

Aus der Poliklinik und dem Funktionsbereich für Rheumatologie

der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Matthias Schneider

Beziehungsentwicklung innerhalb des Gruppen-Mentoring-
Programms A² vor dem Hintergrund der lokalen Lehr- und
Lernkultur: eine *mixed methods* Studie

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Franziska Theresa Lautwein

2022

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan: Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker

Erstgutachter: Prof. Dr. med. Matthias Schneider

Zweitgutachterin: Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme

„The University is a habitat, a society, a community, an environment, an ecosystem. It should be judged by the quality of life that it fosters, the opportunities for growth and experiment and exploration it provides, the concern for growth and enrichment and for culture that it exemplifies. The question is not just: What does your machine produce? but also: How does the garden grow?“

Robert Pace, 1971

I Zusammenfassung

Mentoring stellt eine vielversprechende Möglichkeit dar, die berufliche Entwicklung angehender Ärztinnen und Ärzte, eine akademische Laufbahn sowie das Miteinander an einer Fakultät zu fördern. Auch an Medizinischen Fakultäten in Deutschland erhalten Mentoring-Programme eine zunehmende Relevanz, sind in diesem Kontext jedoch nur wenig erforscht. An der Medizinischen Fakultät Düsseldorf wurde zur Bereicherung der Lehr-/Lernkultur ein Gruppen-Mentoring-Programm implementiert, in dessen Fokus das Erleben von Arzt-Sein steht. In der Literatur gibt es bisher wenig Evidenz bezüglich longitudinaler Veränderungen der Lehr-/Lernkultur und keine Studien, die den Stellenwert eines Mentoring-Programms in diesem Zusammenhang untersuchen. Außerdem fehlt insbesondere ein fundiertes Verständnis über Entwicklung und einzelne Prozesse innerhalb sich formierender Gruppen-Mentoring-Beziehungen. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es daher, die Beziehungsentwicklung im Gruppen-Mentoring-Programm A² im Kontext der lokalen Lehr-/Lernkultur zu untersuchen.

Es wurde ein longitudinales *mixed methods* Design mit einjährigem Beobachtungszeitraum gewählt. Dabei wurde sowohl quantitativ erfasst, wie Mentoren und Mentees die Lehr-/Lernkultur wahrnehmen, als auch qualitativ untersucht, wie die Mentoring-Beziehungen sich im Einzelnen entwickelten. Der untersuchte Mentoring-Jahrgang bestand aus $N = 46$ Mentees und $N = 11$ Mentoren. Bei Eintritt in das Mentoring-Programm (T1) und nach einem Jahr Mentoring (T2) erfolgte entsprechend eine Erhebung mittels Lehr-/Lernkultur-Fragebögen (DREEM, LB-F) sowie qualitative Interviews mit Mentor/innen ($n = 7$) und Mentee-Gruppen ($n = 9$ Fokusgruppen). Die quantitativen Daten wurden statistisch ausgewertet und mittels linearer Regressionsanalyse auf Veränderungen zwischen T1 und T2 untersucht. Die qualitativen Interviews wurden aufgenommen, transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die lokale Lehr-/Lernkultur von Mentoren und Mentees „mehr positiv als negativ“ und das angestrebte Leitbild als „moderat“ umgesetzt wahrgenommen wurde. Dabei zeigte die Gesamteinschätzung der Teilnehmer/innen nach einem Jahr Mentoring keine nachweisbare Änderung. Die Beziehungsentwicklung wies eine hohe Variabilität auf mit einer von distanziert-professionell bis persönlich-freundschaftlich reichenden Beziehungsebene nach einem Jahr. Das erarbeitete Kategoriensystem fasst die besprochenen Inhalte, die jeweiligen Benefits für Mentoren und Mentees sowie relevante Einflussfaktoren der Beziehungsentwicklung zusammen.

Es zeigte sich, dass ein Gruppen-Mentoring wie A² eine effiziente Möglichkeit darstellt, Studierende untereinander, sowie mit einem ärztlichen Mentor, in Kontakt zu bringen und damit die persönliche und professionelle Entwicklung zu fördern. Während das Mentoring nach einem Jahr zunächst einen Randbereich der Lehr-/Lernkultur darstellt, weist die qualitative Untersuchung bereits darauf hin, dass das Mentoring einen Mehrwert für Mentoren und Mentees sowie für die gemeinsame Gestaltung der Lehr-/Lernkultur hat. Die identifizierten Einflussfaktoren können als Empfehlungen für die Optimierung bzw. Planung ähnlicher Programme dienen. Folgeuntersuchungen sollten den Stellenwert des Gruppen-Mentorings für die Lehr-/Lernkultur mit fortschreitender Beziehungsentwicklung genauer untersuchen.

II Abstract

Mentoring is a promising way to promote the professional development of future physicians, an academic career and the collaboration of students and faculty members. Mentoring programs are also gaining relevance at medical schools in Germany but have received little research in this context. At the Medical Faculty of Düsseldorf, a group mentoring program was implemented to enrich the teaching/learning culture with a focus on the experience of being a physician. To date, there is little evidence in the literature regarding longitudinal changes in teaching/learning culture and no studies examining the value of a mentoring program in this context. Moreover, there is a particular lack of sound understanding about development and individual processes within forming group mentoring relationships. Therefore, the aim of this paper is to examine relationship development in the A² group mentoring program in the context of the local teaching/learning culture.

A longitudinal mixed methods design with a one-year observation period was chosen. This involved both a quantitative assessment of how mentors and mentees perceive the teaching/learning culture and a qualitative investigation of how the mentoring relationships developed in detail. The mentoring cohort studied consisted of $N = 46$ mentees and $N = 11$ mentors. At entry into the mentoring program (T1) and after one year of mentoring (T2), a questionnaire-based survey using teaching/learning culture questionnaires (DREEM, LB-F), as well as qualitative interviews with mentors ($n = 7$) and mentee groups ($n = 9$ focus groups) were conducted accordingly. Quantitative data were statistically analysed and examined for changes between T1 and T2 using linear regression analysis. Qualitative interviews were recorded, transcribed, and analysed using qualitative content analysis.

The results show that the local teaching/learning culture was perceived by mentors and mentees as "more positive than negative" and that the targeted mission statement was perceived as "moderately" implemented. In this regard, participants' overall perceptions showed no demonstrable change after one year of mentoring. Relationship development showed high variability, with relationship levels ranging from distant-professional to personal-friendship after one year. The category system developed summarizes the content discussed, the respective benefits for mentors and mentees, and relevant factors influencing the development of the relationship.

It was shown that group mentoring such as A² is an efficient way to bring students into contact with each other, as well as with a physician mentor, and thus to promote personal and professional development. While mentoring initially represents a fringe area of the teaching/learning culture after one year, the qualitative study already indicates that mentoring has added value for mentors and mentees, as well as for the joint shaping of the teaching/learning culture. The influential factors identified can serve as recommendations for optimizing or planning similar programs. Follow-up studies should more closely examine the value of group mentoring for the teaching/learning culture as the relationship develops.

III Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
B	B-Koeffizient = Regressionskoeffizient (<i>Estimate</i>)
DREEM	<i>Dundee Ready Educational Environment Measure</i>
FL	Franziska Lautwein
HHU	Heinrich-Heine-Universität
LB-F	Leitbild-Fragebogen
M	(arithmetischer) Mittelwert
MS	Matthias Schneider
N	Anzahl (bezogen auf Grundgesamtheit)
n	Anzahl (bezogen auf Stichprobe)
p	Signifikanzniveau
PJ	Praktisches Jahr
r²	Determinationskoeffizient (Bestimmtheitsmaß)
RSD%	relative Standardabweichung in Prozent
SD	<i>Standard Deviation</i> = Standardabweichung
SE	<i>Standard Error</i> = Standardfehler
SS	Sommersemester
T1	Erster Messzeitpunkt: Beginn des Mentoring-Programms
T2	Zweiter Messzeitpunkt: nach einjährigem Beobachtungszeitraum
TR	Thomas Rotthoff
WS	Wintersemester

IV Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
1.1 Auf dem Weg zum Arzt/Ärztin-Sein	1
1.2 Lehr- und Lernkultur im Hochschulwesen	4
1.2.1 Theoretischer Hintergrund	4
1.2.2 Entwicklung des wissenschaftlichen Forschungsfelds.....	5
1.3 Mentoring in der Hochschulmedizin	6
1.3.1 Theoretischer Hintergrund	6
1.3.2 Wissenschaftliche Betrachtung der Mentoring-Beziehung	8
1.4 A ² Mentoring-Programm der Medizinischen Fakultät Düsseldorf	9
1.5 Zielsetzung der vorliegenden Arbeit	11
2 Material und Methoden	12
2.1 Studiendesign.....	12
2.2 Ethikvotum.....	12
2.3 Quantitative Methoden.....	13
2.3.1 Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM).....	13
2.3.2 Leitbild-Fragebogen (LB-F)	15
2.4 Qualitative Methoden	19
2.4.1 Entwicklung von Interviewleitfäden	19
2.4.3 Einzelinterviews und Fokusgruppen	24
2.5 Studienpopulation und Datenerhebung.....	25
2.7 Statistische Auswertung	28
2.7.1 Deskriptive Statistik	28
2.7.2 Lineare Regressionsanalyse	29
2.8 Qualitative Auswertung.....	29
2.8.1 Transkription	29
2.8.2 Qualitative Inhaltsanalyse.....	30
2.8.3 Gütekriterien und Reflexion.....	34
3 Ergebnisse.....	37
3.1 Quantitative Ergebnisse.....	37
3.1.2 Deskriptive Statistik	37
3.1.3 Lineare Regressionsanalyse	39
3.2 Qualitative Ergebnisse	42
3.2.1 Falldarstellungen	42
3.2.2 Kategoriensystem	59

4 Diskussion.....	76
4.1 Gruppen-Mentoring im Rahmen medizinischer Lehr-/Lernkultur.....	76
4.1.1 Wahrnehmung der Lehr-/Lernkultur.....	76
4.1.2 Inhaltliche Entwicklung des Mentorings.....	78
4.1.3 Benefits des Mentorings.....	79
4.1.4 Gestaltung der Mentoring-Interaktion.....	81
4.1.5 Fünf Einflussfaktoren.....	84
4.2 Limitationen und Stärken.....	88
4.3 Schlussfolgerungen und Ausblick.....	89
5 Literatur- und Quellenverzeichnis.....	91
6 Anhang.....	104

1 Einleitung

1.1 Auf dem Weg zum Arzt/Ärztin-Sein

Der Arztberuf blickt auf eine lange Tradition zurück und ist nach wie vor ein angesehener sowie anspruchsvoller Beruf (1). Die Erwartungen der Patienten und Patientinnen – sowie des Gesundheitssystems – sind vielfältig und schließen neben medizinischem Fachwissen auch kommunikative, psychosoziale, wissenschaftliche und wirtschaftliche Fähigkeiten ein (2,3). Aber was macht Arzt- und Ärztin-Sein wirklich aus? Und vor allem: wie werden Medizinstudierende zu guten Ärztinnen und Ärzten*?

Das Medizinstudium ist nach wie vor in Deutschland sehr begehrt, so dass die Bewerber das Angebot an Studienplätzen auch heute um ein Vielfaches übersteigen (4–6). Auf dem Weg zum Arzt-Sein kommt in der Universität eine Vielfalt unterschiedlichster Studierender zusammen. Diese reicht von jungen Abiturienten, über ausgebildete Krankenpfleger, bis hin zu Menschen mit langjähriger Berufserfahrung. Von Singles bis zu Familienvätern, von Studierenden aus Arztfamilien bis zu Studierenden, die die ersten in ihrer Familie sind, die eine Universität besuchen, sowie von Studierenden, die in ihrer Heimatstadt studieren, bis hin zu Studierenden aus dem Ausland. Wie adressiert die Universität die Bedürfnisse der einzelnen Studierenden und wie kann sie die individuelle Entwicklung zum Arzt-Sein fördern?

Zunächst sei an dieser Stelle der formale Aufbau des sechsjährigen Medizinstudiums kurz dargestellt. Das Curriculum umfasst regulär zwölf Semester, die sich in drei Abschnitte gliedern: einen vorklinischen (Semester eins bis vier), einen klinischen (Semester fünf bis zehn) und einen praktischen (Praktisches Jahr (PJ): Semester elf und zwölf). Jeder der Studienabschnitte wird mit einem Staatsexamen abgeschlossen. Während traditionell in der „Vorklinik“ naturwissenschaftliche Grundlagen wie Chemie, Physik und Biologie gelehrt werden, werden in der „Klinik“ Fächer wie zum Beispiel Pathologie und Pharmakologie sowie Fachwissen aus den verschiedenen medizinischen Bereichen vermittelt, deren Inhalte im PJ durch Anwendung im klinischen Alltag gefestigt werden. Im Rahmen der Modellstudiengangs-Entwicklung werden vorklinische und klinische Studieninhalte zunehmend verzahnt, um einen möglichst frühen medizinischen Praxis- und Patientenbezug zu ermöglichen (7).

Untrennbar mit dem Curriculum verbunden sind die Dozierenden der medizinischen Fakultät. Die Interaktion zwischen Lehrenden und Studierenden prägt das Lehren und Lernen und damit das Leben an der Fakultät maßgeblich (8,9). Dabei geht es nicht nur um Wissensvermittlung und verschiedene Unterrichtsformen (z. B. Vorlesungen, Praktika, Unterricht am Krankenbett), sondern auch um Umgangs- (grüßt man sich z. B. auf dem Flur) und Kontaktformen (gibt es z. B. Ansprechpartner und Vertrauenspersonen).

