

# Unterrichtskonzepte für die Berufsfelderkundung: Bewertung durch Studierende des ersten Semesters

## *Teaching Concepts for the Course “Vocational Exploration”: Appraisal by First-Year Students*

Michael Pentzek<sup>1</sup>, Heinz-Harald Abholz<sup>1</sup>, Achim Mortsiefer<sup>1</sup>, Simone Weyers<sup>2</sup>, Stefan Wilm<sup>1</sup>, Thomas Rotthoff<sup>3</sup>

**Einführung:** Für die Gestaltung des Pflichtpraktikums „Berufsfelderkundung“ (BFE) gibt es keine einheitlichen Vorgaben. Daraus lassen sich Lehrkonzepte mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung ableiten, die z.B. auf die Vermittlung eines breiten Überblicks über mögliche Arbeitsbereiche als Arzt/Ärztin abzielt oder eine vertiefte Auseinandersetzung mit einzelnen ärztlichen Kompetenzen wie Kommunikation in den Fokus rückt. Es wurde untersucht, wie unterschiedliche BFE-Konzepte von Erstsemester-Studierenden beurteilt werden.

**Methoden:** Schriftliche Befragung von 198 Düsseldorfer Medizin-Studierenden im ersten Semester (vor deren eigenem BFE-Unterricht): Vorlage der Beschreibungen von vier unterschiedlichen BFE-Konzepten (zwei Konzepten zu ärztlichen Arbeitsbereichen, zwei Konzepten zu ärztlichen Kompetenzen) mit der Aufgabe, diese in eine Rangfolge der persönlichen Präferenz zu bringen. Auswertung der mittleren Rangplätze der vier Konzepte (Friedman-Test) sowie der Zusammenhänge zwischen bevorzugtem BFE-Konzept und Studierendenmerkmalen (logistische Regression).

**Ergebnisse:** Ein BFE-Konzept mit der Möglichkeit, sich einen Überblick über verschiedene Arbeitsfelder in Form mehrerer Hospitationen zu verschaffen, wird von den Studierenden am besten bewertet. Ein vorlesungsbasierter Überblick sowie BFE-Konzepte mit einem Schwerpunkt auf ärztlichen Kernkompetenzen (Kommunikation oder Umgang mit chronischem Kranksein) werden signifikant schlechter beurteilt. Es konnten keine Studierendenmerkmale identifiziert werden, die mit der Bewertung der BFE-Konzepte zusammenhängen.

**Diskussion:** Folgt man dem Studierendenwunsch, muss man den Fokus auf allgemeinmedizinisch wichtige Lehrinhalte wie Kommunikation oder chronisches Kranksein

**Introduction:** There are no uniform specifications for the design of the obligatory course “vocational exploration” in German undergraduate medical education. Consequently, diverse teaching concepts are realized at the medical faculties. One group of concepts gives an overview of possible fields of work for doctors. The other group focuses on a deeper examination of a medical key competence like doctor-patient communication. How do first-year medical students appraise these concepts?

**Methods:** Questionnaire study in 198 first-year medical students at the University of Düsseldorf: Written descriptions of four different teaching concepts (two concepts focussing on possible fields of work and two concepts focussing on a key competence) should to be put into a rank order of their personal preference. Analysis of the mean ranks of the four concepts (Friedman test) and of the relationship between student characteristics and preferred concept (logistic regression).

**Results:** Among the four concepts, a broad overview by means of consultations in several medical settings is the favoured one. An overview in seminars and concepts with focus on competence in communication or chronic illness are significantly ranked lower. There were no significant relationships between student characteristics and concept preference.

**Discussion:** Following the results may imply reassessing the focus on educational goals from general practice like communication or chronic illness. Especially in universities with a minor role of general practice within the curriculum, students’ preferences have to be balanced against own purposes of curricular positioning.

