einer jüngst erschienen Studie werden zwei übergreifende Bezugsthemen benannt, die für eine Auseinandersetzung mit der eigenen professionellen Identität auf Medizinstudierendenseite wichtig sind: Die Reflexion des eigenen sozialen Status (being) und die Reflexion des Zielstatus (becoming). Die Resultate dieser Studie zeigen außerdem deutlich, dass sowohl Eigenbeobachtungen (me-to-me reflections) als auch die Beobachtungen soziokultureller Kontexte (me-to-them reflections), in denen Medizinstudierende eine professionelle Identität entwickeln, von tragender Bedeutung sind [6]. Es zeigt sich also, dass Reflexion je nach erkenntnistheoretischem Ausgangspunkt unterschiedlich verstanden und untersucht werden kann. Unser Artikel knüpft bei einer möglichen medizindidaktischen Unterstützung von Studierenden der Medizin im Zusammenhang mit diesen vielfältigen Reflexionsmöglichkeiten im Rahmen eines universitären Seminars an.

Das 2016 an der Fakultät für Medizin der TU München zum ersten Mal angebotene Seminar *LET ME ... keep you real!* beruft sich auf die professionelle Subjektivität in der Auseinandersetzung mit dem Arzt-Sein [7], [8]. Mit Blick auf Evaluation des Lerninhaltes und medizindidaktische Theoriebildung beantworten wir mit diesem Artikel zwei Fragen: Wie ist der Beitrag eines universitären Seminars zu einer medizinstudentischen Auseinandersetzung mit dem Arzt-Sein zu erfassen? Und: Welche Fähigkeiten werden aus Studierendensicht bei *LET ME ... keep you real!* trainiert, um medizinstudentische (Selbst-)Reflexion zu praktizieren?

Methoden

Das für diesen Artikel explizierte Thema und die vorrangig als Datengrundlage dienenden Fokusgruppendifkussionen waren Teil einer ethnografisch und evaluativ angelegten Begleitforschung zum LET ME-Programm. Diese entsprach dem interpretativen Paradigma und betonte die subjektive Natur des Verständnisses menschlicher Erfahrungen und der Erschaffung von Realität, um den Nutzen des Ausbildungsinhaltes zu bestimmen [9]. In unserem Forschungsvorhaben ging es zum derzeitigen Zeitpunkt erst einmal darum, die Wirkungen eines Seminars wie *LET ME ... keep you real!* aus der Lebenswelt der Studierenden heraus zu verstehen. Dies war aus unserer Sicht in einem ersten Schritt am besten über das Vorgehen des methodischen Entdeckens gewährleistet, weil hier ohne theoretische Einschränkungen den Relevanzen der Teilnehmenden eines Feldes gefolgt werden konnte [10]. Dies bedeutete in der Praxis erst einmal nicht mehr und nicht weniger, als die Meinungen medizinstudentischer Teilnehmender zum Seminar und ihre Lernmomente in der Auseinandersetzung mit dem eigenen Arzt-Sein zu sammeln und als solche in ihrer Vielfältigkeit ernst zu

nehmen. Angelegt als Begleitforschung folgte das Vorgehen dabei dem Duktus qualitativer Evaluationsforschung mit dem Prinzip der „Responsivität“, d.h. dass Forschung und Entwicklung nicht unabhängig voneinander agierten, sondern kommunikativ wechselwirkend verstanden wurden [11]. Unsere Entdeckungen wurden so im Hinblick auf medizindidaktische Überlegungen formuliert und die wissenschaftlichen Erhebungen auch in Bezug auf ihre medizindidaktischen Auswirkungen reflektiert. Es wurden 32 Kriterien zur Berichterstattung qualitativer Studien, die Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ), zur Einordnung und Darstellung der Forschungsergebnisse für diesen Artikel hinzugezogen [12].

Medizindidaktischer Kontext und thematischer Fokus

LET ME...keep you real! ist ein Angebot unter weiteren im LET ME-Programm. Letzteres umfasst auch Veranstaltungen mit anderen Schwerpunkten des Arzt-Seins umfasst, sowie einen Lesekreis. Ein Grundgedanke des LET ME-Programmes (kurz für *Lettered Medicine/Lettered Medical Education*) lautet, dass die subjektive Dimension von Betroffenen wie Behandelnden in Anbetracht professioneller wie persönlicher Herausforderungen des medizinischen Alltags eine entscheidende Rolle spielt [13]. Die Kurse des Programmes LET ME speisen sich aus theoretischen Konzepten der medizindidaktischen Strömungen der *Professional Identity Formation* [14], den *Critical Medical Humanities* [15] und der *Narrative Medicine* [16]. Vor diesem Hintergrund wurde *LET ME ... keep you real!*, das zweiteilige Pilotprojekt von LET ME, im Wintersemester 2016/17 zum ersten Mal erfolgreich durchgeführt und in den folgenden Semestern – teilweise leicht überarbeitet – wiederholt. In zwei Einheiten à vier Stunden kamen vorangig die beiden zentralen Methoden der *Narrative Medicine* – *close reading* und *reflective writing* – zum Einsatz [16]. Konkret heißt *close reading*, das sowohl literarische Text- als auch Filmausschnitte einer genauen Beobachtung unterzogen und gemeinsam diskutiert wurden. Im anschließenden *reflective writing* bekamen die Studierenden dann darauf abgestimmte Schreibaufgaben, bei denen sie ihre eigenen Positionen zu den Themen der Text- und Filmausschnitte ausformulierten, um diese schließlich sich gegenseitig vorlesen und gemeinsam besprechen zu können. Darüber hinaus war es auch Teil des Konzeptes, beide Einheiten ergebnisoffen zu gestalten, so dass auch minutenlange thematische Abweichungen stattfinden durften und gemeinsam diskutiert werden konnten. Geleitet wurden beide Seminare von einem geisteswissenschaftlichen Moderator und einem ärztlichen Experten. Es wurde in Bezug auf die Lehrendenrolle angestrebt, möglichst auf Augenhöhe mit den Studierenden zu diskutieren und so ausdrücklich die vorgegebene Dozentenrolle auf ein Minimum zu beschränken. Stattdessen sollten die Meinungen der Studierenden sowie die Meinungen des Moderators und des ärztlichen Experten als gleichwertig nebeneinandergestellt betrachtet werden. Das Seminar *LET ME ... keep you real!*

wurde den Studierenden vorerst fakultativ als Wahlveranstaltung zum bestehenden Curriculum angeboten. Dabei war grundsätzlich jedem der Studierenden die Teilnahme gestattet, unabhängig vom Studienabschnitt, wobei die Teilnahme auf 8-13 Teilnehmende begrenzt wurde. Von 2016-2018 haben insgesamt 54 Medizinstudierende an *LET ME ... keep you real!* teilgenommen.

Reflexivität der Forschenden

Eine Soziologin (LS) konzipierte den Forschungsprozess, führte die Datenerhebungen durch, analysierte das Material und entwickelte die relevanten Forschungsfragen. Dies erfolgte in ständiger Diskussion mit dem Entwickler des Seminarkonzeptes (DT, Kulturwissenschaftler, M.A.), dem in die Entwicklung und Durchführung involvierten Arzt bzw. Medizindidaktiker (POB, Prof. Dr. med.), studentischen Hilfskräften und der Forschendengruppe der Medizindidaktik der TUM. Die Forschende hatte sich ca. ein Jahr lang mit der Konzeption und Durchführung qualitativer Evaluationsforschung [9], [11] in verschiedenen medizindidaktischen Bereichen an der TU München beschäftigt und auch auf Grundlage dieser Erfahrungswerte schließlich das Forschungsvorhaben im Rahmen des LET ME-Programmes entwickelt. Es bestanden keine Interessenkonflikte in der Rolle als forschende Soziologin und Angestellte im öffentlichen Dienst gegenüber den Medizinstudierenden der TUM. Die LET ME-Seminare wurden nicht mit Noten bewertet. Die Soziologin war daher auch nicht mittelbar in Notengebungsprozesse involviert.