Eine weitere soziale Gruppe bilden selbstverständlich die Kommilitonen der Studierenden. Sie bieten Möglichkeiten für Vernetzung und Austausch über Lehr- und Lernerfahrungen sowie persönliche Erlebnisse. Hundert et al. schreiben *“Opportunities to discuss powerful experiences regularly without faculty present may be the most important structure we as faculty can create for our students if we really mean it when we say our job is to help them develop the knowledge, skills and attitudes to become a complete physician.”* (10). Zusammenfassend sei hier gesagt, dass das soziale Umfeld und die sozialen Gruppen (lernpsychologisch) unmittelbar in Zusammenhang mit

dem Lernprozess stehen und sich damit auf das Arzt-Werden auswirken (11,12). Es stellt sich also die Frage, was eine Lehr- und Lernkultur ausmacht, in der neben Wissensvermittlung auch Wert auf die Entwicklung einer ärztlichen Haltung gelegt wird. Wie kann ein Hineinwachsen ins Arzt-Sein bereits während des Studiums ermöglicht und gefördert werden?

Es liegt auf der Hand, dass der Beitrag des im formalen Curriculum durch Vorlesungen und Lehrbücher vermittelten Fachwissens diesbezüglich deutlich begrenzt ist. Für ein allumfassendes Studium kommt es darüber hinaus auf Erfahrungswissen, vorgelebte Werte, angewandte Problemlösungs-Strategien, Reflexionsmöglichkeiten und auf die Qualität von Beziehungen an – Dimensionen, die im sogenannten *hidden*, d. h. „versteckten“ Curriculum enthalten sind (13,14). Anhand von Ergebnissen aus der Schul- und Hochschul-Forschung lässt sich klar erkennen, dass das „Klima“ einer Bildungseinrichtung das Verhalten und die Leistung der Schüler (15–17) bzw. Studierenden beeinflusst (8,9,18,19). Der Bedeutungskomplex, der sich hinter den in der Literatur oft gebräuchlichen Begriffen wie „Klima“, „Milieu“, oder „Kultur“ verbirgt, erscheint hier auf den ersten Blick schwer greifbar (vgl. Kapitel 1.2.1). Robert Pace, Pionier in der Erforschung von Lehrklima im Hochschulwesen, adressierte dies – und gleichzeitig dessen Relevanz – in seiner Rede 1971 wie folgt: *„The University is a habitat, a society, a community, an environment, an ecosystem. It should be judged by the quality of life that it fosters, the opportunities for growth and experiment and exploration it provides, the concern for growth and enrichment and for culture that it exemplifies. The question is not just: What does your machine produce? but also: How does the garden grow?“* (20). Die Bedeutung dieser Frage wird auch im Hinblick auf Untersuchungen deutlich, die eine Zunahme von Zynismus sowie hohe Prävalenzen von Stress, Angststörungen und Depressionen bei Medizinstudierenden belegen (21,22). Lernpsychologisch ist außerdem meta-analytisch bestätigt, dass sich Angst und Besorgtheit nachteilig auf Lernprozesse und akademische Leistungen auswirken (23).

Die ihren Studienplatz antretenden Studierenden kommen mit individuellen Erwartungen und Vorstellungen von Arzt-Sein, die im Laufe des Studiums kontinuierlich durch Erfahrungen geprägt und modifiziert werden. Jeder in eine Interaktion eingebundene Arzt fungiert dabei als Rollenmodell und jeder Medizinstudierende als *„impressionable learner“* (14). Eine Fakultät sollte sich daher des bewussten und unbewussten Einflusses des formellen, informellen und *hidden* Curriculum bewusst sein und sich entsprechend um die Erforschung und Optimierung dieser Aspekte – die in der vorliegenden Arbeit unter dem Begriff Lehr- und Lernkultur subsummiert werden – bemühen (8,9,24). Was trägt zu einer guten Lehr- und Lernkultur bei, die erfolgreiche und gesunde Absolventen hervorbringt? Wie werden die unterschiedlichen Bedürfnisse der eingangs in ihrer Vielfalt beschriebenen Studierenden adressiert? Und wie werden motivierte Studierende in ihrem Arzt-Werden nicht desillusioniert, sondern inspiriert?

Eine vielversprechende Möglichkeit die Professionalisierung zum Arzt und das Zusammenleben an einer Fakultät zu unterstützen, scheint Mentoring zu sein (25–28). In diesem Kontext bedeutet dies, dass Medizinstudierende auf freiwilliger Basis als Mentees (allein oder als Gruppe) mit einem erfahreneren Mitglied der Fakultät als Mentor in Beziehung treten (29). Der Mentor kann dabei ein Studierender höheren Semesters (sog. Peer-Mentor), oder ein Arzt/Wissenschaftler sein. Diesbezüglich macht Hafferty deutlich: *“Stories, jokes, and personal anecdotes, whether told by faculty or fellow students, all function as part of the oral culture of medical training and thus as an influential part of the educational process.”* (13,30). Im Allgemeinen geht es bei Mentoring um Begleitung, Austausch und Unterstützung der persönlichen und professionellen Entwicklung (29). Außerdem kann die Beziehung zu einem Mentor als Rollenvorbild zur für den Lern- und

Entwicklungsprozess nötigen Motivation und Zielorientierung beitragen (12,31,32). Auf Seiten der Mentoren beschreiben Studien Benefits wie eine Steigerung der Produktivität sowie der beruflichen und persönlichen Zufriedenheit (33,34). Letztlich fungiert Mentoring selbst als soziales Lernarrangement (35) und steht in wechselseitiger Beeinflussung mit der Lehr-/Lernkultur einer (medizinischen) Fakultät (36). Aus systematischen Reviews (25,26,37) geht hervor, dass Mentoring generell sehr gut bewertet und als wichtige Unterstützung für die Ausbildung angehender Ärzte gesehen wird, dass sich die Datenlage jedoch hauptsächlich auf US-amerikanische Studien stützt, die untersuchten Mentoring-Konzepte uneinheitlich sind und es sowohl an größer angelegten quantitativen als auch in die Tiefe gehenden qualitativen Studien mangelt (36).

In Deutschland hat Mentoring in den letzten Jahren eine zunehmende Relevanz in der medizinischen Ausbildung erhalten (38,39). So zeigt die Querschnittstudie von Meinel et al., dass sich zwischen 2007 und 2009 die Anzahl der Mentoring-Programme an medizinischen Fakultäten mehr als verdoppelt hat. Gleichzeitig berichtet die Studie jedoch, dass 16 von 36 Universitäten noch kein Mentoring anbieten (39). Des Weiteren wurde deutlich, dass die vorhandenen Mentoring-Programme nicht einheitlich sind, sondern sich in ihrer Ausrichtung unterscheiden. So sprechen manche Programme konkrete Zielgruppen an (z. B. Frauen, Minderheiten) oder sind konkret auf wissenschaftliche Förderung ausgelegt. Die Konzepte variieren von Einzel-, Peer-, bis Gruppen-Mentoring, wobei letzteres mit $n = 13$ den Hauptteil der insgesamt 22 von Meinel et al. erfassten Programme darstellt. Hervorzuheben ist, dass nur über einen Bruchteil der in Deutschland implementierten Mentoring-Programme publizierte Untersuchungen vorliegen (38,40,41). Es besteht daher ein großer Forschungsbedarf bezüglich der Evaluation der Effektivität und Effizienz der verschiedenen Programm-Konzepte (39).

Im Jahr 2012 wurde auch an der Medizinischen Fakultät Düsseldorf ein Gruppen-Mentoring-Programm implementiert. A² ist darauf ausgelegt Arzt-Sein bereits im Studium erlebbar und gemeinsame Weiterentwicklung von Studierenden und Lehrenden möglich zu machen (42). Um angehende Ärzte früh im Studium mit erfahrenen Ärzten zusammenzubringen, ermöglicht es daher Studierenden ab dem ersten Semester auf freiwilliger Basis die Teilnahme am Mentoring über den gesamten Verlauf ihres Studiums. Bis auf die Empfehlung zu mindestens zwei Treffen pro Semester ist den Mentoren und Mentee-Gruppen die Interaktion, Themenwahl und Gestaltung der Beziehung freigestellt (42). Mit diesem Konzept adressiert das Mentoring-Programm oben genannte Aspekte bezüglich einer Lehr-/Lernkultur, die den persönlichen Austausch zwischen Lehrenden und Lernenden sowie die Reflexion und Entwicklung einer ärztlichen Haltung ermöglicht.

Um ein tiefergehendes Verständnis über die Bedeutung von Lehr-/Lernkultur zu vermitteln und A² als studienbegleitendes, frei gestaltbares Gruppen-Mentoring in die bestehende Mentoring-Landschaft einordnen zu können, werden im Folgenden die theoretischen und wissenschaftlichen Hintergründe von Lehr-/Lehrkultur (Kapitel 1.2) sowie Mentoring (Kapitel 1.3) näher erläutert. Daran anschließend erfolgt eine detailliertere Darstellung von Konzept und Ausrichtung des Mentoring-Programms A² an der Medizinischen Fakultät Düsseldorf (Kapitel 1.4). Die Einleitung schließt mit der Ausarbeitung der konkreten Zielsetzungen der vorliegenden Arbeit (Kapitel 1.5) und leitet damit zur durchgeführten *mixed methods* Studie über.

**Anmerkung: Im nun folgenden Text wurde aus Gründen der Lesbarkeit bei Personenbezeichnungen die männliche Form gewählt, es ist jedoch immer die weibliche Form mitgemeint.*

1.2 Lehr- und Lernkultur im Hochschulwesen

1.2.1 Theoretischer Hintergrund

Bei „Lehren“ und „Lernen“ geht es immer – und so auch im Kontext von Hochschule und ärztlicher Professionalisierung – um weit mehr als reine Wissensvermittlung oder beispielsweise das Auswendiglernen von Ursprung und Ansatz einzelner Muskeln. Lernen beinhaltet letztlich *„eine Veränderung im Verhalten, in Einstellungen, Fertigkeiten, Gewohnheiten und Gefühlen, die durch die Interaktion des Organismus mit der Umwelt entstehen“* (11). Diese Definition knüpft an das ganzheitliche Verständnis von Lehren und Lernen im Medizinstudium an, das nicht nur durch den offiziellen Lernplan, sondern auch das implizite (*hidden*) Curriculum definiert wird.

Der Begriff des *„hidden curriculum“* geht auf den amerikanischen Bildungsforscher Jackson zurück, der ihn ursprünglich benutzte, um Faktoren zu beschreiben, die dem Leben in einem Klassenzimmer seinen *„unverwechselbaren Geschmack“* geben (43). In der universitären Lehr- und Lernforschung hat sich die Übertragung von Kenntnissen aus der Schulbildung etabliert, da sich die Erkenntnisse nachweislich auch für komplexe Ausbildungsdynamiken an medizinischen Hochschulen eignen (14). Frederic W. Hafferty, Professor für *Medical Education* griff dies auf und fasste die verschiedenen Komponenten des *„educational milieu“* im Sinne eines drei-dimensionalen Modells zusammen: (1) das formale Curriculum (aktiv konzipiert, auf Lernziele ausgerichtet), (2) das informelle Curriculum (improvisiert, spontan entstehendes Lehren und Lernen basierend auf der Interaktion zwischen Studierenden und Lehrenden) und (3) das *hidden* Curriculum (Einflussfaktoren, die auf der Ebene der Organisationsstruktur und -kultur wirken) (44).

In der Literatur finden sich verschiedene Beschreibungen und Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit Curriculum und *learning environment* einer Medizinischen Fakultät. Maudsley beispielsweise schreibt pragmatisch *„A learning environment exists wherever and whenever students gather, from the amphitheater to conversation over a late-night coffee. The learning environment embraces numerous factors that contribute to effective education and is the background in which the curriculum resides.“* (31). Begriffe wie Lehr- und Lern-Klima, -Milieu, und -Kultur werden sowohl in der englisch- als auch in der deutsch-sprachigen Literatur häufig synonym und ohne verbindliche Definition gebraucht (45–48). Ihre Gemeinsamkeit besteht in dem Versuch, ein abstraktes Konstrukt zu beschreiben, das nicht direkt greifbar ist (49). Es ist jedoch charakteristisch für die betrachtete Medizinische Fakultät (50), denn es drückt aus, wie es ist, dort Arzt-Sein zu lehren und zu lernen (8,51). Neben den eher deskriptiven existieren ebenfalls intuitive Definitionen, die sich dem Konstrukt auf der emotionalen Ebene nähern – Wörter wie *“soul and spirit“* einer Fakultät (9), *“Persönlichkeit“* (z. B. „warm und freundlich“ vs. „aggressiv“) (49), oder generelles *“Wir-Gefühl“* (52). Genn und Harden fassen wie folgt zusammen: *“The climate of an educational environment, like the concept itself, is rather intangible, unreal and insubstantial, yet climate, in its effects, is pervasive, substantial and very real and influential.“* (49).