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

<sup>2</sup> Institut für Medizinische Soziologie, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

<sup>3</sup> Studiendekanat und Klinik für Endokrinologie und Diabetologie, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Peer reviewed article eingereicht: 15.05.2014, akzeptiert: 20.05.2014

DOI 10.3238/zfa.2014.0271-0276

im Rahmen des BFE-Praktikums überdenken. Vor allem in Curricula, in denen die Allgemeinmedizin eine eher geringe Rolle im vorklinischen Studienabschnitt spielt, steht man dann vor der Aufgabe, die Studierendenwünsche mit den eigenen Zielen der curricularen Positionierung des Faches abzustimmen.

*Schlüsselwörter: Berufsfelderkundung; Medizinstudium; Curriculumsentwicklung*

*Keywords: Vocational Exploration; Medical Education; Curriculum Development*

## Einleitung

An deutschen Universitäten ist das Praktikum zur Berufsfelderkundung (BFE) seit der 7. AO-Novelle 1990 ein Pflichtfach des Medizinstudiums im ersten Studienabschnitt. Ziel ist es, die Studierenden „mit den Möglichkeiten und Gegebenheiten ärztlichen Wirkens vertraut“ zu machen [1, S. A-2704]. Für die inhaltliche Gestaltung existieren keine näheren Vorgaben.

Historisch betrachtet gab es zunächst stets einen Unterricht des Typus: zusammenbringende Vorträge zum Arztberuf und zu ärztlichen Aufgaben, dazu teilweise Hospitationen an ärztlichen Arbeitsstätten. Im Laufe der Jahre wurden die Unterrichtskonzepte an einigen Universitäten verändert und auf verschiedene Schwerpunkte und Kompetenzen ausgerichtet (z.B. sozialmedizinische Aspekte in Witten/Herdecke [2], Kommunikation in Düsseldorf). Man kann einerseits von einer Form des BFE-Unterrichts sprechen, in der ein breiter *Überblick* über mögliche ärztliche Arbeitsbereiche vermittelt wird, andererseits von einer Gruppe von BFE-Konzepten, die sich auf eine vertiefende Auseinandersetzung mit bestimmten ärztlichen *Kompetenzen* konzentriert.

Im Rahmen der Entwicklung des Düsseldorfer Modellstudiengangs Medizin [3] wurde das in Düsseldorf bislang umgesetzte BFE-Konzept hinterfragt, und es wurden mögliche Alternativen diskutiert. Eine Befragung der Studierenden sollte Aufschluss darüber geben, wie verschiedene BFE-Unterrichtskonzepte beurteilt werden. Vier die Varianten breit aufgefächert widerspiegelnde, derzeit oder vormals an den Universitäten real umgesetzte BFE-Konzepte wurden dazu den Studierenden zur Beurteilung schriftlich vorgelegt: ein hospitationsbasierter Überblick über Arbeitsbereiche

(Hamburg, angelehnt an Kahlke [4]), ein vorlesungsbasierter Überblick (Hannover, angelehnt an Geyer et al. [5]), eine Vertiefung der Kompetenz „Patient-Arzt-Kommunikation“ (angelehnt an den Düsseldorfer BFE-Unterricht ab 2007), eine Vertiefung der Kompetenz „Umgang mit chronischem Kranksein“ (Marburg, angelehnt an Kaluza et al. [6]).

## Methoden

Es wurde eine Querschnitterhebung aller Studierenden der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf im ersten Semester Humanmedizin des WS 2011/12 vor *Beginn* des BFE-Kurses mittels Fragebogen durchgeführt.

## Fragebogen

Der für diese Befragung konstruierte Fragebogen bestand aus sechs Seiten. Auf der ersten Seite wurden Charakteristika der Studierenden erfasst: Geschlecht, Muttersprache, Alter, Stand des Pflegepraktikums (Angabe der absolvierten Wochen), bisherige Tätigkeit im Gesundheitswesen (Freitext), Interesse für medizinische Fachgebiete (Freitext), gewünschter Tätigkeitsbereich nach dem Studium (Mehrfachauswahl aus Patientenversorgung, Forschung, Industrie, Gesundheitswesen, andere, keine Festlegung). Auf den Seiten 2 bis 6 folgten die Instruktion und jeweils halbseitige Beschreibungen der vier BFE-Konzepte. Aufgabe der Studierenden war es, die Konzepte in eine Rangfolge der persönlichen Präferenz zu bringen (von 1 = bestes Konzept bis 4 = schlechtestes Konzept). Es wurde betont, dass sich der Arbeits- und Zeitaufwand für die Studierenden zwischen den Konzepten nicht unterscheidet. Im folgenden sind die

Überschriften und Schlüsselwörter aus diesen Beschreibungen wiedergegeben.