Teilnehmende an den Fokusgruppen

Datengrundlage dieser Arbeit bildeten vorrangig Fokusgruppendifkussionen als dritte Sitzung des Seminars *LET ME ... keep you real!* In der ersten Sitzung des Seminars wurden die Teilnehmenden darüber informiert, dass Fokusgruppen stattfinden sollten. Pro *LET ME...keep you real!*-Veranstaltung wurden je nach Teilnehmerzahl 1-2 Fokusgruppen mit je drei bis sechs Personen begleitet, wobei insgesamt fünf Fokusgruppen mit 26 Medizinstudierenden und je einer interviewenden Person im Zeitraum von 2016-18 durchgeführt wurden. Die Dauer der Fokusgruppendifkussionen lagen zwischen 1 h 30 min und 2 h 10 min. Die jüngste teilnehmende Person der TUM an einer der Fokusgruppen ist im Jahr 1997 geboren, die älteste im Jahr 1980. Zur Zeit des Seminars befand sich die Person mit der niedrigsten medizinstudentischen Erfahrung nach Semester im 5-ten Fachsemester, die mit der meisten medizinstudentischen Erfahrung im 13-ten Fachsemester. Bei einer Seminareinheit kam aufgrund fehlender Teilnahmebereitschaft auf Studierendenseite keine Fokusgruppe zustande. Stattdessen wurden zwei Einzelinterviews von 1 h 25 min und 1 h 17 min geführt. Die Teilnahme an den Fokusgruppen war freiwillig.

Datenerhebung

Die erste Fokusgruppe fand erst ein halbes Jahr nach der ersten Veranstaltung von *LET ME ... keep you real!* statt. In ihr ließen sich erste Rückschlüsse auf die Wirkung des Seminares ziehen. Es wurde sich auch weiterhin für die Erhebungsmethode der Fokusgruppe entschieden, nun aber direkt eine Woche nach dem Seminar. Dies eröffnete uns die Möglichkeit, Einblick in die Gedanken und Gefühle der Studierenden in Bezug auf die Verhaltensweisen im Seminar zu erlangen. Außerdem sollten die Studierenden durch die Fragen dazu gebracht werden auch selbstverständliches Hintergrundwissen zu explizieren. Zum anderen hofften wir durch die Gruppengröße von drei bis sechs Personen, auch ruhigere Seminarmitglieder zum Mitreden zu animieren, deren Perspektive im Seminar eher außen vor geblieben war. Eine Woche nach dem Seminar konnten die Studierenden, so unser Eindruck, noch recht detailreich von ihren Erfahrungen im Seminar berichten. Nicht zuletzt wurden die Fokusgruppen auch von den teilnehmenden Studierenden als sinnvolle Ergänzung zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Arzt-Sein und als weitere Möglichkeit des Austauschs von den teilnehmenden Studierenden wahrgenommen. Die Forscherin war hier als Moderatorin eingesetzt, der Arzt sowie der Entwickler des Seminars waren nicht anwesend. Den Teilnehmenden wurde zugesichert, dass die geäußerten Meinungen nur in anonymisierter Form an Entwicklung und Führungsebene weitergegeben würden.

Jede Fokusgruppe wurde durch eine Erzählaufforderung durch die Interviewerin eröffnet, um nicht nur auf das Seminar *LET ME ... keep you real!* sondern auch insbesondere auf Erfahrungen abzielen, die außerhalb des Seminares lagen. Die Einstiegsfrage des Leitfadens lautete:

Habt ihr euch schon einmal Gedanken darüber gemacht, was es heißt, einmal ein Arzt/eine Ärztin zu werden?

(Dann die einzelnen Personen ansprechend:) Erzähl mir von einer konkreten Situation, in der Dir etwas dazu in den Sinn kam...

Wenn die Studierenden dann über ihre allgemeinen Erfahrungen in der Auseinandersetzung mit dem eigenen Arzt-Sein ins Gespräch gekommen waren, wurde der Seminarbezug hergestellt:

Was hat das Seminar mit euch gemacht?

Dieser Einstieg wurde durch vertiefende Fragen ergänzt, um reflektierte Äußerungen und tiefere Einsichten zum Untersuchungsgegenstand zu erhalten [17]. Die Studierenden wurden so dazu angeleitet, das Seminar *LET ME ... keep you real!* zu beschreiben, zu bewerten und die empfundenen Lerneffekte zu äußern sowie ihre Meinungen zum Seminar zu diskutieren. Auf Grundlage von Audioaufzeichnungen wurden Transkripte angefertigt, diese dienten als grundlegendes Datenmaterial.

Datenanalyse

Die Fragestellung wurde aus dem Datenmaterial heraus Stück für Stück konkretisiert. Die anfängliche grobe Fragestellung lautete: Wie entwickelt man ein Verständnis des eigenen Arzt-Seins? Und: Wie stößt man dieses Verständnis an? Nach einem ersten Überblick über das entsprechend dieser groben Fragestellung relevante Material wurden medizindidaktisch relevante Stellen ausgewählt. Des Weiteren wurden die relevanten Teile der Transkripte von der Forschenden mit Hilfe der Software MAXQDA 12 (VERBI GmbH, Berlin, Germany) offen codiert. Das heißt, verschiedene Sinneinheiten des Materials wurden entsprechend unserer groben Fragestellung durch die gleichen oder unterschiedliche Benennungen ausgewählt, sortiert, verglichen und in Relation gesetzt, um einen analytischen Mehrwert zu gewinnen [10], [18]. Die Erkenntnisse in Bezug auf die Fragestellung dieses Papers wurden vorrangig anhand von in vivo-codes entwickelt [19]. Das heißt, es wurde darauf geachtet, möglichst nah an den von Studierenden gewählten Formulierungen zu bleiben. Es wurden danach vor allem jene Textstellen tiefer ergründet, in denen die Verhaltensweise beschrieben wurde, die durch ein Seminar wie *LET ME ... keep you real!* aus Studierendensicht besonders trainiert würde (s. das Kapitel: Der Beitrag des Seminares *LET ME ... keep you real!*: (Selbst-)Reflexionsvermögen als Metablick lernen). Aus den differenzierten Beschreibungen und Bewertungen zahlreicher Seminarsituationen wurden zudem die unterschiedlichen medizinstudentischen Fähigkeiten und ihre Merkmale abstrahiert. Ihr Zusammenspiel schien die im Seminar evozierte Verhaltensweise aus Medizinstudierendensicht erst hervorzubringen. Außerdem wurden die studentischen Bewertungen und Verbesserungsvorschläge in Bezug auf das Seminar miteinbezogen und analysiert. So wurde festgehalten, in welcher Weise einzelne Seminarelelemente dem Erlernen einzelner oder mehrerer der genannten Fähigkeiten aus Medizinstudierendensicht zuträglich bzw. abträglich sein konnten (s. das Kapitel: Training studentischer (selbst-)reflexiver Fähigkeiten in *LET ME ... keep you real!*). Mit Blick auf die Evaluation des Lerninhaltes und medizindidaktische Theoriebildung haben wir die grobe Fragestellung auf zwei Fragen zugeschnitten: Wie ist der Beitrag eines universitären Seminares zu einer medizinstudentischen Auseinandersetzung mit dem Arzt-Sein zu erfassen? Und: Welche Fähigkeiten werden aus Studierendensicht bei *LET ME ... keep you real!* trainiert, um medizinstudentische (Selbst-)Reflexion zu praktizieren? Wir zitieren zur Darstellung im Text jeweils ein Datenbeispiel aus einer der Fokusgruppen FG1 bis FG5 oder aus den Einzelinterviews EI1 und EI2, die alle im Zeitraum vom 24.05.2017 bis 07.05.2018 stattgefunden haben. Außerdem werden in Anhang 1 unsere Codes und ihre Gruppierung dargestellt. Sie dient als Übersicht und Ergänzung zum Text. Abbildung 1 zeigt ein SOLL-Profil, das die Codes in ihrer Verbindung als verschiedene Ebenen der (Selbst-)Reflexion darstellt und als Merkhilfe dienen kann.