In der hier vorliegenden Arbeit wird stellvertretend der Begriff „Lehr- und LernKULTUR“ verwendet. Etymologisch stammt das Wort „Kultur“ von dem lateinischen Begriff „cultura“ ab, abgeleitet von „colere“. Die wörtliche Übersetzung im Sinne von „pflegen“ bezog sich nicht nur auf den Landbau, sondern auch auf die Pflege des Menschen bzw. seiner geistigen Güter. Der Kulturbegriff definiert sich einerseits durch (Entwicklungs-)Prozesse und ist andererseits Ergebnis von Werten und Konventionen. Letztere sind durch ihre abstrakte Natur kaum greifbar und werden erst durch gelebte Kultur handhabbar gemacht und ausgedrückt (53). Der Kulturwissenschaftler Lüddemann

betont des Weiteren in seinen Ausführungen, dass der Aspekt menschlicher und damit sozialer Praxis untrennbar mit dem Kulturbegriff verknüpft ist. Kultur bezeichnet ein sich stetig im Umbau befindliches Konstrukt, das interpretationsbedürftig und als Netz mit untereinander in Beziehung stehenden Ebenen schwer zu greifen ist. Als „Vorstellungsgebilde“ lebt Kultur durch die in ihr beteiligten Akteure, ist entsprechend wandelbar und dadurch sowohl auf Beständigkeit als auch auf Innovation angewiesen (53). Zusammengefasst scheint daher der Kulturbegriff gut geeignet, um die oben beschriebenen Implikationen des Lebens, Lernens und Lehrens an einer Fakultät zu subsumieren.

Die empfundene Lehr- und Lernkultur bezieht sich also auf die subjektive Wahrnehmung und Interpretation einer bestimmten Lernumgebung (*educational environment*) (9,51,54). Die individuelle Wahrnehmung, Einflussfaktoren sowie Effekte der Lehr-/Lernkultur auf die Ausbildung von angehenden Ärzten zu untersuchen, ist in den letzten Jahrzehnten zunehmend Gegenstand wissenschaftlicher Lehr- und Lernforschung geworden. Im folgenden Kapitel wird näher auf die Entwicklung des entsprechenden Forschungsfelds eingegangen.

1.2.2 Entwicklung des wissenschaftlichen Forschungsfelds

Zunächst zeigten Erkenntnisse aus der Schulforschung, dass das Klima an Schulen sich auf das Verhalten und die Leistung von Schülern auswirkt (15–17). Mittlerweile ist aus der angloamerikanischen Bildungsforschung lange bekannt, dass sich dies auch auf die Universität als Bildungseinrichtung und Lernumgebung übertragen lässt (8,9,18,19). So zeigten frühe Untersuchungen bereits, dass ein positives Klima an einer Universität zu besseren Leistungen führt (19,49,55,56). Seit den 60er Jahren entwickelte sich das Feld der Hochschulforschung zunehmend (57) und Genn (2001) spricht von einer „*proved connection between such climate and the obviously valuable outcomes of student achievement, satisfaction and success*“ (8). Auch neuere Untersuchungen belegen, dass die individuelle Wahrnehmung der Lehr-/Lernkultur einen wichtigen Einfluss auf das Verhalten und die in der untersuchten Lernumgebung erzielten Ausbildungsergebnisse von Studierenden hat (58,59).

Wesentliche Grundlagen für die Erforschung des Klimas an Schulen und Universitäten lieferte die psychoanalytische *Needs-and-Presses*-Theorie von Henry Murray (60). Diese basiert auf den Bedürfnissen (*needs*) einer Person und deren Beeinflussung durch die (größtenteils unbewusste) Interpretation äußerer Stimuli (z. B. sogenannte *environmental presses*) (vgl. (50)). In ähnlicher Weise beschreibt die (sozial)psychologische Theorie von Kurt Lewin (61), dass das Verhalten einer Person (beispielsweise in einer mündlichen Prüfung) immer aus einer Interaktion von Eigenschaften resultiert, die einerseits die Person (beispielsweise Ehrgeiz) und andererseits die Umwelt betreffen (beispielsweise Kultur einer Medizinischen Fakultät) (vgl. auch (8)). Auf den Theorien von Murray und Lewin aufbauend, entwickelten Pace und Stern 1958 als erste ein systematisches Messinstrument, das untersuchte, inwieweit eine Institution die Bedürfnisse ihrer Studierenden adressiert (62). Mit dem *College Characteristics Index* konnten sie zeigen, dass große Unterschiede in der wahrgenommenen Lehr-/Lernkultur verschiedener Universitäten bestehen (50).

Die erste systematische Studie zur Untersuchung der Lehr-/Lernkultur in medizinischen Ausbildungseinrichtungen führte Hutchins Anfang der 60er Jahre durch (63). Auf den von ihm entwickelten *Medical School Environment Inventory* folgten seitdem verschiedene weitere Lehr-

/Lernkultur-Fragebögen anderer Autoren, wie z. B. der *Learning Environment Questionnaire* von Rothman und Ayoade (45). Letztlich wurden verschiedene bis dato entwickelte Fragebögen zur Untersuchung der Lehr-/Lernkultur 1997 mit dem *Dundee Ready Educational Environment Measure* (DREEM) zusammengefasst bzw. durch ihn abgelöst (64). Till et al. betonen die Relevanz, die Lehr-/Lernkultur einer Institution regelmäßig zu untersuchen, um sowohl positiv als auch negativ wahrgenommene Bereiche identifizieren und entsprechend fördern zu können (54). In diesem Zusammenhang stellt der DREEM als umfassender Fragebogen ein heutzutage international etabliertes Instrument dar (47,65).

Verschiedene Autoren, die DREEM-Studien durchführten, schlagen die Implementierung von Mentoring-Programmen zur Optimierung der Lehr-/Lernkultur vor (66–69). Es gibt nach aktueller Kenntnis jedoch bisher keine Studien, die konkret den Einfluss von Mentoring auf die Wahrnehmung der Lehr-/Lernkultur untersucht haben.

1.3 Mentoring in der Hochschulmedizin

1.3.1 Theoretischer Hintergrund

Die ursprüngliche Bezeichnung des Wortes „Mentor“ kann in die griechische Mythologie zurückverfolgt werden. Demnach wurde Odysseus, sowie sein Sohn Telemachos, in Gestalt von Odysseus' Freund namens „Mentor“ in herausfordernden Lebenssituationen besucht, unterstützt und beraten (70). Auch heute wird Mentoring generell als Beziehung zwischen einem Berater und einem Ratsuchenden bzw. zwischen einer (berufs)erfahrenen Person und einem Berufseinsteiger verstanden, wobei in der Literatur bezüglich der Ausdifferenzierung durchaus verschiedene Definitionen von Mentoring diskutiert werden (29). Für den Bereich der medizinischen Hochschulausbildung machen Berk et al. den Versuch einer Definition, die sowohl die wesentlichen Aspekte zusammenfasst als auch der Variabilität von Mentoring-Beziehungen gerecht wird. Demnach bewegen sich diese entlang eines Kontinuums von informellen bis formellen sowie kurz- bis langfristig ausgerichteten Beziehungsformen. Der Beziehungspartner mit mehr Erfahrung, Wissen und Fertigkeiten bietet dabei dem anderen Begleitung und Unterstützung an (29). Die drei Hauptfunktionen lassen sich als (1) Förderung der individuellen beruflichen Entwicklung (ggf. Karriereplanung), (2) psycho-soziale Unterstützung sowie (3) Modell-Lernen/Vorbildfunktion charakterisieren (29,71,72). Gleichzeitig wird in der Literatur die Reziprozität der Beziehung und des Austauschs betont (71,73). Welche konkrete Bedeutung das Mentoring jeweils für Mentoren bzw. Mentees innehat, wird näher erläutert, nachdem zunächst auf oben genannte Grundbegriffe eingegangen wurde.

Grundsätzlich besteht die Unterscheidung in informelles und formelles Mentoring, wobei die beiden Formen nicht nur im Hinblick auf die Art ihrer Entstehung, sondern auch im Hinblick auf Strukturierungsgrad und Dauer der Mentoring-Beziehung differieren (29,74). Informelle Mentoring-Beziehungen entstehen oft aus Ausbildungs- oder Arbeits-Begebenheiten heraus und beruhen entsprechend auf der Eigeninitiative der Beteiligten (33,75). Diese kann grundsätzlich sowohl vom potenziellen Mentor als auch Mentee ausgehen und lässt sich auf Faktoren wie gegenseitige Sympathie und Kompetenz zurückführen (75,76). Die typische Form des informellen

Mentorings sind Eins-zu-eins-Beziehungen. Da sich diese in einem Wachstumsprozess formieren, halten sie oft über längere Zeiträume, d.h. mehrere Jahre, und können in Freundschaften münden, wenn Mentor und Mentee der ursprünglichen Ausbildungssituation entwachsen (33). Formelle Mentoring-Beziehungen basieren auf der Struktur organisierter Programme. Mentor und Mentee werden dabei durch ein sogenanntes *matching* durch Außenstehende, im Sinne eines Projektkoordinators, zusammengeführt. Mentoring-Programme zeichnen sich typischerweise durch eine definierte Zielsetzung aus bzw. richten sich an eine bestimmte Zielgruppe (z. B. Frauen in der Wissenschaft). Es werden verschiedene Konzepte unterschieden, z. B. Gruppen-Mentoring (ein Mentor betreut eine Gruppe von Mentees), Eins-zu-eins-Mentoring und Peer-Mentoring (s. u.). Bei formellen Mentorings gehen die Teilnehmer eine gewisse Verbindlichkeit zum Programm ein, das Vorgaben hinsichtlich der (Mindest-)Frequenz der Treffen und der Gesamtlaufzeit macht. Im beruflichen Kontext ist Mentoring oft auf bestimmte Ausbildungsphasen begrenzt und umfasst eher Monate bis Jahre. Generell kann aber auch hier die Beziehung im Nachhinein privat fortgeführt werden (73,74).

Die an der jeweiligen Mentoring-Beziehung Beteiligten definieren sich durch ihren Alters- bzw. Erfahrungsunterschied. Dabei beschreibt der Begriff des Mentors allgemein einen erfahrenen, gebildeten und geachteten Menschen, der als Berater oder Coach einen weniger erfahrenen, jüngeren Menschen verantwortungsbewusst begleitet (77). In dem Sinne gibt es neben dem „traditionellen Mentor“ (sehr viel erfahrener und in seiner Karriere etabliert) auch den sogenannten „*step-ahead* Mentor“ (nur etwas erfahrener bzw. ein Level weiter als der Mentee). Zusätzlich gibt es die Form des „Peer-Mentors“, der sich auf der gleichen Ebene wie der Mentee befindet, aber durch seinen spezifischen Erfahrungshintergrund eine Hilfestellung und Austauschmöglichkeit darstellt (78). Dem gegenüber stehen die Mentees, typischerweise junge Erwachsene, die im vorliegenden Kontext die Medizinstudierenden auf ihrem Weg zum Arzt-Sein darstellen. Folgende Charakterisierung der Mentees von Kram erscheint dementsprechend treffend und weist ebenfalls bereits auf die Funktionen von Mentoring hin: „*Not only do they question their skills and abilities, but they search for occupational identities and a sense of who they can become in a new role and work context*“ (72).

Eine der drei Hauptfunktionen stellt für Mentees die Unterstützung bei ihrer beruflichen Entwicklung dar (29,71,72). Dabei können nach Kram verschiedene Aspekte differenziert werden: unmittelbare Karriereförderung (*sponsoring*), Präsenz in der Öffentlichkeit (*exposure-and-visibility*), fachliche Hilfestellung bei Fragen und Problemen (*coaching*), Schutz vor Fehlern bzw. negativen Einflüssen (*protection*) und Konfrontation mit herausfordernden Aufgaben (*challenging assignments*) (72). Auch der Aufbau von Netzwerken lässt sich hier subsumieren (*networking*) (71,77). Neben dem Aspekt der „beruflichen Förderung“, stellt die „psycho-soziale Unterstützung“ durch Bestätigung (*acceptance-and-confirmation*) und persönliche Beratung (*counseling*) die zweite Hauptfunktion des Mentorings dar (72). Auch der Aspekt des „Modell-Lernens“ (*role modeling*) kann mit Vermittlung von Haltung, Wertvorstellung und Verhaltensweisen als psycho-soziale Funktion gewertet werden, wird aufgrund seiner Relevanz aber oft als dritte Hauptfunktion des Mentorings angesehen (29,71). Auf Seiten der Mentoren ist beschrieben, dass sie sich in einem Stadium in ihrer beruflichen Laufbahn befinden, welches den Wunsch, zu lehren, unterstützen und Erfahrungswissen weiterzugeben, beinhaltet (72). Untersuchungen zeigen, dass sie berufliche und persönliche Zufriedenheit daraus ziehen können, diese Aspekte in einer Mentoring-Beziehung zu leben, Vorbild für junge Menschen zu sein und in einen Austausch zu treten, der Reflexion, Perspektivwechsel und ebenfalls den Aspekt des *networking* ermöglicht (34,77,79,80).

1.3.2 Wissenschaftliche Betrachtung der Mentoring-Beziehung

Seit den 70er Jahren gibt es eine steigende Anzahl wissenschaftlicher Untersuchungen zum Thema Mentoring, das heutzutage ein von verschiedensten Disziplinen untersuchtes Feld darstellt, z. B. Lernpsychologie, Soziologie u.v.m. (29,71,81). Auch in der Medizin und der entsprechenden Lehr-/Lernforschung ist das Thema zunehmend in den Fokus gerückt, denn mittlerweile bestätigen viele Publikationen, dass Mentoring eine wichtige Rolle in der medizinischen Ausbildung spielt (25,26,36,37). Ein Großteil der Studien bezieht sich dabei auf Mentoring-Programme für Medizinstudierende in den USA und beschäftigt sich mit den positiven Effekten bezüglich Karriereplanung (82,83) und wissenschaftlicher Tätigkeit (84–86) sowie psychosozialer Unterstützung und persönlicher Entwicklung der Mentees (87–89).