### *Überblickskonzepte:*

- „Praxis-Spotlights“: Kennenlernen verschiedener Fach- und Arbeitsbereiche – vier Praxistage in verschiedenen Einrichtungen
- „Systematischer Überblick“: Vorlesung mit systematischem Überblick über Tätigkeitsfelder – zwei Praxistage in unterschiedlichen Einrichtungen

### *Kompetenzkonzepte:*

- „Kernkompetenz Kommunikation“: Relevanz von Kommunikation als ärztliche Kernkompetenz – zwei Tage Hospitation in einer Hausarztpraxis – wissenschaftliche Beobachtung der Patient-Arzt-Kommunikation
- „Begleitung eines chronisch Kranken“: Chronische Erkrankung – mehrere Gespräche mit einem einzelnen Patienten – verteilt über vier Semester

## Fragestellungen

- Primär: Ungerichtete Alternativhypothese: Die vier BFE-Konzepte unterscheiden sich in der Präferenzbewertung durch die Studierenden.
- Sekundär: Welche Charakteristika der Studierenden hängen mit deren Präferenzbewertung zusammen?

## Vorgehen

In zehn parallel stattfindenden BFE-Kursen wurde den Studierenden vom jeweiligen Kursleiter zu Beginn der ersten BFE-Unterrichtseinheit der sechsstufige Fragebogen mit Deckblatt, Instruktion und den Beschreibungen der vier verschiedenen BFE-Unterrichtskonzepte ausgehändigt. Diese Bögen wurden von den Studierenden vor Unterrichtsbeginn bearbeitet und durch den Kurs-

Merkmal		Prozent
Alter [[Jahre]	bis 21	62,2
	22–25	14,8
	26–29	16,3
	>29	6,6
Geschlecht	männlich	34,7
	weiblich	65,3
Muttersprache	Deutsch	84,2
	andere	15,8
Pflegepraktikum	nicht begonnen	35,1
	begonnen	41,7
	beendet oder aufgrund angerechneter Zeiten nicht nötig	23,2
Bisherige Tätigkeit im Gesundheitswesen	keine	69,4
	Zivildienst/soz. Jahr/Praktikum/etc.	10,7
	abgeschlossene Berufsausbildung im medizinischen Bereich	19,9
Interesse für Fachgebiete	Fach mit eher kleinerem Anteil an Patient-Arzt-Kommunikation <sup>1</sup>	26,0
	Fach mit eher größerem Anteil an Patient-Arzt-Kommunikation <sup>2</sup>	11,2
	Präferenznennungen aus beiden Bereichen	11,2
	keine Präferenz	51,5
	(von allen: explizit Allgemeinmedizin/Hausarzt/Landarzt)	(2,0)
Angestrebte Tätigkeit	Patientenversorgung (ausschließlich)	75,0
	Forschung (ausschließlich)	5,1
	Patientenversorgung + Forschung	8,2
	Industrie/Gesundheitswesen/anderes (ausschließlich oder in Kombination)	6,1
	keine Festlegung	5,6

<sup>1</sup> Dies waren insbesondere Radiologie, Chirurgie, Anästhesie, Labormedizin, Pathologie, Rechtsmedizin.  
<sup>2</sup> Dies waren insbesondere Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie, Gynäkologie, Innere Medizin.