Abbildung 1: Studentisches SOLL-Profil zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Arzt-Sein: (1)–(5) sind die (selbst-)reflexiven Fähigkeiten, die innerhalb des Seminars *LET ME keep your real!* aus medizinstudentischer Sicht trainiert werden können, um einen geordneten Metablick auf das eigene Arzt-Sein zu praktizieren.

Ethik

Es wurde den Studierenden vermittelt, dass es im Rahmen des Forschungsschwerpunktes darum geht, ihre Perspektiven zu verstehen und so einen Einblick in die studentische Lebenswelt zu erhalten. Den studentischen Teilnehmenden wurde außerdem mündlich und schriftlich Anonymität zugesichert, sowie schriftlich ihre Einwilligung zur Teilnahme an der Forschung festgestellt. Das Einverständnis der Ethikkommission an der Technischen Universität München wurde eingeholt (495/18 S).

Ergebnisse: Reflexion und Selbstreflexion des Arzt-Seins aus Medizinstudierendenperspektive

In den folgenden Unterkapiteln führen wir zuerst studentische Beschreibungen der Seminarsituation aus, die Grundlagen für unsere Schlüsse über den Beitrag des Seminars zu einer Auseinandersetzung mit dem eigenen Arzt-Sein als bestimmte Form der Reflexion und Selbstreflexion sind. Darauf folgend stellen wir tiefergehende studentische Beschreibungen und Bewertungen vor, von denen wir Fähigkeiten gelingender (Selbst-)Reflexion abstrahieren, die laut Medizinstudierendensicht in *LET ME ... keep you real!* trainiert werden konnten.

Der Beitrag des Seminars *LET ME ... keep you real!*: (Selbst-)Reflexionsvermögen als Metablick lernen

Exemplarisch zeigt das folgende Beispiel, wie (Selbst-)Reflexion in einem universitären Seminar – im Sinne eines konstruktiven Wechsels zwischen „persönlicher“ Perspektive und „abstrakter“ (FG2) Metaperspektive – gelingen kann.

Student_in: „Ich finde, das hilft dann irgendwie, Argumente rauszuziehen, zu sammeln und darzustellen. [...] Und das lernt man hier [im Seminar, Anmerk. L.S.]

glaube ich auch. Einfach sich auszudrücken, Dinge zu lesen, darzustellen, Meinungen zu akzeptieren, andere Sachen und sich selber irgendwie zu positionieren und dann irgendwo einen Kompromiss zu finden.“ (FG1)

Zusammen mit anderen Stellen aus dem Material lässt sich eine gekonnte medizinstudentische Auseinandersetzung mit dem Arzt-Sein als reflexives und selbstreflexives Vermögen fassen. Dieses (Selbst-)Reflexionsvermögen erleichtert es, unterschiedliche Perspektiven auf die ärztliche Lebenswelt anzuerkennen und so in den Auseinandersetzungsprozess mit dem eigenen Arzt-Sein bewusst einzusteigen. Das Seminar kann hilfreich sein, um auch zukünftig mit Hilfe eines gekonnten Metablickes „in die Tiefe“ (FG4) gehen zu können oder einen erweiterten Blick zu erhalten.

Student_in: *Man lernt so diesen Metablick, aus seiner eigenen Perspektive raus zu gehen und so ein bisschen das Ganze zu betrachten. (FG1)*

Die Lernerfahrungen im Seminar umfassen zum Beispiel entstandene Diskussionen und eigene Gedanken. Diese Erfahrungen in Form einer Leistung zu bewerten wird durchaus als kritisches Unterfangen gesehen.

Student_in: *[...] wir müssen das ein bisschen auf die Professionalitätsschiene bringen, dass wir schon irgendwas produzieren, aber so, dass das Format so, wie wir es alle toll finden, auch irgendwie erhalten bleibt. [...]*

Interviewerin: *Was ist deine Meinung dazu, oder, zu dem Kommentar, da muss was bei rum kommen, wenn ich das richtig so zusammenfasse.*

Student_in: *[...] es kommt ja was dabei rum, und das kann man nicht messen. Das ist das Problem. Und das Problem an der gesamten Sache. (FG1)*

(Selbst-)Reflexion durch den Einsatz geisteswissenschaftlicher und künstlerischer Reflexionsimpulse anzustoßen, kann außerdem zwar als „nette Abwechslung“ (FG3) und „Ansporn“ (FG3) aus Medizinstudierendensicht beschrieben werden, kann aber durchaus auch als „befremdlich“ (E11) wahrgenommen werden. Der starke Diskussionsan-

teil im Seminar kann sogar unter den Verdacht der „Zeitverschwendung“ (EI2) geraten.

Student_in: *Vielleicht als Kritik, aber das kann man also immer bei Kursen eigentlich anbringen, dass viel geredet wird, um irgendwie, häufig ohne Ergebnis. Und wir sind so drauf geeicht, dass wir sehr viel, in kurzer Zeit viel lernen müssen oder viel aufnehmen müssen, und wenn man dann viel redet ohne Ergebnis, das ist halt so ein bisschen/ manchmal hat man dann das Gefühl, okay, das war ein bisschen Zeitverschwendung. (EI2)*

Es zeigt sich für manche medizinstudentische Person im Seminar aber auch, wie wichtig und notwendig unab-schließbar eine eigene gelingende Auseinandersetzung mit dem Arzt-Sein sein darf. Dies wird dann als Gefühl der Sicherheit expliziert.

Student_in: *[...] es ist eine dieser Fragen, die einen, wenn man, ja, die einen halt auch ein Leben lang begleiten kann, was ist dieser Beruf eigentlich, warum mache ich ihn. [...] Von daher, ja, mir hat es Sicherheit gegeben, dieses Seminar. Ich habe immer noch nicht so ein konkretes Bild, aber es ist okay. (FG4)*

Der Seminarkontext befähigt im besten Fall dazu, den „Spagat zwischen der Medizin und der Gesellschaft“ (FG3) und das „breite Netz“ aufzuzeigen, in das ärztliche Personen verwoben sind (FG3), beispielsweise durch den „philosophischen Ansatz“ (FG3) des Moderators oder über die künstlerische schriftliche Darstellung des Blickes des Mediziners in einem Haiku (FG3).