Einen weiteren wissenschaftlichen Schwerpunkt stellt das *matching* zwischen Mentor und Mentee, bzw. die Relevanz eines geeigneten Mentors dar (90,91). Formale Mentoring-Programme bedienen sich dabei unterschiedlicher *matching* Verfahren. Vielversprechend scheinen moderne Verfahren wie *Speed-Matching* oder *Online-Matching* Verfahren zu sein (92–95). Als Goldstandard kann jedoch der auf Gesprächen basierende geleitete Auswahlprozess bezeichnet werden, der versucht in persönlichen und beruflichen Interessen kompatible Teilnehmer zusammenzubringen (74,92,96–98). Dadurch soll eine positive Identifikation zwischen Mentor und Mentee begünstigt werden (36,90), die auch dem informellen, „gewachsenen“ Mentoring inhärent ist (33,99). Neben der Identifikation hängt die Annäherung zwischen formal zusammengestellten Mentoren und Mentees nach Kram von zwei weiteren Bedingungen ab: Wahrnehmung der Kompetenz des Gegenübers und Wohlfühlen in der professionellen zwischenmenschlichen Beziehung (72).

Den Zusammenhang zwischen Ähnlichkeiten und funktionierenden Mentoring-Beziehungen haben Lankau et al. in einer quantitativen Langzeitstudie untersucht (76). Die Funktionalität der Beziehung wurde an erfolgreicher beruflicher sowie psychosozialer Unterstützung gemessen. Ähnlichkeiten wurden einerseits an demographischen Merkmalen und andererseits an Persönlichkeitsmerkmalen gemessen. Dabei haben sie zusätzlich berücksichtigt, welchen Einfluss Sympathie zwischen den Akteuren spielt. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass eine erfolgreiche Mentoring-Beziehung weniger durch Ähnlichkeit hinsichtlich demographischer Merkmale wie Alter, Vermögen und Berufserfahrung beeinflusst wurde, sondern vor allem durch die von den Teilnehmern wahrgenommene Ähnlichkeit hinsichtlich bestimmter Persönlichkeitsmerkmale wie Einstellungen und Interessen. Diese „persönliche Ähnlichkeit“ war dabei jedoch nicht gleichzusetzen mit Sympathie, d.h. Mentoren haben ihre Förderung nicht vom „Mögen“ der Mentees abhängig gemacht. In der Literatur gibt es weitere Hinweise, dass konstruktive Reibung wertvoll für den Mentoring-Prozess sein kann, soweit fachliche und persönliche Interessen ausgewogen sind (100,101). Bezüglich der Kompatibilität von Mentoren und Mentees heben Jackson et al. auf Basis ihrer qualitativen Untersuchung hervor: *“‘being on the same wavelength’ or ‘having the right chemistry’—is as essential to the mentoring relationship as it is to other successful dynamic and reciprocal relationships”* (96).

Die präsentierten Forschungsergebnisse basieren hauptsächlich auf der Untersuchung dyadischer Mentoring-Beziehungen, bei denen ein Mentor mit einem einzelnen Mentee in Beziehung tritt. Im Vergleich dazu liegen wenig Daten über (reine) Gruppen-Mentoring-Programme vor (26,37). Einzelne Studien widmeten sich jedoch der Untersuchung der positiven Auswirkungen auf Mentees und Mentoren sowie auf das Miteinander an der Fakultät. So berichtet beispielsweise eine kanadische Studie, dass die Mentoren ein Gefühl der (Wieder-)Verbindung mit dem Beruf

beschreiben, welches mit der Freude an der Arbeit mit Studierenden, dem Wunsch etwas zu bewirken, dem Prozess der Reflexion und dem Aufbau einer Gemeinschaft verbunden sei (102). Eine US-amerikanische Studie berichtet von den Benefits für die Mentees, die Beratung bei Karriereentscheidungen, verbessertes Networking, soziale Unterstützung und reduziertes Stresserleben umfassen (83). Neben den nordamerikanischen Studien verwies die Untersuchung von Woessner et al. an der Universität des Saarlands auf ähnliche Benefits: Austausch von Erfahrungen und Informationen, Hilfestellung bei Problemen sowie eine Reduktion der Anonymität und Distanz zwischen Dozenten und Studierenden an der Universität (40). Zusätzlich identifizierten sie ‚Zeitdruck/Eingebundenheit in das Studium‘ als eine wesentliche Herausforderung für den Mentoring-Prozess. Andere Studien bestätigen, dass Terminschwierigkeiten (103), Frustration auf Seiten der Mentoren durch geringe Teilnahme (104) als auch die zeitliche Belastung auf Seiten der Mentoren eine Rolle spielen (105). Zusammengefasst geht aus der Literatur hervor, dass die Form des Gruppen-Mentorings dazu beitragen kann, die persönliche und professionelle Entwicklung zu fördern, dass jedoch ein großer Bedarf besteht die konkreten Mentoring-Prozesse einschließlich auftretender Hindernisse und resultierender Benefits differenzierter zu untersuchen (26,41,106). Sambunjak et al. betonen, dass Studien mit einem Schwerpunkt auf qualitativen Forschungsmethoden essenziell seien, um ein tiefergehendes Verständnis der Entwicklung und des Einflusses von (Gruppen-)Mentoring-Beziehungen zu erhalten (36).

Abschließend ist hinzuzufügen, dass bei der Untersuchung von Mentoring-Beziehungen der Fokus meist auf die Mentees und nicht auf die Mentoren gelegt wird (37). Wanberg et al. konnten jedoch zeigen, dass zum Beispiel die Wahrnehmung der gegebenen bzw. empfangenen Unterstützung differieren kann. So haben die Mentees teilweise Gegebenheiten als wertvoll für sich erlebt, die vom Mentor nicht intendiert gewesen sind. Umgekehrt wurden bestimmte Bemühungen des Mentors von den Mentees nicht als solche, bzw. nicht als effektiv, wahrgenommen (97). Generell ist die Perspektive der Mentoren ebenso relevant wie die der Mentees und sollte entsprechend beforscht werden (8). Dabei verspricht insbesondere die Korrelation beider Perspektiven entscheidende Erkenntnisse über die Beziehung zwischen Mentoren und Mentees.

1.4 A² Mentoring-Programm der Medizinischen Fakultät Düsseldorf

Anmerkung: Die dargestellten Informationen über A² sind sowohl der zugehörigen Website (42) entnommen, als auch durch persönliche Gespräche mit der Programmkoordinatorin (Frau Schahabi) und der Projektleitung (Frau Prof. Dr. med. Ritz-Timme, Herr Univ.-Prof. Dr. med. Schneider) ergänzt.

Das Mentoring-Programm A² wurde im November 2012 an der Medizinischen Fakultät Düsseldorf implementiert und ist ein Gruppen-Mentoring-Programm für Studierende der Human- und Zahnmedizin. Der Name A² steht für „Arzt mal Arzt“, das heißt „erfahrender Arzt“ und „Arzt im Training“. A² grenzt sich vom bereits seit 2006 an der Heinrich-Heine-Universität (HHU) existierenden SelmaMeyerMentoring ab, das als Eins-zu-eins-Mentoring speziell auf die Förderung des weiblichen wissenschaftlichen Nachwuchses ausgelegt ist (Mentoring-Linie SelmaMeyerMED+ für Medizinerinnen (107)). Beim Gruppen-Mentoring-Programm A² werden Studierende in sogenannten Peergroups von drei bis fünf Mentees von einem Mentor über den Verlauf ihres Studiums begleitet. Auf freiwilliger Basis können Studierende der Zahn- und Humanmedizin bereits

ab dem ersten Semester teilnehmen. Dabei ist das Mentoring nicht an eine spezielle Zielgruppe, oder (z. B. wissenschaftliche) Qualifikationen geknüpft, sondern richtet sich an motivierte Studierende, die sich persönlich und beruflich weiterentwickeln möchten und aktiv auf einen Platz bei A² bewerben.

Die bei A² teilnehmenden Mentoren sind Ärzte und Wissenschaftler, die beruflich mit der Medizinischen Fakultät assoziiert sind. Darunter finden sich, neben an der Universität(sklinik) tätigen Chef-, Ober- und Assistenzärzten, auch in sogenannten Lehr-Praxen niedergelassene Fachärzte. Von Programmseite wird einerseits gezielt Mentoren-Akquise betrieben, andererseits ist auch die Initiativbewerbung durch engagierte Interessenten möglich und erwünscht. Die Mentoren erhalten für ihre Tätigkeit im Rahmen des Programms keine Aufwandsentschädigung.

Pro Jahrgang kann das Programm in Abhängigkeit der zur Verfügung stehenden Mentoren circa 50 (bis mittlerweile 75) neue Mentees aufnehmen (Stand 2021). Die Zusammenstellung von Peergroups mit jeweils drei bis fünf Mentees erfolgt durch die Studierenden selbst bzw. unter Leitung der Projektkoordination. Dabei ist die Möglichkeit von Gruppenheterogenität z. B. hinsichtlich des Geschlechts und des Studienfortschritts durchaus gegeben. Die Peergroups erhalten Informationen über die Mentoren und können diese im Rahmen einer Auftaktveranstaltung persönlich kennenlernen. Auf dieser Basis wählen die jeweiligen Peergroups in Gesprächen mit der Projektkoordination einen gemeinsamen Mentor aus.

Laut Programmvorgabe trifft sich jede Gruppe mindestens zwei Mal pro Semester gemeinsam mit dem Mentor. Bezüglich Initiation und Organisation von Treffen, Ergreifung von Initiative und Themenauswahl wird bei A² der Peergroup die aktive Rolle zugeschrieben (sog. Holschuld). Der Programm-Konzeption entsprechende Themen sind beispielsweise Selbstreflexion und Selbstkompetenz, kommunikative und sozial-ethische Kompetenz, Zukunftsausrichtung und Karriere- bzw. Familienplanung. Bei Bedarf können zusätzlich zu den Gruppentreffen Einzeltreffen im Sinne eines Eins-zu-eins-Mentorings von den Teilnehmern angeregt werden, sind in der Programmkonzeption aber per se nicht enthalten.

Neben dem Gruppen-Mentoring organisiert A² Netzwerktreffen und bietet Seminare und Workshops zu Themen wie Ethik, Kommunikation und Projektmanagement an. Mentoren ist es außerdem freigestellt, sich über für sie angebotene Seminare weiterzubilden. Ergänzend haben alle Teilnehmer die Option, bei Bedarf ein Coaching in Anspruch zu nehmen.

Insgesamt verfolgt das Mentoring-Programm A² die Absicht, Raum für Austausch, persönliche Interaktion und gemeinsame Weiterentwicklung von angehenden und erfahrenen Ärzten zu bieten. Insbesondere durch das Konzept der studienbegleitenden und freigestaltbaren Mentoring-Beziehung möchte das Programm Arzt-Werden unterstützen bzw. Arzt-Sein frühzeitig erlebbar machen und letztlich zu einer inspirierten Lehr- und Lernkultur beitragen.

1.5 Zielsetzung der vorliegenden Arbeit

Mentoring wird auf Basis der förderlichen Effekte für die persönliche und professionelle Entwicklung angehender Ärzte zur Optimierung der Lehr-/Lernkultur medizinischer Fakultäten empfohlen. Es mangelt jedoch sowohl an Studien, die die entsprechenden Programme und die wahrgenommene Lehrkultur tatsächlich in Beziehung setzen, als auch an Studien, die sich speziell mit der Form des Gruppen-Mentorings beschäftigen.

Die hier präsentierte Untersuchung des Programms A² verfolgt daher das Ziel Erkenntnisse zur Beziehungsentwicklung innerhalb eines Gruppen-Mentorings zu generieren und diese in den Kontext der lokalen Lehr-/Lernkultur einzuordnen. Um eine detaillierte, explorative Untersuchung zu ermöglichen, wurde der Fokus dabei auf das erste Mentoring-Jahr gelegt. Die Fragestellungen der durchgeführten Untersuchung lauten entsprechend wie folgt:

Wie nehmen Mentoren und Mentees die Lehr-/Lernkultur bei Beginn des Programms bzw. nach einem Jahr Mentoring wahr?

Wie entwickeln sich die Mentoring-Beziehungen des Gruppen-Mentorings A² im ersten Jahr?

Die gewonnenen Daten sollen hilfreiche Erkenntnisse über das Konzept „Arzt-Sein erleben“ im Gruppen-Mentoring liefern, eine weitere Optimierung des Programms ermöglichen und eine Basis für Langzeituntersuchungen darstellen.

2 Material und Methoden

2.1 Studiendesign

In der vorliegenden Studie soll die Anfangsphase (erstes Jahr) der Mentoring-Beziehung zwischen Mentoren und Mentees explorativ untersucht und vor dem Hintergrund der lokalen Lehr-/Lernkultur betrachtet werden. Dazu wurde eine longitudinale Beobachtungsstudie im *mixed methods* Design durchgeführt. Um möglichst umfassende Erkenntnisse zu generieren, wurden die genannten Fragestellungen unter drei verschiedenen Gesichtspunkten untersucht. Dabei wurden sowohl (1) der zeitliche Verlauf, (2) verschiedene Teilnehmer-Perspektiven, als auch (3) unterschiedliche methodische Ansätze berücksichtigt.

Um (1) den zeitlichen Verlauf der Beziehungsgestaltung abbilden zu können, wurde eine longitudinal ausgerichtete Studie durchgeführt, in der die Mentoring-Teilnehmer zu zwei Zeitpunkten (prä – post) befragt wurden. Auf diese Weise wurden bei Eintritt in das Mentoring-Programm (nach erfolgter Gruppenzusammenstellung und Mentor-Zuteilung) Daten zu Ausgangszustand und Erwartungen generiert (T1). Diese wurden mit der entsprechenden Einschätzung nach einem Jahr Mentoring (T2) in Beziehung gesetzt.