**Tabelle 1** Stichprobe (Teilnehmer des BFE-Kurses im ersten Semester des Studiengangs Medizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf im WS 2011/12; N = 196)

leiter eingesammelt. Um mögliche Reihenfolgeeffekte auszugleichen, wurde die Reihenfolge der Konzepte in den Fragebögen (Seiten 3–6) permutiert, d.h. alle möglichen Abfolgemoöglichkeiten wurden realisiert (4! = 24). Innerhalb eines BFE-Kurses wiederholte sich keine Abfolge, da je nach Kursgröße aus den 24 Abfolgeversionen 18–22 zufällig gezogen und ausgeteilt wurden und so jedem Studierenden eines Kurses eine andere Abfolgeversion vorlag.

## Analysen

Zur Beantwortung der primären Fragestellung wurde ein non-parametri-

scher Vergleich der mittleren vergebenen Rangplätze zwischen den vier Konzepten berechnet. Dazu wurde ein Friedman-Test mit einem Signifikanzniveau von  $\alpha = 5\%$  durchgeführt. Im Falle eines signifikanten Unterschieds wurden nachfolgend post-hoc-Paarvergleiche zwischen einzelnen Konzepten berechnet.

Zur sekundäranalytischen Beschreibung der Studierendenmerkmale, die mit der Präferenzbewertung zusammenhängen könnten, wurde die Stichprobe unterteilt: diejenigen Studierenden, die eines der beiden „Überblickskonzepte“ mit Rangplatz 1 (bestes Konzept) bewertet haben vs. diejenigen, die eines der beiden „Kompetenzkonzepte“ mit

Rangplatz 1 bewertet haben. Die Freitext-Antworten zu „Interesse für medizinische Fachgebiete“ und zur „bisherigen Tätigkeit im Gesundheitswesen“ wurden wie in Tabelle 1 dargestellt zur weiteren Auswertung kategorisiert; das Item „gewünschter Tätigkeitsbereich nach Studium“ wurde in zwei Kategorien (ausschließlich Patientenversorgung vs. alle anderen) dichotomisiert. Bivariate non-parametrische Vergleiche zwischen den beiden Gruppen wurden mit Chi-Quadrat-Tests auf signifikante Unterschiede geprüft; multivariat wurde eine binäre logistische Regressionsanalyse mit dem Kriterium „Überblick vs. Kompetenz auf Rangplatz 1“ durchgeführt.

## Ergebnisse

### Stichprobe

In den zehn BFE-Kursen nahmen im Herbst 2011 insgesamt 198 Studierende am Unterricht teil (jeweils 18 bis 22 pro Kurs). Fragebögen konnten an 197 ausgegeben werden (ein Teilnehmer kam erst nach Beginn des Unterrichts dazu). 196 Fragebögen konnten ausgewertet werden (uneindeutige Rangplatzvergabe in einem Bogen), sodass Antworten von 98,9 % der Zielgruppe in die Analysen eingehen konnten. Die Merkmale der Studierenden sind in Tabelle 1 zusammengestellt.

### Bewertung der vier BFE-Unterrichtskonzepte

Die vier BFE-Konzepte unterscheiden sich signifikant in den ihnen zugeordneten Rangplätzen (Friedman-Test:  $\chi^2$  (df = 3) = 65,55;  $p < 0,001$ ). Das BFE-Konzept „Praxis-Spotlights“ wird mit einem mittleren Rang von 1,93 von allen Konzepten signifikant am besten bewertet ( $p < 0,001$  für jeden paarweisen Vergleich mit den drei anderen Konzepten). Das Konzept „Begleitung eines chronisch Kranken“ (mittlerer Rang 2,98) schneidet im Vergleich zu allen anderen Konzepten signifikant schlechter ab ( $p = 0,002$  im Vergleich zu „Systematischer Überblick“ und  $p = 0,014$  im Vergleich zu „Kernkompetenz Kommunikation“). Die Konzepte „systematischer Überblick“ (mittlerer Rang 2,51) und „Kernkompetenz Kommunikation“ (mittlerer Rang 2,58) unterscheiden sich in ihrer Bewertung nicht signifikant voneinander und liegen damit gemeinsam auf dem mittleren Platz. In Abbildung 1 sind die Häufigkeiten der Bestbewertung (1. Rangplatz) für die vier Konzepte dargestellt.