Ein tieferes Verständnis kann sich auch in der Anerkennung der „Vielfältigkeit“ (FG4) des Arzt-Seins ausdrücken. So wird an anderer Stelle eine Unklarheit in Bezug auf „die Rolle des Arztes oder eine Rolle als Arzt vielleicht mal in der Zukunft, was das so bedeutet“ geäußert, die in dem Seminar durchaus „konkretisiert“ (FG4) wurde. Aus der eigenen Perspektive herauszugehen oder auch „das Ganze“ (FG1) mit Hilfe des Metablickes zu betrachten, kann, je nach gebotener Aufgabenstellung, eine Vielzahl an „Metaebenen der Medizin“ (FG5) umfassen, z.B. eigene Ideale (FG1), historische Entwicklungen (FG2), die Balance zwischen Beruf und Privatleben (FG3), unterschiedliche gesellschaftliche Rollenvorstellungen (FG4), ärztliche Fehlerkultur (FG5), aber auch die Arzt-Patienten-Beziehung (EI1) und die eigene Biografie (EI2).

Training studentischer (selbst-)reflexiver Fähigkeiten in LET ME ... keep you real!

Der konstruktive Metablick zum Einüben von (Selbst-)Reflexion gelingt aus medizinstudentischer Perspektive im Seminar, wenn mindestens eine von fünf (selbst-)reflexiven Fähigkeiten in den Fokus des Trainings gerückt wird. Bestimmte Seminarelemente werden von Studierenden als zuträglich für das Training dieser Fähigkeiten dargestellt, während andere das Training eher hemmen.

Fähigkeit 1: Hinterfragen und Zweifeln

Ohne dass für die Studierenden eine unangenehme Atmosphäre entsteht, kann der Zugang zu einem freien und sinnhaften Zweifeln geebnet werden, wie im Folgenden geäußert.

Student_in: *Und dass es [nachzudenken und Zweifel zu haben, Anmerk. L.S.] schon seinen Sinn hat, auch gerade, wenn man viel hinterfragt für sich und viel zweifelt oder so, was wir vielleicht alle machen, dass es auch unbefriedigend ist oder so oder man sich mal im Kreis dreht. (FG1)*

Aus der alltäglichen medizinstudentischen „Komfortzone“ (FG1) herauszutreten, wird als Zugang zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Arzt-Sein beschrieben.

Student_in: *In dem Seminar gibt es kein Richtig oder Falsch. Da gibt es Meinungen, da gibt es Gefühle, da gibt es kein das ist jetzt Schwarz-Weiß, und das macht es auch aus. Und dieses Schwarz-Weiß, dieses Denken auch, was man da entwickelt, das hatten wir im Studium nicht [besprochen, Anmerk. L.S.]. Da gibt es die Fakten und da gibt es die Sachen, die man nicht weiß. (FG1)*

Dieses Heraustreten aus der Komfortzone stellt sich medizinstudentischen Personen dann als besonders erfolgreich dar, wenn es möglich wird, nicht nur die eigenen Positionen, sondern auch Perspektiven von Personen hinterfragen zu dürfen, die den Studierenden gegenüber normalerweise eine Machtposition innehaben. Durch die Regel der Gleichberechtigung aller Teilnehmenden können Studierende durchaus angeleitet werden, sich innerhalb eines Seminars „ein bisschen davon zu befreien von dieser Sozialisierung, die die ganze Zeit [durch das Medizinstudium, Anmerk. L.S.] stattfindet“ (FG4), was aber auch als verunsichernd bewertet wird und als schwierig, falls die eigene Motivation durch unzulängliche ositive Erfahrung im Bereich des Kritikübens fehlt (FG1).

Ergänzend wird geäußert, dass es hilfreich zum gelingenden Hinterfragen sei, Themen ansprechen zu können, die „immer noch als nebensächlich angesehen werden“ und bei denen es sonst „nicht erlaubt [ist, Anmerk. L.S.] zu sagen“, dass „es richtig schwer [ist, Anmerk. L.S.], damit umzugehen“ (FG4). Der Umgang mit eigenen Unsicherheiten (FG4) und Schwächen (FG2), ärztlichen Fehlentscheidungen (FG3), dem Tod von Patienten (FG5) oder Hierarchiedenken in der Medizin (FG1) sind zum Beispiel solche aus Studierendenperspektive im Medizinstudium als nebensächlich angesehenen Thematiken.

Fähigkeit 2: relevante Perspektiven erkennen

Medizinstudierende stellen es außerdem als besonders wichtig heraus, Zugang zu den Meinungen und Erfahrungen anderer Personen zu bekommen. So kann der „andere Blick“ (FG5) erkannt werden. Relevante Andere können auch als „Vorbilder“ (FG2) oder als Negativbeispiele, die einen „ziemlich schockiert“ machen (FG4), herangezogen werden. Sie können außerdem „verschiedene Modelle“ des Umgehens präsentieren (FG4), die eigene Wirkung

auf andere „spiegeln“ (FG4), sie können die eigene Sichtweise „realistisch“ machen (FG4 in Bezug auf den erfahrenen Arzt), Zugang zu einem „Generationenblick“ geben (FG3 in Bezug auf den erfahrenen Arzt) oder aufzeigen „wie das jetzt sozusagen für einen in einem normalen Niveau gerade wirkt“ (EI1 in Bezug auf den nicht-ärztlichen Moderator). Neue Einsichten sind zur Auseinandersetzung hilfreich, und zwar auch außerhalb der „kleinen Blase“ (EI2), in der sich manche Person im Alltag des Medizinstudiums sieht.

Möglichst heterogene Diskussionsgruppen (z.B. Student_innen aus allen Phasen des Studiums, erfahrene Kliniker_innen und Nicht-Mediziner_innen als Moderatoren) werden als hilfreich herausgestellt, um durch die Kombination verschiedener Perspektiven, auch sich widersprechender Aussagen, Diskussionen aus zahlreichen Perspektiven anzuleiten (FG4).

Student_in: Und ich fand auch interessant, also halt wie ähnlich oder auch wie unterschiedlich man oder wir halt so die Sachen gesehen haben, und gerade am Schluss also haben wir ja quasi so ein Meinungsbild gemacht, welche Qualitäten wir wichtig finden als Arzt. Und dann konnte man hinterher schon schauen [...] was spricht die meisten an. (FG1)

Besonders kann das Herausstellen von Ähnlichkeiten und Unterschieden konstruktiv beim Erkennen relevanter Perspektiven sein, wie das Zitat illustriert. Dies in einer Gruppengröße von 10-12 Personen zu gewährleisten kann auch ein Problem darstellen.

Student_in: So ein wirklich intensives Gespräch kann man meiner Meinung nach nur zu zweit führen, also schon bei drei wird es ja schwierig, und bei zehn ist dann ja noch mal eine ganz andere Nummer. Aber gerade, wenn es um so abstrakte Dinge geht oder emotionale vielleicht auch, ich weiß nicht, da hilft es meiner Meinung nach, ein Thema wirklich von allen Seiten zu beleuchten, ohne Wertung, vielleicht auch mal alle Aspekte, die einem dazu einfallen, in den Raum zu werfen, aber das ist halt einfach schwer, wenn es viele Menschen sind. (FG4)

Diskutieren in der Gruppe kann auch mit einem gewissen „Argumentationsdruck“ (EI1) verbunden sein, dessen Bewältigung Medizinstudierenden unterstützungsbedürftig erscheinen kann.