Um (2) verschiedene Perspektiven auf die Mentoring-Beziehung zu erfassen, wurden nicht nur die Mentees, sondern auch die dazugehörigen Mentoren befragt. Insbesondere aus der Korrelation beider Perspektiven sollen entscheidende Erkenntnisse über die Beziehung zwischen Mentoren und Mentees generiert werden.

Um sich (3) methodisch der Thematik von zwei Seiten zu nähern, wurden sowohl quantitative als auch qualitative Ansätze herangezogen. Insbesondere im Hinblick auf die einzelnen Interaktionen zwischen den Mentoring-Partnern und die Einordnung der Beziehungsgestaltung in den Kontext der Lehr-/Lernkultur war dies von hoher Relevanz. Den quantitativen Teil dieser Studie bilden zwei Fragebögen zur Evaluation der Lehrkultur: (1) *Dundee Ready Education Environment Measure* (DREEM), (2) Leitbild-Fragebogen (LB-F). Den qualitativen Teil dieser Studie bilden zunächst pilotierte und dann prä-post durchgeführte semistrukturierte Interviews. Die Mentoren wurden in Einzeltreffen, die Peergroups als Fokusgruppen interviewt. Die Kombination beider Ansätze ermöglichte sowohl eine objektive Aussage über prä-post Veränderungen in der Wahrnehmung der Lehr-/Lernkultur mittels Fragebögen, als auch eine in Interviews erfasste subjektive Einschätzung des entsprechenden Beitrags des Mentorings. Das Herausarbeiten einzelner Aspekte innerhalb der Mentor-Mentee-Beziehungen soll dazu beitragen die Mentor-Gruppen-Prozesse besser zu verstehen und somit den Einsatz des Mentorings im Medizinstudium als Teil der aktiven Gestaltung einer förderlichen Lehr- Lernkultur optimieren zu können.

2.2 Ethikvotum

Die vorliegende Studie hat am 18.07.2013 unter der Studiennummer 4349 ein zustimmendes Ethikvotum von der Ethikkommission Düsseldorf erhalten.

2.3 Quantitative Methoden

2.3.1 Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM)

Der DREEM ist ein 1997 von Roff et al. publiziertes, validiertes Instrument zur Beurteilung der Lehr- und Lernkultur im Bereich *health profession education* (64). Der DREEM kann sowohl für Lernende als auch für Lehrende angewendet werden. Die internationale Akzeptanz des DREEM zeigt sich in der zunehmenden Übersetzung und Validierung in vielen weiteren Sprachen (darunter Spanisch, Arabisch, Chinesisch u.v.a.) und dem weltweiten Gebrauch in über 20 Ländern (darunter England, Schweden, Nigeria, Thailand, Indien u.v.a) (65,108). Laut dem systematischen Review von Soemantri et al. eignet sich der DREEM von den aus der Literatur extrahierten Lehrkultur-Fragebögen aus dem Bereich *health profession education* ($n = 31$) am besten zur Untersuchung der Lehr- und Lernkultur medizinischer Fakultäten (*undergraduate medical education*) (47). Das systematische Review von Miles et al. untersuchte die praktische Anwendung des DREEMs anhand der zwischen 1997 und 2011 publizierten Studien und bestätigte seine hohe Relevanz für die medizinische Lehr- und Lernforschung (65).

Die deutsche Version des DREEMs wurde 2011 von Rotthoff et al. entwickelt und validiert. Dabei wurde sowohl eine sehr große Population von Studierenden ($n = 1119$), als auch von Lehrenden ($n = 258$) der Medizinischen Fakultät Düsseldorf untersucht (67). Da hiermit eine Übersetzung des international bestetablierten Lehr- und Lernkultur-Fragebogens für den deutsch-sprachigen Raum zur Verfügung stand, wurde der DREEM für die vorliegende Studie herangezogen.

Der DREEM beinhaltet 50 Items, die auf einer Likert-Skala von 0 („Stimme überhaupt nicht zu“) bis 4 („Stimme stark zu“) beantwortet werden. Die Items teilen sich in fünf Subskalen auf:

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| 1. Wahrnehmung der Lehre | (12 Items, max. 48 Punkte) |
| 2. Wahrnehmung der Lehrenden | (11 Items, max. 44 Punkte) |
| 3. Akademische Selbst-Wahrnehmung | (08 Items, max. 32 Punkte) |
| 4. Wahrnehmung der Atmosphäre | (12 Items, max. 48 Punkte) |
| 5. Soziale Selbst-Wahrnehmung | (07 Items, max. 28 Punkte). |

Der Maximalscore beträgt 200 Punkte. Je höher der Punktwert, desto besser wurde die wahrgenommene Lehr- und Lernkultur bewertet. Items mit einem Mittelwert kleiner zwei weisen hingegen auf Regionen mit Optimierungsbedarf hin (109–111). In Tabelle 1 werden die DREEM Items nach Subskalen geordnet dargestellt. Von den 50 DREEM Items beinhalten neun Items negative, d.h. nicht erstrebenswerte Aussagen über die Lehr- und Lernkultur (in **Fehler! V erweisquelle konnte nicht gefunden werden.** rot markiert). Diese Items müssen aufgrund der gegenläufigen Aussage vor der Analyse invertiert werden. Durch diesen Prozess sprechen sie – wie alle anderen Items – mit einem hohen Punktwert für eine gute Lehr- und Lernkultur.

Tabelle 1: Darstellung der nach Subskalen geordneten DREEM Items

1. Wahrnehmung der Lehre (12 Items, max. 48 Punkte)

- 01 Die Studierenden werden ermutigt, sich aktiv an den Veranstaltungen zu beteiligen.
- 07 Die Lehre ist oft stimulierend.
- 13 Die Lehre ist studierendenzentriert.
- 16 Die Lehre hilft den Studierenden, Kompetenz zu entwickeln.
- 20 Die Schwerpunkte in der Lehre sind gut gewählt.
- 22 Die Lehre hilft den Studierenden, Selbstvertrauen zu entwickeln.
- 24 In den Veranstaltungen wird die Zeit gut genutzt.
- 25 **In der Lehre wird zu viel Wert auf das Lernen von Fakten gelegt.**
- 38 Die Lernziele des Studiums sind den Studierenden klar.
- 44 Die Lehre fördert das aktive Lernen bei den Studierenden.
- 47 Es wird mehr Wert auf langfristiges als auf kurzfristiges Lernen gelegt.
- 48 **Die Lehre ist zu dozentenorientiert.**

2. Wahrnehmung der Lehrenden (11 Items, max. 44 Punkte)

- 02 Die Lehrenden besitzen ein umfangreiches Wissen.
- 06 Die Lehrenden sind geduldig gegenüber den Patienten.
- 08 **Die Lehrenden machen die Studierenden lächerlich.**
- 09 **Die Lehrenden sind autoritär.**
- 18 Die Kommunikation zwischen den Lehrenden und den Patienten funktioniert gut.
- 29 Die Lehrenden sind gut darin, Studierenden Feedback zu geben.
- 32 Die Lehrenden an dieser Universität üben Kritik konstruktiv.
- 37 Die Lehrenden verwenden klare Beispiele.
- 39 **Die Lehrenden werden in den Veranstaltungen wütend.**
- 40 Die Lehrenden sind gut auf ihre Veranstaltungen vorbereitet.
- 50 **Die Studierenden nerven die Lehrenden.**

3. Akademische Selbst-Wahrnehmung (8 Items, max. 32 Punkte)

- 05 Lernstrategien, die sich bei den Studierenden bisher bewährt haben, funktionieren bei ihnen heutzutage immer noch gut.
- 10 Die Studierenden sind zuversichtlich, dass sie ihre Prüfungen dieses Semester bestehen werden.
- 21 Die Studierenden haben das Gefühl, dass sie gut auf den Arztberuf vorbereitet werden.
- 26 Die im letzten Semester von den Studierenden geleistete Arbeit hat sich als eine gute Vorbereitung für die Arbeit in diesem Semester erwiesen.
- 27 Die Studierenden sind in der Lage, alles, was nötig ist, auswendig zu lernen.
- 31 Die Studierenden haben viel über Empathie im Arztberuf gelernt.
- 41 Die Studierenden erlernen hier gute Problemlösefähigkeiten.
- 45 Vieles von dem, was die Studierenden lernen müssen, scheint für eine Laufbahn in der Medizin relevant zu sein.

4. Wahrnehmung der Atmosphäre (12 Items, max. 48 Punkte)

- 11 Die Atmosphäre während des Unterrichts am Krankenbett ist entspannt.
- 12 Die Stundenpläne an dieser Universität sind gut durchdacht.
- 17 **Prüfungsbetrug stellt ein Problem an dieser Universität dar.**
- 23 Die Atmosphäre während der Vorlesungen ist entspannt.
- 30 Die Studierenden haben die Möglichkeit, zwischenmenschliche Fähigkeiten zu entwickeln.
- 33 Sozial gesehen fühlen sich die Studierenden in den Veranstaltungen wohl.
- 34 Die Atmosphäre während der Seminare/Tutorien/Praktika ist entspannt.
- 35 **Die Studierenden haben hier enttäuschende Erfahrungen gemacht.**

Fortsetzung siehe nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 1: Darstellung der nach Subskalen geordneten DREEM Items

- 36 Die Studierenden können sich gut konzentrieren.
- 42 Die Freude am Studium überwiegt den Stress.
- 43 Die Atmosphäre motiviert die Studierenden zum Lernen.
- 49 Die Studierenden haben das Gefühl, dass sie die Fragen, die sie stellen wollen, auch stellen können.

5. Soziale Selbst-Wahrnehmung (7 Items, max. 28 Punkte)

- 03 Gestressten Studierenden wird gute Unterstützung angeboten.
- 04 Die Studierenden fühlen sich zu erschöpft, um dieses Studium zu genießen.
- 14 Den Studierenden ist während dieses Studiums selten langweilig.
- 15 Die Studierenden haben Freunde an dieser Universität.
- 19 Das Sozialleben (z.B. Umfeld, Kontakte) der Studierenden ist gut.
- 28 Die Studierenden fühlen sich selten einsam.
- 46 Die Unterkünfte der Studierenden sind angenehm.

Die Items sind nach Subskalen geordnet. Die Nummer in der ersten Spalte gibt die Position des jeweiligen Items im Fragebogen an. Rot markierte Items werden invertiert ausgewertet, da sie eine gegenläufige Aussage über die Lehr- und Lernkultur treffen. DREEM = Dundee Ready Education Environment Measure.

Der DREEM Gesamtscore kann anhand vier in der Literatur vorgeschlagener Kategorien (109,112) von „*very poor environment*“ (0-50 Punkte) bis „*excellent environment*“ (151-200 Punkte) interpretiert werden, siehe Tabelle 2.

Tabelle 2: Interpretation des DREEM Gesamtscore zur Bewertung der Lehr-/Lernkultur (109,112)

DREEM Gesamtscore (Punkte)	Bewertung der Lehr-/Lernkultur
0-50	<i>Very poor environment</i>
51-100	<i>Plenty of problems</i>
101-150	<i>More positive than negative</i>
151-200	<i>Excellent environment</i>

DREEM = Dundee Ready Education Environment Measure.

2.3.2 Leitbild-Fragebogen (LB-F)

Eine Fakultät zeichnet sich durch die in ihr gelebte Lehr- und Lernkultur aus. Um der Spezifität der hier untersuchten Düsseldorfer Lehr- und Lernkultur gerecht zu werden, wurde der DREEM um einen Fragebogen ergänzt, der die Implementierung des orts-spezifischen Lehr-Leitbilds abfragt. Der eingesetzte Fragebogen wurde an der Medizinischen Fakultät Düsseldorf von Rothhoff et al. entwickelt und validiert (113). Dabei zeigte er zufriedenstellende psychometrische Eigenschaften und hohe Korrelationen mit dem oben beschriebenen, in der Lehrforschung etablierten DREEM.

Der LB-F ist der erste und aktuell einzige Fragebogen, der spezifisch die Lehr- und Lernkultur der Medizinischen Fakultät Düsseldorf adressiert. Der LB-F basiert explizit auf dem 2009 an der Fakultät implementierten Leitbild „Lehre“, welches die konkreten Aspekte der angestrebten Lehr- und Lernkultur beschreibt (siehe Abb. 1).

Unser Leitbild

Beschlossen vom Fakultätsrat der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf am 25. Juni 2009.

Die Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf ist eine Gemeinschaft der Lernenden und Lehrenden, die sich in lebendiger Interaktion und in gegenseitiger Wertschätzung weiter entwickelt. Die Lehrenden unterstützen aktiv die persönliche und fachliche Entwicklung der Studierenden, deren Eigeninitiative gefördert und gefordert wird. Die Lernenden unterstützen die Lehrenden bei der Weiterentwicklung ihrer Fachgebiete.

Unsere Absolventinnen und Absolventen

- kennen die körperlichen, seelischen und sozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit,
- beherrschen die grundlegenden ärztlichen Kompetenzen,
- stellen Differentialdiagnosen und entwickeln eigenständig Therapiekonzepte,
- beherrschen die Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens,
- denken kritisch unter Berücksichtigung gesicherter Erkenntnisse sowie (in der Klinik) auch der Individualität der Patienten und treffen auf dieser Grundlage Entscheidungen,
- handeln unter Berücksichtigung ethischer Grundsätze,
- kommunizieren angemessen, einfühlsam und respektvoll mit Patienten und Kollegen,
- kennen ihre persönlichen Grenzen und gehen mit Fehlern offen und angemessen um,
- verfügen über Kompetenzen der Selbstorganisation und des Zeitmanagements,
- berücksichtigen gesundheitsökonomische Rahmenbedingungen,
- vermitteln ihr Wissen anderen und
- sind bereit, ein Leben lang zu lernen und sich zu entwickeln.