### Zusammenhang von Studierendencharakteristika mit dem präferierten BFE-Konzept

Von den 196 ausgewerteten Fällen bewerteten 139 (70,9 %) eines der beiden Überblickskonzepte als bestes, hingegen 57 (29,1 %) eines der beiden Kompetenzkonzepte. In den bivariaten Vergleichen der beiden Gruppen hinsichtlich der sieben erfassten Charakteristika aus Tabelle 1 zeigen sich keine signifi-

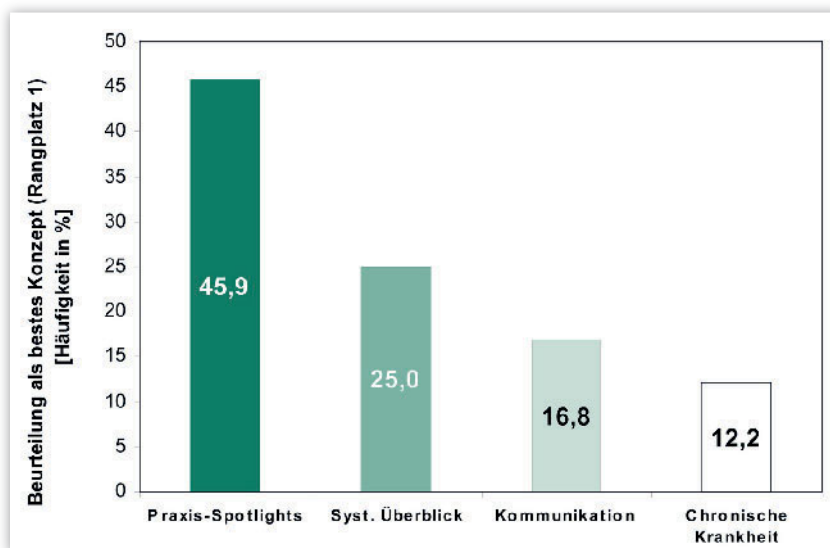


Abbildung 1 Häufigkeit der Beurteilung als bestes BFE-Konzept

kanten Unterschiede, lediglich zwei Tendenzen: Studierende, die eines der beiden Kompetenzkonzepte („Kommunikation“ oder „Chronische Krankheit“) als bestes BFE-Konzept mit Platz 1 bewerten, zeigen vermehrt eine Präferenz für ein „kommunikationsintensives“ medizinisches Fachgebiet (19 % vs. 8 %;  $p = 0,091$ ) sowie für eine Tätigkeit in der Patientenversorgung (84 % vs. 71 %;  $p = 0,057$ ).

Das multivariate binäre logistische Regressionsmodell ist grundsätzlich gültig (Hosmer-Lemeshow  $\chi^2$  (df = 8) = 2,12;  $p = 0,977$ ), erklärt aber nur zu einem geringen Anteil die Entscheidung für ein Überblick- vs. Kompetenzkonzept (Nagelkerke's  $R^2 = 10,8$  %). Es zeigen sich keine unabhängig signifikanten Einflussfaktoren auf diese Entscheidung. Auch weitere exploratorische Analysen (bivariat und multivariat) zeigen keinerlei Spezifika der kleinen Gruppe ( $n = 24$ ), die das BFE-Konzept „Chronische Krankheit“ mit Platz 1 bewertet.

## Diskussion

Ziel dieser Studie war es, die Präferenzen der Studierenden zu vier BFE-Unterrichtskonzepten zu erheben. Bei fehlendem verbindlichem Curriculum für das Praktikum der Berufsfelderkundung (BFE) müssen sich Lehrende an den einzelnen Universitäten die Frage stellen, was sie wie vermitteln wollen. Soll es eine Erkundung verschiedener Berufsfel-

der sein, oder soll es eine Erkundung relevanter Kompetenzen im Berufsfeld sein? Die vorliegenden Ergebnisse sprechen dafür, dass die Lernenden im ersten Semester Ersteres präferieren: Studierende wollen sich im Rahmen eines BFE-Kurses bevorzugt in verschiedenen Berufsfeldern *in praxi* umsehen, während Vorlesungen von Experten sowie das Kennenlernen ärztlicher Kernkompetenzen (Kommunikation, Umgang mit chronischer Krankheit) weniger beliebt sind.