Fähigkeit 3: Sichtweise einordnen

Es wird der Wunsch geäußert, dass es möglich sein sollte „selbst für sich in die Tiefe zu gehen“ (FG4). Hierzu wird es als hilfreich geäußert, sich – mündlich und schriftlich – ausdrücken zu wollen und zu können und literarische Texte, Filmsequenzen, sowie Anregungen Anderer in Bezug auf die eigene Lebenslage zu durchdenken. Ein detailliertes und präziseres Präsent-Machen der Selbstsicht, dessen „was vage in einem drin steckt“ (FG1), wird durchaus als Ergebnis des Seminars wahrgenommen. Offene Diskussionen in der Gruppe können dieses „auf-den-Punkt-bringen“ (FG1) stützen. Der Prozess des Präsent-Machens wird auch damit erläutert, zu sich selbst

„ein bisschen Distanz“ einzunehmen (FG1) oder auch sich die Fragen zu stellen „Will ich das? Bin ich das?“ (FG4). Dies kann problematisch werden, wenn die nötige Zeit fehlt.

Student_in1: [...] und man wird so von allen Seiten mit Ideen überschüttet und hat häufig nicht Zeit, selbst für sich in die Tiefe zu gehen in Bezug auf den Input, den man gerade gekriegt hat, weil dann gleich der Nächste kommt. (FG4)

Als Impuls zum Erlernen dieser Fähigkeit wird genannt, dass eine Moderator_in in einer „Metaposition“ unterschiedliche „Sichtweisen“ eines Themas zusammenfassen und festhalten kann und damit den Teilnehmenden „besser greifbar“ macht „wo sie sich da jetzt eigentlich einordnen würden“ (EI1).

Student_in: Und dann kann man vielleicht auch manche Differenzen, die jetzt sind, dann vielleicht gar nicht so stark wie sie dann zunächst einmal geschehen oder sie sind vielleicht genauso stark, aber man hat es dann irgendwie nochmal so klarer vor sich (EI1).

Fähigkeit 4: gemeinschaftlichen Austausch pflegen

Das Schaffen einer Gemeinschaft, die offene Diskussionen ebenbürtiger Gesprächspartner ermöglicht, so dass man „mit diesen Ängsten oder Sorgen nicht ganz allein dasteht“ (FG4) wird als hilfreich angesehen.

Student_in: Ich hab tatsächlich für mich eher das Gefühl, dass ich, ja ich will das gar nicht so kontrastieren, also ich hab glaube ich von den Erfahrungsberichten, von [POB, Anmerk. L.S.] sehr profitiert, [...] wo ich das Gefühl hatte, jetzt ist es im Raum, jetzt kann man drüber reden. [...] Das war halt irgendwie gut, einfach für mich selber noch mal, hey, du musst nicht perfekt sein. Es geht den anderen auch so. Aber es geht darum wie du damit umgehst. Und dann weiß ich am Schluss viel besser auf was ich mich einstelle. (FG2)

Eigene Erlebnisse und Empfindungen in Bezug auf das Arzt-Sein „in den Raum“ (FG4) werfen zu dürfen und andere Meinungen zu akzeptieren ist als wichtig zu betrachten, um die Auseinandersetzung situativ zu vollziehen. Außerdem ist es wichtig, „Vertrauen“ zu Gesprächspartnern schöpfen zu können (FG4), so dass die eigene Meinung auch zu schwierigen Themen geäußert werden kann. Hier wird auch benannt, dass es im Rahmen eines universitären Seminars hilfreich sei, Teilnehmende zu haben, „die auch da sein wollten“ (FG1). Außerdem besteht nach studentischen Angaben die Gefahr, „das Thema wieder woanders hin [zu, Anmerk. L.S.] lenken“ oder das Wort an jemand anderen weiterzugeben (FG4), z.B. wenn jemand als Autoritätsperson wahrgenommen wird. Der sichere Rahmen kann dann in Gefahr geraten und Gemeinschaftsgefühle können nicht entstehen. Hier wird durchaus auch diskutiert, inwieweit ein „intensives Gespräch“, das starke Gefühle hervorruft, in einer Gruppengröße wie im Seminar vorgesehen überhaupt möglich sei (FG4). Die

Bewertung der geführten Diskussionen richtet sich auch auf das konsequente Verbinden verschiedener Redebeiträge und forcierte Rückfragen.

Student_in 1: *Es gab natürlich Situationen, wo Dinge schon eher ausdiskutiert wurden, aber sonst habe ich schon eher den Eindruck, dass jemand was gesagt hat und dann vielleicht noch mal jemand was dazu gesagt hat, aber es einfach nicht der Rahmen da war, um da wirklich irgendwelche Gedanken weiterzuspinnen oder so, ja zu schauen, wie siehst du das jetzt eigentlich wirklich so[...]*

Student_in 2: *[...] vielleicht habe nur ich damit einen Issue, aber ich fand es häufig sehr schade, dass das so.*

[...]

Student_in 2: *... nicht benutzt wurde, was er [der erfahrene Arzt, Anmerk L.S.] gesagt hat, denn es hätte uns weitergebracht, glaube ich. (FG4)*

Fähigkeit 5: sich für eine (alternative) Position entscheiden

Die notwendige Rückkehr aus der Metaperspektive, um eigene Schlüsse zu ziehen, kann sowohl für die Studierenden als auch für ein Seminarkonzept eine Herausforderung sein, wie schon die studentische Kritik herausstellt, in der ein ergebnisloses Diskutieren im Rahmen des Seminars unter den Verdacht der „Zeitverschwendung“ (EI2) gerät (siehe Kapitel 3.1). Auch der Wunsch nach neuer Positionierung zeigt sich in den Fokusgruppen in unterschiedlichem Maße. Auf kleinster Stufe kann er sich für den Moment schon allein im Formulieren wichtiger Fragen erschöpfen. Manche studentische Person beschreibt das Herausziehen neuer Ansätze als Anstoß für Veränderungen und die eigene Weiterentwicklung. Dies gehe einher mit dem Gefühl nun mit einer grundlegenden „Frage konfrontiert“ zu sein, mit der sich „jede“ Person konfrontiert sehe, die sich die „Anforderungen, die der Job bietet“ (FG3) bewusst mache. Das Konfrontieren mit ärztlichen Anforderungen wird durchaus als eine Qualität des Seminars bewertet.

Student_in: *Aber was ich so mitgenommen habe, natürlich, bei uns hat das jetzt, ist jeder auch mit der Frage konfrontiert, und es kam oft im Laufe des Seminars, wie gehe ich selbst um mit den Anforderungen, die der Job bietet, wie schaffe ich es halt noch nebenbei, auch nebenbei ein lebenswertes Leben zu führen, und welche Opfer bin ich da bereit zu bringen so im Laufe meiner Karriere. (FG3)*

Im günstigen Fall kann aber durch Diskussion im Seminar ein „neuer Ansatz“ generiert werden, um Veränderungen im Verständnis für das Arzt-Sein und seine moralischen Konsequenzen anzustoßen (FG1). Eine Interaktion zwischen Interviewenden und einer medizinstudentischen Person während einer Fokusgruppendifkussion beschreibt die Notwendigkeit der Anleitung dieser Fähigkeit durch die Seminarelemente.