Unsere Lehrenden

- sind Ansprechpartner/innen, Vertrauenspersonen und Vorbild für die Studierenden,
- sind didaktisch und inhaltlich kompetent und bereit, sich kontinuierlich weiter zu entwickeln,
- stehen in lebendigem Dialog mit den Studierenden und anderen Lehrenden,
- geben stimulierendes Feedback und
- erhalten für ihre Tätigkeit Anerkennung von den Studierenden und der Fakultät.

Unser Curriculum

- fördert die Studierenden auf fachlicher und persönlicher Ebene,
- ist patientenorientiert, problembezogen und fächerübergreifend,
- fördert wissenschaftliches Denken und Arbeiten,
- besteht aus einem Kerncurriculum und bietet umfangreiche Wahlmöglichkeiten,
- bietet Freiräume für wissenschaftliche Qualifikation und Auslandsaufenthalte,
- inspiriert die Studierenden zum eigenverantwortlichen Lernen,
- ist familiengerecht und berücksichtigt die Gleichstellung von Frauen und Männern,
- wird durch Lehr- und Lernforschung begleitet und
- wird gemeinsam durch Lehrende und Lernende gestaltet und weiterentwickelt.

Abb. 1: Leitbild „Lehre“ der Medizinischen Fakultät der HHU Düsseldorf (114).

Der LB-F bietet aus drei Gründen eine sinnvolle Ergänzung zum DREEM: (1) Er ist lokal und ortsspezifisch für und an der hier untersuchten Medizinischen Fakultät entwickelt worden. (2) Er bietet eine Erfassung der wahrgenommenen Implementierung eines kompetenz-basierten Curriculums an, denn er adressiert – im Gegensatz zum DREEM – die entsprechenden Kompetenzbereiche (z. B. wissenschaftliche Kompetenz, Lehrkompetenz, ökonomische Kompetenz, Selbstkompetenz und die hier v. a. relevante soziale Kompetenz). (3) Der LB-F legt einen Fokus auf die Interaktion zwischen Studierenden und Lehrenden (z. B. „die Lehrenden sind Vertrauenspersonen und Ansprechpartner

für die Studierenden“). Dies ist essenziell, um den Beziehungs-Aspekt des Mentorings abbilden zu können.

Basierend auf den 26 Anforderungen des Leitbilds wurden 37 Fragebogen-Items generiert. Diese enthalten jeweils spezifische, quantifizierbare Aussagen (beispielsweise keine „und“-Verknüpfungen etc.) und umschreiben daher mehr Items als das Leitbild (113).

Die Beantwortung der Items erfolgt auf einer Likert-Skala von 0 („Stimme überhaupt nicht zu“) bis 4 („Stimme stark zu“). Die in Tabelle 3 dargestellten LB-F Items teilen sich entsprechend der Kategorien des zugrunde liegenden Leitbilds auf drei Subskalen auf:

1. Die Lehrenden (08 Items, max. 32 Punkte)
2. Die Studierenden (15 Items, max. 60 Punkte)
3. Das Curriculum (14 Items, max. 56 Punkte)

Tabelle 3: Darstellung der nach Subskalen geordneten LB-F Items

1. Die Lehrenden (8 Items, max. 32 Punkte)

- 01 Die Lehrenden sind Vorbild für die Studierenden.
- 03 Die Lehrenden stehen in lebendigem Dialog mit den Studierenden und anderen Lehrenden.
- 06 Die Lehrenden sind didaktisch sowie inhaltlich kompetent und bereit, sich kontinuierlich weiterzuentwickeln.
- 24 Die Lehrenden geben stimulierendes Feedback.
- 26 Die Lehrenden sind Ansprechpartner und Vertrauenspersonen für die Studierenden.
- 28 Die Lehrenden erhalten für ihre Tätigkeit Anerkennung von der Fakultät.
- 29 Die Lehrenden erhalten für ihre Tätigkeit Anerkennung von den Studierenden.
- 33 Die Lehrenden sind bereit, sich kontinuierlich weiterzuentwickeln.

2. Die Studierenden (15 Items, max. 60 Punkte)

- 02 Die Studierenden lernen die körperlichen, seelischen und sozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit kennen.
- 04 Die Studierenden kommunizieren angemessen, einfühlsam und respektvoll mit Patienten.
- 08 Die Studierenden lernen, bei fachlichen Entscheidungen die Individualität der Patienten zu berücksichtigen.
- 10 Die Studierenden handeln unter Berücksichtigung ethischer Grundsätze.
- 11 Die Studierenden lernen, ihr Wissen anderen zu vermitteln.
- 12 Die Studierenden werden gut darauf vorbereitet, ein Leben lang zu lernen und sich zu entwickeln.
- 13 Die Studierenden lernen, kritisch unter Berücksichtigung gesicherter Erkenntnisse zu denken und auf dieser Grundlage Entscheidungen zu treffen.
- 16 Die Studierenden kennen ihre persönlichen Grenzen.
- 18 Die Studierenden lernen, gesundheitsökonomische Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.
- 20 Die Studierenden erlernen Fähigkeiten der Selbstorganisation und des Zeitmanagements.
- 22 Die Studierenden beherrschen die Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens.
- 27 Die Studierenden erlernen die grundlegenden ärztlichen Kompetenzen.
- 30 Die Studierenden lernen, Differentialdiagnosen zu stellen und eigenständig Therapiekonzepte zu entwickeln.
- 32 Die Studierenden kommunizieren angemessen, einfühlsam und respektvoll mit Kollegen.
- 36 Die Studierenden gehen mit Fehlern offen und angemessen um.

Fortsetzung siehe nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3: Darstellung der nach Subskalen geordneten LB-F Items

3. Das Curriculum (14 Items, max. 56 Punkte)

- 05 Das Studium inspiriert die Studierenden zum eigenverantwortlichen Lernen.
- 07 Das Studium fördert wissenschaftliches Denken und Arbeiten.
- 09 Das Studium wird durch Lehr- und Lernforschung begleitet.
- 14 Das Studium fördert die Studierenden auf fachlicher Ebene.
- 15 Das Studium ist familiengerecht.
- 17 Das Studium besteht aus einem Kerncurriculum und bietet umfangreiche Wahlmöglichkeiten.
- 19 Das Studium bietet Freiräume für wissenschaftliche Qualifikation.
- 21 Das Studium wird gemeinsam durch Lehrende und Lernende gestaltet und weiterentwickelt.
- 23 Das Studium berücksichtigt die Gleichstellung von Frauen und Männern.
- 25 Das Studium ist patientenorientiert.
- 31 Das Studium bietet Freiräume für Auslandsaufenthalte.
- 34 Das Studium fördert die Studierenden auf persönlicher Ebene.
- 35 Das Studium ist problembezogen.
- 37 Das Studium ist fächerübergreifend.

Die Items sind nach Subskalen geordnet. Die Nummer in der ersten Spalte gibt die Position des jeweiligen Items im Fragebogen an. LB-F = Leitbild-Fragebogen.

Der Maximalscore des LB-F umfasst 148 Punkte. Die Höhe der Punktzahl korreliert mit der wahrgenommenen Implementierung des Leitbilds „Lehre“, d. h. mit einer wünschenswerten Lehr- und Lernkultur. Der von der untersuchten Population wahrgenommene Grad der Implementierung wird anhand des Gesamtscores zusätzlich in fünf Kategorien von „schlecht“ bis „exzellent“ unterteilt (siehe Tabelle 4) (113).

Tabelle 4: Interpretation des LB-F Gesamtscores zur Bewertung der Leitbild-Implementierung (113)

LB-F Gesamtscore (Punkte)	Implementierung des Leitbilds
0-29	Schlecht
30-59	Schwach
60-89	Moderat
90-119	Gut
120-148	Exzellent

LB-F = Leitbild-Fragebogen.

2.4 Qualitative Methoden

2.4.1 Entwicklung von Interviewleitfäden

Im qualitativen Teil der vorliegenden Arbeit liegt der Schwerpunkt auf der Beziehungsentwicklung im A²-Mentoring-Programm. Es soll untersucht werden, wie sich die Beziehungen zwischen Mentoren und Mentees bzw. Mentee-Gruppe innerhalb des ersten Jahres bei A² entwickelt haben und wovon diese beeinflusst werden. Um ein tiefergehendes Verständnis über die Wahrnehmung und Einsichten der Mentoren und Mentees zu erlangen, sind qualitative Herangehensweisen essenziell (36).

Qualitative Daten können auf vielfältige Weise generiert werden. Dabei sind leitfadengestützte Interviews eine etablierte Herangehensweise (115,116). Beim Leitfaden-Interview werden erzählgenerierende Fragen gestellt, die in Reihenfolge und Formulierung an den Verlauf des Gesprächs bzw. die interviewte Person angepasst werden können (116). Das Strukturierungsniveau kann unterschiedlich stark gewählt werden, wobei die Leitfragen sicherstellen sollen, dass alle gewünschten Themenbereiche angesprochen werden und somit eine Vergleichbarkeit zwischen den Interviews gewährleistet ist. Zusätzlich können konkrete Nachfragen und Aufrechterhaltungsfragen gestellt werden (116).

Im ersten Schritt wurde ein Mentee-Leitfaden für die Zeitpunkte T1 und T2 sowie ein Mentoren-Leitfaden für die Zeitpunkte T1 und T2 entworfen. Da in der vorliegenden Arbeit die A²-Mentoring-Beziehungen im Kontext der Lehr- und Lernkultur untersucht werden sollten, wurden Experten für die entsprechenden Bereiche in die Leitfaden-Entwicklung involviert. Die Expertise über das untersuchte Mentoring-Programm lieferte einer der Initiatoren und ärztlichen Leiter von A² (Univ.-Prof. Dr. med. Matthias Schneider (MS)). Die Expertise bezüglich der Lehr- und Lernkultur brachte ein Medizindidaktiker (Prof. Dr. med. Thomas Rotthoff (TR), *Master of Medical Education*) ein. Es ist zu beachten, dass oben genannte Personen ebenfalls Mentoren im A²-Programm darstellten. Neben der fachlichen Expertise konnten sie damit auch wertvolle Einsichten aus der Mentor-Perspektive in die Leitfaden-Entwicklung einbringen. Ergänzend lieferte die Hauptverantwortliche der vorliegenden Studie (Franziska Lautwein (FL)) als Studierende und A²-Mentee die entsprechend reziproke Perspektive. Interessenkonflikte bezüglich der Doppelrollen wurden reflektiert und als vernachlässigbar eingeschätzt. Im Gegenteil konnten auf diese Weise beschriebene Einsichten und damit Nähe zum untersuchten Programm gewährleistet werden. Die Leitfäden wurden in Anlehnung an die SPSS-Methode nach Helfferich generiert (siehe Abb. 2) und durch Konsensfindung der oben aufgeführten Personen inhaltlich validiert.

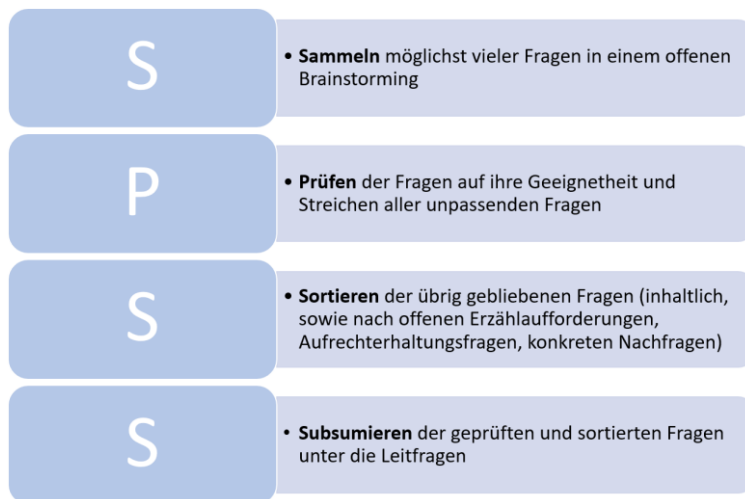


Abb. 2: SPSS-Methode nach Helfferich zur Erstellung eines Interview-Leitfadens (116). Eigene Darstellung.

Im zweiten Schritt wurde der Mentor- bzw. Mentee-Leitfaden für die Zeitpunkte T1 und T2 jeweils mit einer Pilot-Kohorte getestet (siehe Kapitel 2.5). Mit der Pilot-Untersuchung wurden zwei Ziele verfolgt: Einerseits konnten die Leitfäden erprobt, überarbeitet und optimiert werden. Andererseits konnten auf diese Weise die Leitfäden verinnerlicht, die flexible Anwendung der Fragen sichergestellt und die nötige Expertise in der Gesprächsführung von Fokusgruppen und Einzelinterviews erlangt werden. Sämtliche Pilot-Interviews (n (Mentoren) = 6; n (Gruppen) = 7) und Haupt-Interviews (n (Mentoren) = 9; n (Gruppen) = 7) wurden von einem Interviewer (FL) getätigt, so dass Konsistenz in der Interview-Durchführung gewährleistet wurde.

Im Folgenden sind der T1- und T2-Leifaden dargestellt. Zur besseren Übersicht sind diese jeweils in zusammengefasster Form für Mentoren und Mentees abgebildet. Die Leitfragen dienen als Erzählaufforderung. Daneben wurden Aufrechterhaltungsfragen gestellt (z. B. „Und dann?“, „Fällt Ihnen dazu noch etwas ein?“). Da es sich um dialogische Interviews handelt, wurden situationsangepasst auch konkrete Nachfragen gestellt (116). Die Bezifferung der Fragen soll keine Reihenfolge festlegen, sondern dient hier der besseren Übersicht.