In Düsseldorf gibt es kein hochschul-eigenes Auswahlverfahren; Medizinstudierende werden überwiegend über die Abiturnote angenommen. Die vorliegenden Ergebnisse können dahingehend interpretiert werden, dass eine Auseinandersetzung mit Kompetenzen wie Patient-Arzt-Kommunikation oder Umgang mit chronischem Kranksein für diese Düsseldorfer Erstsemester-Studierenden zu früh kommen könnte. Auch die auffällig geringe Häufigkeit einer Präferenz für die Allgemeinmedizin (2 % der hier Befragten) stützt die Hypothese, dass das erste Semester ein schwieriger Zeitpunkt für die Vermittlung entsprechender Lehrinhalte sein könnte. Diese 2 % Allgemeinmedizin-Präferenz unterbieten die Zahlen mehrerer deutscher Studien z.T. deutlich [7–9]. Die Diskrepanzen lassen sich in Teilen mit methodischen Unterschieden (Itemformulierung, offene vs. geschlossene Fragen) sowie stark unterschiedlichen Rücklaufquoten der Befragungen erklären. Insgesamt wäre es

interessant, die Entwicklung der Präferenz im Studienverlauf zu beobachten und den Einfluss des Curriculums auf diese Entwicklung zu erklären.

Gründe für das Befragungsergebnis können jedoch auch sein, dass insbesondere das Lehrkonzept „Begleitung eines chronisch Kranken“ von den Studierenden eine aktive Rolle im direkten Patientenkontakt und nicht nur eine Beobachter- bzw. Hospitantenfunktion fordert. Diese antizipierte Rolle kann in der frühen Phase der Ausbildung zu einer emotionalen wie fachlichen Angst vor Überforderung führen [10, 11]. Auch negative Einstellungen von Erstsemester-Studierenden zu chronischer Krankheit und dem Umgang damit [12] können ein Grund für die signifikant schlechtere Bewertung des entsprechenden BFE-Konzepts sein. Nach Durchführung von Hospitationen und Hausbesuchen bei chronisch Kranken ließen sich in Studien jedoch deutlich positivere Reaktionen der Studierenden feststellen [6, 13]. Solche Erkenntnisse müssten sowohl bei der Unterrichtskonzeption als auch bei der Information, Vorbereitung, Anleitung und Supervision der Studierenden für ein entsprechendes Lehrkonzept berücksichtigt werden.

Der Studierendenwunsch an die BFE sollte daher nicht nur vordergründig interessengeleitet, sondern auch bezüglich der dahinter liegenden Phantasien, Ängste und Verhaltensmuster hinterfragt werden und könnte durch eine klare Lernzielkommunikation sowie gute Vorbereitung der Studierenden aufgefangen werden.

Allgemeinmedizinische Institute sind oft an der Konzeption, Organisation und Durchführung der BFE beteiligt [14], was zur Entwicklung von „hidden curricula“ im Sinne der Fokussierung auf allgemeinmedizinisch relevante Lehrinhalte geführt haben kann.

Folgt man dem in dieser Studie abzulesenden Studierendenwunsch, wäre ein

Aufgeben dieser Fokussierung die Konsequenz. Dabei stellt sich jedoch die Frage, ob man damit eine der wenigen Chancen vergibt, Studierende schon im vorklinischen Studienabschnitt an die allgemeinmedizinische Denk- und Arbeitsweise heranzuführen. Gerade an Universitäten, an denen die Allgemeinmedizin einen nur geringen und spät einsetzenden Anteil an der Lehre hat, wäre dies unglücklich. Nutzt man also BFE – wie die Ergebnisse es nahelegen – für einen breiten Überblick, dann wäre es wünschenswert, dass die Allgemeinmedizin in anderen Veranstaltungen der Vorklinik stärker präsent ist.