Interviewerin: *Aber was für euch persönlich ist jetzt das, was bei alle dem das ist, wo ihr sagen würdet,*

na ja, aber das sollten wir schon leisten, oder genau da muss ich die und die Entscheidung treffen. Das interessiert mich. Ist es dadurch ein bisschen verständlicher, was ich meine oder versteht man mich noch immer nicht so richtig? Dann versuchen wir es zusammen auf den Punkt zu bringen.

Student_in1: *Ja, nicht, was die Erwartungen von anderen sind, sondern wo ich denke, so sollte ich, die Sachen sollte ich dann machen oder die Sachen!*

Interviewerin: *Genau. Also da interessiert mich einfach eure persönliche Perspektive. Vielleicht kommen da verschiedene Leute an unterschiedliche Punkte.*

Student_in2: *Also ich kann mir vorstellen, jeder von uns hat so das Bedürfnis, nicht nur diesen analytischen Blick zu entwickeln [gemeint ist hier der medizinisch naturwissenschaftliche Blick, der im Seminar als kaltes Arzt-Auge eingeführt wird, Anmerk. L.S.], der auch wichtig ist, aber natürlich auch eine persönliche Perspektive also beizubehalten und das halt in einer angebrachten Art und Weise. Klar. Also klar ist es manchmal wichtiger, sozusagen halt, ich weiß nicht, es gibt Situationen, wo Empathie wichtiger ist, manche, wo es wichtiger ist, halt nur so irgendeinen Katalog halt abzuarbeiten. (FG3)*

Was durch die Nachfrage der Interviewerin bei der studentischen Person angestoßen wird, ist die Äußerung der Erkenntnis, dass konstruktive (selbst-)reflexive Verhaltensweisen den Moment der Entscheidung beinhalten. Eine weitere studentische Person äußert darauffolgend die Vermutung, dass medizindidaktische Hilfen für eine „angebrachte Art und Weise“ (FG3) des Perspektivenwechselns auf ein grundlegendes Bedürfnis von Studierenden reagieren könnten.

Diskussion: Beitrag von LET ME ... keep you real! zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Arzt-Sein

Mit der konkreten Fragestellung dieses Artikels wird durch unsere Analysemethode im Rahmen der am TUM MEC durchgeführten qualitativ ausgerichteten soziologischen Evaluationsforschung „den unterschiedlichen Relevanzsystemen von Forschern und Erforschten systematisch und in kontrollierter Weise Rechnung getragen“, ohne auf zuvor standardisierte Kategorien zurückzugreifen [18].

In Bezug auf Limitationen dieser Arbeit, insbesondere bzgl. der Samplingstrategie ist folgendes zu beachten: Die hier ausgearbeitete Studierendenperspektive ist eine Auswahl aus unserem Forschungsmaterial und damit immer eine Zusammenfassung. Außerdem ist sie, wie wir vermuten, eine notwendig abstrakte und idealisierte Darstellung einer Vielzahl von medizinstudentischen Bedürfnissen zur konstruktiven Auseinandersetzung mit dem eigenen Arzt-sein. Denn als Teilnehmende an den Fokusgruppen wurden bisher nur ehemalige Teilnehmende

de an dem Seminar *LET ME ... keep you real!* gewählt. Die Datenmenge, so schließen wir, umfasst die Meinungen einer Selektion von Studierenden, die wahrscheinlich schon Affinitäten zur (Selbst-)Reflexion mitbringen, auch weil die Teilnahme am Seminar bisher freiwillig ist. Dies wirkt sich sicher auch auf die vorwiegend positiv ausfallende Bewertung des Seminars aus. Nicht zu vergessen ist außerdem eine fehlende Teilnahmebereitschaft bei einer Seminareinheit, bei der stattdessen zwei Einzelinterviews geführt wurden. Auch ist soziale Erwünschtheit bei der studentischen Kritik nicht gänzlich auszuschließen. Dennoch bitten wir zu beachten: Wir hatten nicht den Anspruch mit dieser ersten Studie eine Theorie mittlerer Reichweite zu explizieren, was z.B. mit einer umfassenden Grounded Theory angestrebt würde [19]. Dies war zu diesem Zeitpunkt und mit den bis dato erhobenen Daten noch nicht möglich. Wir entschieden uns stattdessen für den Erkenntnisstil des methodischen Entdeckens [10]. In Bezug auf die Sättigung zur umfassenden inhaltlichen Erfassung der studentischen Lebenswelt wäre es sicher wichtig, weitere Studierende zu interviewen, zum Beispiel zufällig ausgewählte Nicht-Teilnehmende, LET ME-Kritiker oder Personen, die vor dem Beginn ihres Medizinstudiums stehen. Die Triangulation mit anderen Methoden wäre außerdem hilfreich, um Seminarsituationen der genaueren Beobachtung zu unterziehen und tiefer in einzelne Perspektiven studentischer Einstellungen, Erfahrungen und Verhaltensweisen einzutauchen. Gerade die kleine Personenanzahl – drei bis sechs Personen pro Fokusgruppe – halten wir für eine Stärke unserer Erhebungsmethode und zusätzlich für medizinischdidaktisch wertvoll. So konnte jede teilnehmende studentische Person zu Wort kommen. Außerdem wurde ein Raum geschaffen, in dem man sich ohne anwesende vermeintlich wertende Lehrpersonen äußern konnte. Eine Fokusgruppendifkussion kann so nicht nur zur Datenerhebung genutzt werden, sondern bietet auch zusätzliche Reflexionsmomente für die Studierenden und Möglichkeiten, aus den eigenen und den Reflexionen der anderen zu lernen.

LET ME ... keep you real! leistet einen Beitrag zu ärztlicher professioneller Identitätsentwicklung, die sich aus Studierendenperspektive erst einmal recht allgemein als medizinischdidaktisch angeleiteter Metablick verstehen lässt. Das Einbeziehen gesellschaftlicher Zusammenhänge und einer philosophischen und künstlerischen Umgangsweise mit Gedanken, Gefühlen und Sprache leistet einen gewinnbringenden Zugang, um einen Auseinandersetzungsprozess mit dem eigenen Arzt-Sein anzuleiten. Ein Seminar wie *LET ME ... keep you real!* kann aus Studierenden-sicht Fähigkeiten medizinischer (Selbst-)Reflexion zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Arzt-Sein fördern, indem es Studierenden durch diesen Zugang mentale Trainingsmöglichkeiten zur Verfügung stellt, durch die sie ihre eigene Wahrnehmung zu sensibilisieren lernen. Im medizinischen Meinungsbild der Teilnehmenden an *LET ME ... keep you real!* lassen sich diese (selbst-)reflexiven Fähigkeiten erkennen, wenn man die Beschreibungen und Bewertungen des Seminars

analytisch aufbereitet. Die verschiedenen Fähigkeiten zur (Selbst-)Reflexion 1 bis 5 funktionieren situativ oft in Kombination. Werden sie in ihrer Vielfalt anerkannt und gekonnt angeleitet, können sie innerhalb eines universitären Seminars trainiert werden.