Interview-Leitfaden T1 „Erwartungen“ (Zusammenfassung Mentees und Mentoren)

1. Was heißt es für Sie/euch, Arzt bzw. Ärztin zu sein? Was macht **Arzt-Sein** aus?
 - 1.1. Was motiviert Sie/ euch persönlich Arzt zu sein/ zu werden?
 - 1.2. Mentoren: Wie würden Sie Ihrer Tochter beschreiben, was es heißt, Arzt bzw. Ärztin zu sein?
 - 1.3. Mentoren: Welche Entwicklungsmöglichkeiten sehen Sie in Ihrem ärztlichen Selbstbild?
2. Was bedeutet **Arzt-Werden**? Wie wird das Medizin-Studium wahrgenommen?
 - 2.1. Mentoren: Wie denken Sie, ist es für die jungen Menschen, Medizin zu studieren? Können Sie sich in die Studierenden hineinversetzen?
 - 2.2. Mentees: Erlebt ihr euch als angehende Ärzte während des Studiums?
 - 2.3. Mentees: Was hat euch bisher auf dem Weg dorthin unterstützt?

Fortsetzung siehe nächste Seite

Fortsetzung Interview-Leitfaden T1 „Erwartungen“ (Zusammenfassung Mentees und Mentoren)

3. Was verstehen Sie/ versteht ihr persönlich unter dem Begriff **Lehrkultur**? (Was bedeutet...)
 - 3.1. Wie nehmen Sie/ihr hier in Düsseldorf die Lehrkultur wahr? Was fehlt? (Wünsche?)
 - 3.2. Wie nehmen Sie/ihr insb. die Beziehung zwischen Studenten und Dozenten wahr?
4. Sie sind/ihr seid Mentor/Mentee bei A² geworden...bitte beschreiben/t (Sie) mal Ihre/eure **Einstellung zu A²**. (Mit welcher Einstellung seid ihr in das Projekt gegangen?)
 - 4.1. Welche Erwartungen...? Welche Hoffnungen...?
 - 4.2. Welche konkreten Ziele...?
 - 4.3. Welche Themen, liegen Ihnen/euch am Herzen?
5. Was bedeutet es für Sie/euch persönlich **Mentor/Mentee zu sein**? (Unterschied zu Klinikarzt- bzw. Dozent-/Student-Sein)
 - 5.1. Inwieweit kann es die persönliche Weiterentwicklung beeinflussen?
 - 5.2. Denken Sie/denkt ihr, dass der Kontakt mit den Mentees/Mentor einen Einfluss darauf haben kann, wie Sie/ihr den Arztberuf sehen/seht?
6. Wie stellen Sie sich/ stellt ihr euch die **Mentor-Mentee-Beziehung** bzw. Zusammenarbeit vor?
 - 6.1. Mentoren: Sie sind Mentor von 4 oder 5 Studierenden geworden...was erwarten Sie? Mentees: Ihr lernt bald euren Mentor oder eure Mentorin kennen...was erwartet ihr da so?
 - 6.2. Wie wollen Sie/wollt ihr die Beziehung zu Ihren Mentees/eurem Mentor gestalten?
 - 6.3. Was können potentielle Schwierigkeiten sein? Gibt es Befürchtungen (Zweifel)?
7. A² ist ein **Gruppen-Mentoring** (kein 1-on-1) – was denken Sie/ihr dazu?
 - 7.1. Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie/habt ihr an die Peergroup? (Vor-/Nachteile)
 - 7.2. Wie stellen Sie sich/stellt ihr euch die Zusammenarbeit vor?
8. Wie sieht Ihre/eure persönliche **Vision zu A²** aus?
 - 8.1. Was wollen Sie/wollt ihr selber dazu beitragen?
 - 8.2. Wie stellen Sie sich/stellt ihr euch die Beziehung mit Ihren Mentees/eurem Mentor auf lange Sicht vor...z.B. 3 Jahre?
9. Was bedeutet **Arzt-Sein erleben** für Sie/euch persönlich?
 - 9.1. Welche Aspekte des Arzt-Seins möchten Sie/möchtet ihr vermitteln/erleben?
10. **Zusatzfrage** Mentor: Welche Erwartungen haben Sie an die Zusammenarbeit mit den anderen Mentoren?

Interview-Leitfaden T2 „Rückblick“ (Zusammenfassung Mentees und Mentoren)

1. Bitte erzählen Sie/erzählt einfach mal vom letzten **Treffen** mit den Mentees/mit dem Mentor. (Aktionen, Interaktionen, Beziehung)
 - 1.1. Was war der vorherrschende Gedanke in Ihrem/deinem Kopf als Sie/du auf dem Weg zu diesem Treffen waren/warst? (z. B. „Hoffentlich...“)
 - 1.2. Worüber haben Sie/habt ihr gesprochen (bei diesem Treffen)?
 - 1.3. Was hat sich vom ersten Treffen bis jetzt verändert?

2. Über welche **Themen** wurde im letzten Jahr (außerdem) gesprochen?
 - 2.1. Welches Thema war Ihnen/dir persönlich am wichtigsten?
 - 2.2. Können Sie/könnt ihr beschreiben, was Sie sich/ihr euch noch gewünscht hätten/hättet?
 - 2.3. Gab es (Tabu-)Themen, die Sie/ihr nicht ansprechen konnten/konntest? Warum?
 - 2.4. Konnten Sie/konntet ihr Konflikte oder Unbehagen ansprechen?

3. Sie haben sich/ihr habt euch an **verschiedenen Orten** getroffen: Welche Auswirkungen hatte dies auf die Beziehung(s-Entwicklung)?
 - 3.1. Wie kam es dazu sich an den entsprechenden Orten zu treffen?
 - 3.2. Inwieweit hat der Ort die Ergebnisse, Stimmung, Gefühl etc. beeinflusst?

4. Was bedeutet ein **Einzeltreffen mit einem Mentee/ dem Mentor** für Sie/euch?
 - 4.1. Können Sie/kannst du erzählen, wie es zu dem Einzeltreffen gekommen ist?
 - 4.2. Können Sie/kannst du erzählen worum es ging?
 - 4.3. Wie haben Sie/hast du das Einzeltreffen empfunden?

5. Was bedeutet ein **Telefonat** mit einem Mentee/ dem Mentor für Sie/euch?
 - 5.1. Können Sie/kannst du erzählen, wie es zu dem Telefonkontakt gekommen ist?
 - 5.2. Können Sie/kannst du erzählen worum es ging?
 - 5.3. Wie haben Sie/hast du das Telefonat empfunden?

6. Bitte erzählen Sie mal/erzählt mal wie Sie Ihre/ihr eure **Ziele** angegangen sind/seid.
 - 6.1. Können Sie/könnt ihr beschreiben, was Sie/ihr konkret von Ihren Mentees/eurem Mentor gelernt bzw. mitgenommen haben/habt?
 - 6.2. Was hat dazu beigetragen, dass bestimmte Ziele nicht erreicht werden konnten?
 - 6.3. Welche konkreten Ziele haben Sie/hast du persönlich (bzw. ihr gemeinsam) für die nächsten (drei) Jahre? Wünsche?

7. Können Sie/könnt ihr beschreiben, was **Mentor-/Mentee-Sein** für Sie/euch bedeutet?
 - 7.1. Können Sie/könnt ihr von etwas berichten, das Sie/euch persönlich beeinflusst hat?
 - 7.2. Können Sie/könnt ihr von etwas berichten, was Sie/ihr nicht so positiv in Erinnerung haben/hast?

8. Ist die **Beziehung** zu Ihren Mentees/eurem Mentor so, wie Sie/ihr es erwartet haben/habt?
 - 8.1. Bitte versuchen Sie/versucht, mal die Beziehung zu beschreiben.
 - 8.2. Können Sie/könnt ihr konkret etwas beschreiben, was Sie Ihren Mentees/ihr eurem Mentor mit auf den Weg geben konnten/konntet?
 - 8.3. Können Sie/könnt ihr von etwas berichten, wofür Sie/ihr dankbar sind/seid?
 - 8.4. Was hat Ihnen/euch nicht so gut gefallen? (Konstruktive Kritik?)

9. Welche Erfahrungen haben Sie/habt ihr mit A² als **Gruppen-Mentoring** gemacht? (kein 1-on-1)
 - 9.1. Inwieweit wurden die Erwartungen erfüllt? Wie war die Zusammenarbeit?
 - 9.2. Wie haben Sie/habt ihr es erlebt eine GRUPPE von Mentees zu haben/sein?
 - 9.3. Gab es auch Treffen ohne Mentor? Welchen Effekt hatte dies?

Fortsetzung siehe nächste Seite

Fortsetzung Interview-Leitfaden T2 „Rückblick“ (Zusammenfassung Mentees und Mentoren)

10. Inwieweit konnte **Arzt-Sein** im Mentoring vermittelt bzw. erlebt werden?
 - 10.1. Hat sich Ihr/euer Bild von Arzt-Sein verändert durch den gemeinsamen Austausch bzw. neue Impulse (Mentees z. B. Facharztwahl)?
 - 10.2. Inwieweit bietet die Mentoring-Beziehung eine Unterstützung beim **Arzt-Werden**?

11. Hat sich etwas an der **Interaktion mit den anderen Studierenden/Lehr-Ärzten** verändert, seit Sie selber Mentees haben/Ihr einen Mentor habt?
 - 11.1. Können Sie/können Sie von einer Erfahrung mit Studierenden/Lehr-Ärzten berichten, in der Sie sich/Ihr euch anders gefühlt oder verhalten haben/habt?
 - 11.2. Wie nehmen Sie/nimmst du die Studierenden/Lehrenden wahr, seit Sie Mentor sind/Ihr Mentees bei A² seid?
 - 11.3. Hat sich etwas an der Lehre/Studium/Arbeitsweise oder dem eigenen Denken verändert? (Impulse aus der Mentoring-Beziehung?)
 - 11.4. Was denken Sie/denkt ihr, bewirkt A² im Hinblick auf das Miteinander von Dozenten und Studierenden auf lange Sicht?

12. Inwieweit trägt A² für euch zur **Lehr- und Lernkultur** bei? (vgl. Fragebogen-Ergebnisse)
 - 12.1. Diskussion über „Vorbild“-Aspekt (LB-F Item 01)
 - 12.2. Diskussion über „Ansprechpartner und Vertrauenspersonen“-Aspekt (LB-F Item 26)
 - 12.3. Diskussion über „persönlich gefördert“-Aspekt (LB-F Item 34)
 - 12.4. Diskussion über „Fragen stellen können“-Aspekt (DREEM Item 49)

Abschluss: Wir haben jetzt so einige Erfahrungen aus dem Programm reflektiert, was nehmen Sie/nehmt ihr aus diesem Gespräch mit?

Der T2-Leitfaden weist eine Besonderheit auf. Im Rahmen des Gesprächs über Lehr-/Lernkultur werden vier Aspekte angesprochen, die auch in den Lehrkulturfragebögen DREEM bzw. LB-F als Items abgebildet sind. Dabei wurden vier Items gewählt, die sich wesentlich auf die Beziehungsebene zwischen Mentees und Mentoren beziehen. Es handelt sich um folgende Aspekte: (1) Vorbild-Funktion, (2) Ansprechpartner und Vertrauenspersonen (psychosoziale Unterstützung), (3) persönliche Förderung im Studium (Karriere) und (4) das „Gefühl Fragen stellen zu können“. Die Aspekte (1) bis (3) sind im LB-F repräsentiert und wurden ausgewählt, da sie sich auf die in Kapitel 1.3.1 dargestellten Grundfunktionen des Mentorings beziehen. Aspekt (4) ist im DREEM repräsentiert und kann entsprechend folgender Aussage Krams als grundlegendes Merkmal von Mentoring-Beziehungen betrachtet werden: „(...) *they allow individuals to address concerns about self, career, and family by providing opportunities to gain knowledge, skills, and competence, and to address personal and professional dilemmas*“ (72).

Die zeitliche Veränderung der Scores genannter Items wurde mit den Interview-Teilnehmern diskutiert. Auf diese Weise sollte weitere Einsicht darüber gewonnen werden, inwieweit diese spezifischen Aspekte von Lehr- und Lernkultur durch die Teilnahme am Mentoring-Programm und die dabei entstandene Beziehung zum Mentor beeinflusst wurden.

2.4.3 Einzelinterviews und Fokusgruppen

Die Erhebung der qualitativen Daten erfolgte durch Interviews, die audiotekhnisch aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert wurden. Die Befragung der Mentoren erfolgte dabei in Einzelinterviews, während die korrespondierenden Mentees als Gruppe befragt wurden. Gruppen-Interviews sind neben den Sozialwissenschaften (117) auch in der medizinischen Forschung ein etabliertes Verfahren, z. B. in der Versorgungsforschung (118–120). Um die Gruppendynamik aufgreifen zu können, wurden die Mentees nicht einzeln, sondern in den bestehenden Mentee-Gruppen von drei bis fünf Studierenden interviewt. Diese sogenannten Fokusgruppen bieten entscheidende Vorteile: (1) die Mentees stimulieren sich gegenseitig bei der Erinnerung von Ereignissen; (2) eine entstehende Diskussion – z. B. über widersprüchliche Aussagen – kann zusätzlichen Erkenntnisgewinn bringen; (3) es können in einem Interview viele Daten generiert werden, was forschungslogistisch günstig ist. Andererseits bergen Gruppendiskussionen folgende Nachteile: (1) das Interview könnte zu lang bzw. Fragen könnten nicht umfassend beantwortet werden; (2) es ist anspruchsvoll, eine Diskussion zu moderieren und auszuwerten; (3) es besteht die Gefahr, dass einzelne Mentees die Gruppe dominieren und andere Mentees sehr still sind (vgl. (121)). Die genannten potenziellen Nachteile wurden minimiert, indem die Moderation von Gruppen während der Pilot-Phase geübt und die Erfahrungen anhand der Interview-Transkripte mit einem im Führen von Interviews erfahrenen Medizindidaktiker (TR) analysiert und reflektiert wurden.