Zu bedenken ist, dass trotz der statistisch eindeutigen Ergebnisse eine Gruppe von 29,1 % der Studierenden ein kompetenzbasiertes BFE-Konzept favorisiert. Diese mit unseren Methoden nicht näher zu charakterisierende Gruppe sollte nicht übersehen werden. Ideal wäre eine BFE-Struktur, die es erlaubt, die Lernziele dynamisch auf die Belange der einzelnen Studierenden anpassen zu können.

### Ausblick

Aufbauend auf die Ergebnisse dieser Studie wurde deshalb im Düsseldorfer Modellstudiengang (seit Wintersemester 2013/14) das ursprüngliche BFE-Konzept (Fokus auf Kommunikation und wissenschaftliche Beobachtung in Hospitationen in Hausarztpraxen) verlassen und ein neues, am kompetenzorientierten Modellstudiengang ausgerichtetes BFE-Konzept im ersten Semester entwickelt [15]. Das Institut für Allgemeinmedizin (ifam) und das Institut für Medizinische Soziologie sind für die Konzeption, Organisation und Durchführung des Düsseldorfer BFE-Praktikums verantwortlich. Das neue Konzept besteht aus einem einführenden Überblick über das deutsche Gesundheitswesen so-

wie über die acht ärztlichen Kompetenzen, welche die Grundlage des Düsseldorfer Modellstudiengang bilden. Diese Kompetenzen werden mit den Studierenden in einem Seminar aus ihren eigenen Vorstellungen und Erfahrungen interaktiv erarbeitet. Danach führen die Studierenden an zwei Tagen Hospitationen in zwei Einrichtungen der Patientenversorgung durch, die frei gewählt und selbst rekrutiert werden müssen. Dabei müssen pro Studierendem/r die ambulante und die stationäre Patientenversorgung sowie innerhalb einer BFE-Gruppe präventive/kurative/rehabilitative Arbeitsfelder abgedeckt sein. Ziel in diesen Hospitationen ist es, die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in ihrem Berufsumfeld zu begleiten, bezüglich verschiedener ärztlicher Kompetenzen zu beobachten und zu befragen und diese Erfahrungen anschließend schriftlich in einem eigenen Bericht sowie in einem gemeinsam ausgearbeiteten Kleingruppen-Vortrag in einem zweiten Seminar zu reflektieren. Den Studierenden wird die Möglichkeit gegeben, sich Einrichtungen zu suchen, die sie interessieren und zudem einen Beobachtungsschwerpunkt auf bestimmte Kompetenzen zu legen. Wie sich dieses Konzept (auch im Vergleich zum alten BFE-Konzept) bei Studierenden und Dozenten bewährt, wird zu evaluieren sein.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

#### Korrespondenzadresse

Dr. Michael Pentzek  
Institut für Allgemeinmedizin (ifam)  
Medizinische Fakultät  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Moorenstr. 5, Gebäude 14.97  
40225 Düsseldorf  
Tel.: 0211 8116818  
pentzek@med.uni-duesseldorf.de