Ein Seminkonzept kann ein Hinterfragen erleichtern, wenn es die, mit dem Verlassen der medizinischen Komfortzone verbundene, Unsicherheit auffängt und Raum zum artikulierten Zweifeln zur Verfügung stellt. Auch andernorts wird schon darauf hingewiesen, dass ein vertrauensvolles Lernumfeld die Voraussetzung dafür ist, dass Reflexion bei Medizinstudierenden überhaupt möglich wird [6], [20]. Die Aussagen der Studierenden verweisen auf eine Fähigkeit, die im medizinischdidaktischen Diskurs schon unter den Schlagworten *Critical Medical Humanities* [15], [21], [22] und *kritisches Denken* [23] verhandelt werden. Die Bereitschaft, eine verstehende und vergleichende Haltung einzunehmen, zum Beispiel sich auf Erzählungen aus den gewählten Reflexionsimpulsen, aber auch auf die Beiträge der anderen Teilnehmenden einzulassen und so unterschiedliche Perspektiven zu erkennen und einordnen zu können, wird wiederholt von Teilnehmenden als grundlegend beschrieben. Im Idealfall werden, wie von Medizinstudierenden geäußert, die herausgearbeiteten Perspektiven dann zu einer Vielzahl neu entdeckter Argumente, die Studierende dann wiederum reflektieren und offen diskutieren können, um sie für ihre weitere Entwicklung zu nutzen. Sich die eigenen Verhaltensweisen, aber auch Gefühle und Denkweisen in Bezug auf eigene Erfahrungen klarzumachen, stellt aus Medizinstudierendensicht einen wichtigen Teil der Auseinandersetzung dar. *Reflective writing* kann dazu anleiten, die Selbstsicht explizit zu machen [16]. *Close Reading* [24], [25], [26] kann zum Beispiel durch Verschriftlichung verschiedener Positionen an der Tafel unterstützt werden und so unterschiedliche Positionen verbildlichen und helfen, die eigene Position einzuordnen. Hier ist es auch besonders wichtig, gezielt Zeit zum Nachdenken zur Verfügung zu stellen. Durchaus geht es aus Studierendenperspektive bei konstruktiver (Selbst-)Reflexion außerdem darum, eine Haltung einzunehmen, die das Umgehen mit dem Arzt-Sein nicht nur zu einer persönlichen, sondern einer gemeinschaftlichen Angelegenheit macht. Konkret heißt das: Jede einzelne studentische Person – mit ihren Einstellungen, Affekten und sonstigen Prägungen und Bedürfnissen in Bezug auf ihr persönliches Arzt-Sein – soll den Verlauf eines auf (selbst-)Reflexion ausgerichteten Seminars beeinflussen können, ist damit aber auch mitverantwortlich für die Tiefe der Auseinandersetzung. Gemeinschaftlicher Austausch stellt durchaus eine Herausforderung dar, die im Seminar nach mancher medizinischen Meinung auch scheitern kann, wenn Gruppenmitglieder nicht dazu angehalten werden, Diskussionsbeiträge aufzugreifen. Unerwartete Argumente aus Diskussionen und das eigene Einnehmen einer Position werden im Seminar als Ergebnisse und als zusätzlicher Erfahrungsschatz gewertet. Inspirierende Reflexionsimpulse, die Positionen einer erfahrenen ärztlichen Person, die unparteiische Haltung

eines Moderators und das strukturierte Niederschreiben eigener Gedanken leisten diese Hilfestellungen, weil sie nicht selbst gemachte Erfahrungen, sondern auch das Gefühlsleben der Medizinstudierenden ansprechen.

In Bezug auf unsere Überlegungen zur medizindidaktischen Theoriebildung halten wir fest: Medizindidaktische Unterstützung professioneller Identitätsentwicklung [14] kann aus unserer Sicht bei einer Vielzahl ärztlicher Themen ansetzen. Sie kann darauf abzielen, ein andauernd wachsendes Verständnis sozialer Rollenerwartungen – an die ärztliche Profession im Allgemeinen [1] – und eine sensibilisierte Wahrnehmung des eigenen Arzt-Seins zu ermöglichen – zum Beispiel, auf die Entwicklung der eigenen Kompetenzen zu blicken [<http://www.nklm.de>]. Dieser zum einen intellektuelle, zum anderen aber auch emotionale und kommunikative Wachstumsprozess ist mit Herausforderungen verbunden, die sich aus den wahrgenommenen Statusunterschieden zwischen dem aktuellen Status eines Medizinstudierenden (being) und dem angenommenen Zielstatus der kompetenten ärztlichen Person (becoming) ergeben [6]. Die in diesem Artikel explizierte Studierendensicht ermöglicht ein tiefergehendes Verständnis eines gelingenden Prozesses: Sich mit den ärztlichen Herausforderungen mental auseinanderzusetzen wird nicht nur durch ein Behandeln unterschiedlicher ärztlicher Themen unterstützt, sondern auch durch eine Reflexion auf mehreren Ebenen. Jede (Selbst-)Reflexionsebene beinhaltet das Umgehen mit eigenen Gedanken und Gefühlen (me-to-me-reflections), aber auch das Verarbeiten der gezeigten Gefühle und Gedanken anderer Personen (me-to-them reflections), wie die Studie von Jarvis-Selinger et al. bereits demonstriert [6]. Der Metablick – als erweiterte professionelle ärztliche Sichtweise – ist damit als ein Zusammenspiel einer sensibilisierten Innen- und Außenwahrnehmung zu verstehen. Er ist als ein *way of being and seeing* zu verstehen [5].

Richtlinien für reflexionsanregende Schreibaufgaben und stützendes Feedback zu Schriftstücken sind zwei Möglichkeiten, Reflexionsübungen zu standardisieren, sodass die schriftliche Explikation studentischer Innen- und Außenwahrnehmung eines ärztlichen Themas messbar wird [4]. Um die verschiedenen Ebenen der (Selbst-)Reflexion des Arzt-Seins vollziehen zu können, bedarf es jedoch einer Vielzahl an Fähigkeiten, die themenübergreifend relevant sind und von denen wir bezweifeln, dass sie ohne Weiteres messbar gemacht werden können. Wir wenden uns mit diesem Verständnis gegen erkenntnistheoretische und evaluative Zuschnitte, die einstufige Bewertungen und das Herausarbeiten von Evidenz in Bezug auf Reflexion zum einzigen Mittel der Wahl erklären [5]. Gezielt soll hier dafür plädiert werden, das erarbeitete Fähigkeitsprofil als Orientierung, jedoch nicht als starres Rezeptwissen zur Entwicklung von Seminaren anzuwenden.

Schlussfolgerungen: Das eigene Arzt-Sein (selbst-)reflexiv studieren

Die mentale Auseinandersetzung mit dem eigenen Arzt-Sein ist eine relevante Lernerfahrung in der ärztlich-professionellen Identitätsbildung [3], die hier als (Selbst-)Reflexion in den Fokus gerückt wird. Sie sollte deshalb auch im Studium als Kompetenz Anerkennung finden und gelehrt werden. Entfaltet die Kompetenz der (Selbst-)Reflexion ihr volles Potenzial, trägt sie den, im NKLm als wichtig deklarierten, Erwartungen an „eigenverantwortliche“ und „selbstständige“ Ärzte Rechnung, die zur „Integration aller ärztlichen Rollen“ fähig sind [<http://www.nklm.de>]. Seminare wie *LET ME ... keep you real!* sind dieser Kompetenz zuträglich, weil es hier um Schärfung der medizinstudentischen Wahrnehmung zum Erlernen eines Metablicks geht: intellektuell, kommunikativ und auch emotional. Dass die Erweiterung der Sichtweise und der Blick auf eigene Wertungen und Gefühle einen Lernerfolg darstellt, sollte explizit durch Lehrende hervorgehoben werden. Dies ist hilfreich um dem Eindruck vorzubeugen, mentale Auseinandersetzung mit dem eigenen Arzt-Sein böte keinen Mehrwert und hierfür notwendige Fähigkeiten seien im besten Fall angeboren. Raum für gemeinsames Denken und die Verarbeitung von Erfahrungen können wohl stattdessen eher als Entstehungsmomente für gewinnbringende (selbst-)reflexive Fähigkeiten angesehen werden. Die hier herausgearbeiteten Fähigkeiten können als Soll-Profil zur ersten Orientierung beim Training dienen. Denn (Selbst-)Reflexion des Arzt-Seins muss – wie jede ärztliche Kompetenz – wiederholt eingeübt werden. Ein schon zu Studienzeiten geübter Metablick könnte außerdem einem langfristig reflektierenden Verhalten professioneller ärztlicher Personen zuträglich sein [2].

Danksagung

Vielen Dank an René Schneider, M.A. und Philip Lambrix, M.A. für die Kürzungen und Korrekturen.

Interessenkonflikt

Die Autor*innen erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Anhänge

Verfügbar unter

<https://www.egms.de/de/journals/zma/2020-37/zma001340.shtml>

1. Anhang_1.pdf (97 KB)

Tabelle 1: Auseinandersetzung mit dem eigenen Arzt-Sein im Rahmen eines universitären Seminars

Literatur

1. Frank JR, Shell L, Sherbino J, editors. CanMEDS 2015. Physician Competency. Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
2. Schön DA. The Reflective Practitioner. London: Routledge; 2017. DOI: 10.4324/9781315237473
3. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents. A guide for medical educators. Acad Med. 2015;90(6):718-725. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000700
4. Uygun J, Stuart E, De Paor M, Wallace E, Duffy S, O'Shea M, Smith S, Pawlikowska T. A Best Evidence in Medical Education systematic review to determine the most effective teaching methods that develop reflection in medical students: BEME Guide No. 51. Med Teach. 2019;41(1):3-16. DOI: 10.1080/0142159X.2018.1505037
5. Ng SL, Kinsella EA, Friesen F, Hodges B. Reclaiming a theoretical orientation to reflection in medical education research. A critical narrative review. Med Educ. 2015;49(5):461-475. DOI: 10.1111/medu.12680
6. Jarvis-Selinger S, MacNeil KA, Costello GR, Lee K, Holmes CL. Understanding Professional Identity Formation in Early Clerkship. A Novel Framework. Acad Med. 2019;94(10):1574-1580. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002835
7. Berberat PO, Henningsen P, Teufel D, Frick E, Hohendorf G, Buyx A. Ärztliche Haltung, ethische Reflexionsfähigkeit und professionelle Subjektivität. Bayer Ärztbl. 2019;22.
8. Berberat PO, Teufel D. Arzt, nicht "nur" Mediziner. Dtsch Ärztbl. 2018;A2172-A2174.
9. Lüders C, Haubrich K. Qualitative Evaluationsforschung. In: Schweppe C, editor. Qualitative Forschung in der Sozialpädagogik..Opladen: Leske und Budrich; 2003. p.305-330. DOI: 10.1007/978-3-663-11215-0_14
10. Breidenstein G, Hirschauer S, Kalthoff H, Nieswand B. Ethnografie. Die Praxis der Feldforschung. Konstanz: UVK; 2013.
11. Flick U. Qualitative Methoden in der Evaluationsforschung. Z Qual Forsch. 2009;(10):9-18.
12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research. A 32-item checklist for interviews and focus groups. Intern J for Qual in Health Care. 2007;19(6):349-357. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042
13. Berberat PO, Teufel D. Einem großen Teil des Materials verständnislos gegenüber. Was die moderne Medizin noch von der freudschen Psychoanalyse lernen kann - und sollte. In: Frick E, editor. Psychoanalyse in technischer Gesellschaft. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 2019. p.45-56. DOI: 10.13109/9783666403873.45
14. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. Reframing medical education to support professional identity formation. Acad Med. 2014;89(11):1446-1451. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000427
15. Bleakley A. Medical Humanities and Medical Education: How the medical humanities can shape better doctors. Hoboken: Taylor and Francis; 2015. DOI: 10.4324/9781315771724
16. Charon R. The principles and practice of narrative medicine. New York NY: Oxford University Press; 2017. DOI: 10.1093/med/9780199360192.001.0001
17. Grudens-Schuck N, Allen BL, Larson K. Methodology Brief. Focus Group Fundamentals. Iowa: State University; 2004. Zugänglich unter/available from: <https://lib.dr.iastate.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.de/&httpsredir=1&article=1011&context=extension>
18. Przyborski A, Wohlrab-Sahr M. Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch. 4. Aufl. München: Oldenbourg; 2014. DOI: 10.1524/9783486719550
19. Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. New York: Routledge; 2017. DOI: 10.4324/9780203793206
20. Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and reflective practice in health professions education: A systematic review. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2009;14(4):595-621. DOI: 10.1007/s10459-007-9090-2
21. Mangione S, Chakraborti C, Staltari G, Harrison R, Tunkel AR, Liou KT, Cerceo E, Voeller M, Bedwell WL, Fletcher K, Kahn MJ. Medical Students' Exposure to the Humanities Correlates with Positive Personal Qualities and Reduced Burnout: A Multi-Institutional U.S. Survey. J Gen Intern Med. 2018;33(5):628-634. DOI: 10.1007/s11606-017-4275-8
22. Shapiro J, Coulehan J, Wear D, Montello M. Medical Humanities and Their Discontents: Definitions, Critiques and Implications. Acad Med. 2009;84(2):192-198. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181938bca
23. Kahlke R, Eva K. Constructing critical thinking in health professional education. Perspect Med Educ. 2018;7(3):156-165. DOI: 10.1007/s40037-018-0415-z
24. Arntfield SL, Slesar K, Dickson J, Charon R. Narrative medicine as a means of training medical students toward residency competencies. Patient Educ Couns. 2013;91(3):280-286. DOI: 10.1016/j.pec.2013.01.014
25. Baker CJ, Shaw MH, Mooney CJ, Daiss SD-P, Clark SB. The Medical Humanities Effect: A Pilot Study of Pre-Health Professions Students at the University of Rochester. J Med Humanit. 2017;38(4):445-457. DOI: 10.1007/s10912-017-9446-4
26. Woods A. The limits of narrative: Provocations for the medical humanities. J Med Ethics. 2011;37(2):73-78. DOI: 10.1136/medhum-2011-010045

Korrespondenzadresse:

Laura Scheide, M.A.
TUM Medical Education Center, Niggerstr. 3, 81675
München, Deutschland
laura.scheide@tum.de

Bitte zitieren als

Scheide L, Teufel D, Wijnen-Meijer M, Berberat PO. (Self-)Reflexion and training of professional skills in the context of "being a doctor" in the future – a qualitative analysis of medical students' experience in LET ME ... keep you real! GMS J Med Educ. 2020;37(5):Doc47. DOI: 10.3205/zma001340, URN: urn:nbn:de:0183-zma0013404

Artikel online frei zugänglich unter

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2020-37/zma001340.shtml>

Eingereicht: 23.03.2019

Überarbeitet: 26.03.2020

Angenommen: 22.06.2020

Veröffentlicht: 15.09.2020

Copyright

©2020 Scheide et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.