## Literatur

- Mangold W. „Einblicke“ in die berufliche Zukunft. Dtsch Arztebl 1991; 88: A-2704–2708
- Kunstmann W, Bircher J. Sozialmedizinische Ausbildung im Stadtteil. Dtsch Arztebl 1994; 91: A-952–956
- Heinrich-Heine-Universität, Medizinische Fakultät. Düsseldorfer Modellstudiengang. [www.medizin.hhu.de/modellstudiengang](http://www.medizin.hhu.de/modellstudiengang) (letzter Zugriff am 13.05.2014)
- Kahlke W. Das Praktikum der Berufsfelderkundung nach dem Hamburger Modell. Medizinische Ausbildung 1995; 12: 126–135
- Geyer S, Krentel H, Grothusen C, Nußbeck C, Collatz J. Das Berufsfelderkundungspraktikum an der Medizinischen Hochschule Hannover: Konzeption, Durchführung und Vierjahresevaluation. GMS Z Med Ausbild 2005; 22: Doc23
- Kaluza G, Baum E, Schüffel W, Basler HD. Gespräche mit chronisch Kranken – ein innovatives Lehrangebot für Medizinstudierende im vorklinischen Studienabschnitt. Z Med Psychol 2002; 11: 3–10
- Sönnichsen AC, Donner-Banzhoff N, Baum E. Motive, Berufsziele und Hoffnungen von Studienanfängern im Fach Medizin. Z Allg Med 2005; 81: 222–225
- Kruschinski C, Wiese B, Hummers-Pradier E. Einstellungen zur Allgemeinmedizin: eine vergleichende querschnittliche Befragung von Medizinstudierenden des 1. und 5. Studienjahres. GMS Z Med Ausbild 2012; 29: Doc71
- Schneider A, Karsch-Völk M, Rupp A, et al. Determinanten für eine hausärztliche Berufswahl unter Studierenden der Medizin: Eine Umfrage an drei bayerischen Medizinischen Fakultäten. GMS Z Med Ausbild 2013; 30: Doc45
- Dornan T, Bundy C. What can experience add to early medical education? Consensus survey. BMJ 2004; 329: 834–837
- Smithson S, Hart J, Wass V. Students' hopes and fears about early patient contact: Lessons to be learned about preparing and supporting students during the first year. Medical Teacher 2010; 32: e24–e30
- Turner J, Pugh J, Budiani D. „It's always continuing“: first-year medical students' perspectives on chronic illness and the care of chronically ill patients. Acad Med 2005; 80: 183–188
- Yuen JK, Breckman R, Adelman RD, Cappello CE, LoFaso V, Reid MC. Reflections of medical students on visiting chronically ill older patients in the home. J Am Geriatr Soc 2006; 54: 1778–1783
- Bergmann A, Ehrhardt M. Sektionsbericht Studium und Hochschule 2011. Z Allg Med 2011; 87: 350–351
- Heinrich-Heine-Universität, Institut für Allgemeinmedizin und Institut für Medizinische Soziologie. Praktikum der Berufsfelderkundung. [www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/abteilung\\_fuer\\_allgemeinmedizin\\_id39/dateien/BFE\\_-\\_WS\\_13-14/Ablauf\\_BFE\\_WS\\_2013\\_Studierende\\_final.pdf](http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/abteilung_fuer_allgemeinmedizin_id39/dateien/BFE_-_WS_13-14/Ablauf_BFE_WS_2013_Studierende_final.pdf) (letzter Zugriff am 13.05.2014)

# 50 Jahre DEGAM Fotos gesucht!



Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) feiert 2016 ihren 50. Geburtstag. Dieses Ereignis soll auch in einer repräsentativen Festschrift gewürdigt werden. Das Präsidium der DEGAM hat mich mit der Herausgabe des Buches beauftragt.

Zur Illustrierung der einzelnen Beiträge suche ich aktuelle Fotos sowie Bilder aus den zurück liegenden Jahren bis hin zur Gründerzeit. Ich freue mich über alle Fotos:

- Auch Fotos schlechterer Qualität sind willkommen.
- Ebenso Abbildungen, die nur im weiteren Sinn mit der DEGAM oder der Allgemeinmedizin zu tun haben.
- Bevorzugt werden Bilder von einzelnen Personen oder Personengruppen.

Die Fotos können per Briefpost oder per E-Mail zugeschickt werden. Bitte nach Möglichkeit die Namen der abgebildeten Personen sowie den Anlass und das Jahr der Aufnahme vermerken.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!  
Frank H. Mader

### Kontakt

Prof. Dr. med. Frank H. Mader  
Talstr. 3  
93152 Nittendorf  
[mader@der-allgemeinarzt.com](mailto:mader@der-allgemeinarzt.com)