In einem selbst entworfenen Protokoll (siehe Abb. 3) wurde neben Datum, Uhrzeit und Interview-Teilnehmern auch inhaltlich Relevantes festgehalten: einerseits quantitative Daten wie die Anzahl der Treffen, die Lokalitäten, Einzeltreffen und Telefonkontakte, andererseits Notizen zum Interviewverlauf oder zu persönlichen Eindrücken.

Interview-Protokoll:	
Datum	
Uhrzeit	
Ort	
Dauer	
Interviewee	
Interviewer	
Fehlende Peergroup-Mitglieder	
Aufnahme Digital Voice Tracer	
Instruktion und Einwilligung	
Datenschutzerklärung	
Ärzte in Familie	
Anzahl Treffen	
Einzeltreffen	
Telefonkontakte	

Notizen:

Abb. 3: Tabellarisches Interview-Protokoll, selbst erstellt.

2.5 Studienpopulation und Datenerhebung

In die vorliegende *mixed methods* Studie wurden die ersten beiden Mentoring-Jahrgänge des A²-Programms einbezogen. Abb. 4 gibt eine Übersicht über die entsprechenden Jahrgänge seit der Implementierung des Programms. Zum Zeitpunkt der Untersuchung betreute jeder Mentor genau eine Mentee-Gruppe. Ziel war es, jeweils den Mentor und die zugehörige Gruppe zu befragen.



Abb. 4: Übersicht der A²-Jahrgänge. WS = Wintersemester, SS = Sommersemester.
Eigene Darstellung.

Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte über ein Einladungsschreiben, in dem Hintergrund und Ziele der Studie vorgestellt und zur Teilnahme an der Studie eingeladen wurde. Die Mentoren wurden einzeln per E-Mail angeschrieben. Bei den Mentee-Gruppen wurde jeweils ein Mentee in der Funktion des Gruppenleiters per E-Mail angeschrieben. In manchen Fällen erfolgte hier zusätzlich eine Einladung über soziale Medien („facebook“) bzw. durch persönlichen Kontakt auf dem Campusgelände. Die Teilnahme an der Studie war den Mentoren und Mentees gänzlich freigestellt und setzte die schriftliche Zustimmung zu einer entsprechenden Datenschutzerklärung voraus. Zum Zeitpunkt T2 wurden die Teilnehmer erneut per E-Mail kontaktiert und zur fortgeführten Teilnahme an der Studie eingeladen. Bei Bedarf erfolgte per Erinnerungsschreiben eine wiederholte Anfrage.

Bei der Datenerhebung erfolgte eine Pseudonymisierung der Studienteilnehmer durch die Vergabe halbsprechender Nummern. Diese ermöglichten lediglich der Studienleiterin eine Zuordnung relevanter Daten wie Erhebungszeitpunkt und Zugehörigkeit zu Peergroups bzw. Mentoren.

Pilot-Kohorte

Der erste Mentoring-Jahrgang mit Beginn im Wintersemester (WS) 2012/13 stellte den Pilot-Jahrgang des Programms A² dar. Er bestand aus acht Gruppen mit insgesamt 33 Mentees (22 weiblich, 11 männlich) bzw. zwei Mentorinnen und sechs Mentoren. Dieser Jahrgang wurde als Pilot-Kohorte zur Erprobung und Optimierung der Interview-Leitfäden genutzt und bot die Möglichkeit, die für die Haupt-Untersuchung nötige Expertise in der Durchführung von Einzelinterviews und Fokusgruppen zu generieren. Abb. 5 stellt den zeitlichen Ablauf der Pilot-Befragung dar.

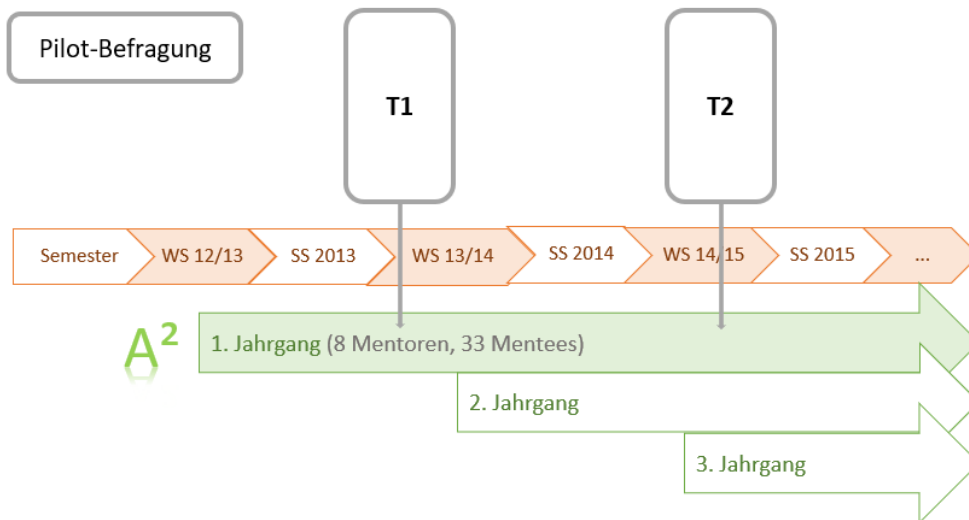


Abb. 5: Zeitlicher Ablauf der Pilot-Befragung. WS = Wintersemester, SS = Sommersemester, T1 = erster Erhebungszeitpunkt, T2 = zweiter Erhebungszeitpunkt. Eigene Darstellung.

Für die Pilotierung des ersten Interview-Leitfadens „Erwartungen“ (August bis November 2013) wurde mit sechs von acht Mentoren (eine weiblich, fünf männlich) jeweils ein Einzelinterview durchgeführt. Außerdem wurden sieben der acht Mentee-Gruppen des ersten A²-Jahrgangs interviewt, d.h. $n = 25$ Mentees (16 weiblich, 9 männlich). Die Interviews erfolgten hier in den bestehenden A²-Gruppen und umfassten somit sieben Fokusgruppen.

Für die Pilotierung des zweiten Interview-Leitfadens „Rückblick“ (November bis Dezember 2014; einzelne auch bis Februar 2015) erfolgten sechs Einzelinterviews mit denselben Mentoren (vgl. T1). Außerdem wurden die sieben Mentee-Gruppen erneut als Fokusgruppen befragt. Bei T2 nahmen $n = 24$ Mentees (16 weiblich, 8 männlich) des ersten A²-Jahrgangs teil. Eine Übersicht der Pilot-Kohorte stellt Tabelle 5 dar.

Tabelle 5: Übersicht der Pilot-Kohorte (= Erster A²-Jahrgang)

	Erster A ² -Jahrgang	T1	T2
		Teilnehmer Pilot-Kohorte	Teilnehmer Pilot-Kohorte
Mentoren	$N = 8$	$n = 6$	$n = 6$
Weiblich	2	1	1
Männlich	6	5	5
Mentees	$N = 33$	$n = 25$	$n = 24$
	$N = 8$ Gruppen	7 Fokusgruppen	7 Fokusgruppen
Weiblich	22	16	16
Männlich	11	9	8

T1 = erster Erhebungszeitpunkt, T2 = zweiter Erhebungszeitpunkt, n = Anzahl der Stichprobe, N = Anzahl der Grundgesamtheit.

Haupt-Kohorte

Der zweite Mentoring-Jahrgang mit Beginn im WS 2013/14 stellte die Haupt-Kohorte der vorliegenden Studie dar. Er umfasste zum Zeitpunkt der Erhebung elf Gruppen mit insgesamt 46 Mentees (28 weiblich, 18 männlich) sowie sechs Mentorinnen und fünf Mentoren. Abb. 6 stellt den zeitlichen Ablauf der Haupt-Befragung dar.

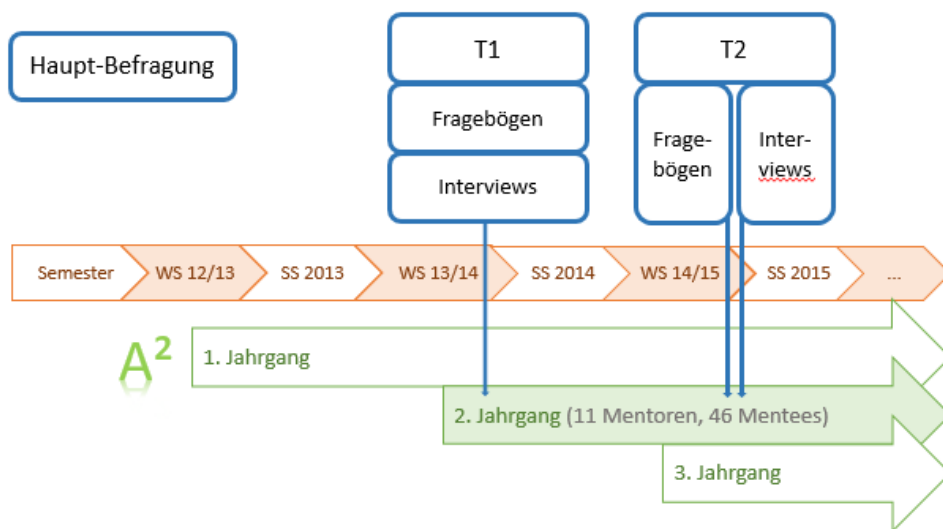


Abb. 6: Zeitlicher Ablauf der Haupt-Befragung. WS = Wintersemester, SS = Sommersemester, T1 = erster Erhebungszeitpunkt (Fragebogen-Erhebung und Interviews im selben Zeitraum), T2 = zweiter Erhebungszeitpunkt (Fragebogen-Erhebung gefolgt von Interviews). Eigene Darstellung.

Zum **Zeitpunkt T1** erfolgte die quantitative (Fragebogen-) und die qualitative (Interview-) Erhebung im selben Zeitraum (Dezember 2013 bis Januar 2014). Mit in Papierform herausgegebenen Fragebögen wurden neun von elf Mentoren des zweiten A²-Jahrgangs befragt, davon vier weiblich, fünf männlich; Alter (Range) = 32-59 Jahre, Alter (Median bzw. Mittelwert) = 41 bzw. 44 Jahre. Nach dem Ausfüllen der Fragebögen erfolgte jeweils ein Einzelinterview. Eine Mentorin wurde nicht in die Studie eingeschlossen, da sie nicht als Dozentin an der Medizinischen Fakultät tätig war. Von den Mentees des zweiten A²-Jahrgangs nahmen aus zehn von elf Gruppen insgesamt $n = 36$ Mentees an der schriftlichen Befragung teil, davon 21 weiblich, 15 männlich; Alter (Range) = 18-37 Jahre; Alter (Median bzw. Mittelwert) = 22 bzw. 23 Jahre; Semester (Range) = 1 - 9; Semester (Median) = 5. Sieben Mentee-Gruppen wurden unmittelbar im Anschluss interviewt ($n = 28$ Mentees; 16 weiblich, 12 männlich; Semester- und Alters-Range ebenfalls wie oben dargestellt). Die Interviews erfolgten in den bestehenden A²-Gruppen und umfassten somit sieben Fokusgruppen zum Thema „Erwartungen“.

Zum **Zeitpunkt T2** (Dezember 2014 bis April 2015) erfolgte die quantitative (Fragebogen-) und die qualitative (Interview-) Erhebung sukzessiv: zunächst wurden im Dezember 2014 online die Fragebogen-Daten erhoben. Im Anschluss erfolgten von Januar bis April 2015 die qualitativen Interviews mit Mentees und Mentoren. Das zeitlich versetzte Vorgehen ermöglichte zum Zeitpunkt

T2 einzelne Veränderungen (vgl. Leitfaden „Rückblick“, Frage 12) in der Beantwortung der Fragebögen mit den Interview-Teilnehmern zu diskutieren. Um Kontinuität zu gewährleisten, wurden nur die Peergroups kontaktiert, die auch bei T1 teilgenommen hatten. Die Lehrkultur-Fragebögen wurden im Dezember 2014 online erhoben. Es nahmen $n = 7$ der neun Mentoren von T1 teil. Außerdem nahmen $n = 27$ Mentees (15 weiblich, 12 männlich) aus denselben zehn Mentee-Gruppen wie bei T1 teil. Die Mentor-Interviews zum Thema „Rückblick“ erfolgten mit denselben $n = 9$ Mentoren wie bei T1 (vier weiblich, fünf männlich) in Einzeltreffen von Januar bis April 2015. Die Mentee-Interviews zum Thema „Rückblick“ erfolgten mit $n = 24$ Mentees (14 weiblich, 10 männlich) von Januar bis April 2015. Die Befragung erfolgte erneut in den bestehenden A²-Gruppen und umfasste erneut die sieben Fokusgruppen. Eine Übersicht der Haupt-Kohorte stellt Tabelle 6 dar.

Tabelle 6: Übersicht der Haupt-Kohorte (= Zweiter A²-Jahrgang)

	Zweiter A ² - Jahrgang	T1		T2	
		Fragebogen	Interview	Fragebogen	Interview
Mentoren	N = 11	n = 9	n = 9	n = 7	n = 9
Weiblich	6	4	4	3	4
Männlich	5	5	5	4	5
Mentees	N = 46	n = 36	n = 28	n = 27	n = 24
	N = 11 Gruppen	aus 10 Gruppen	7 Fokusgruppen	aus 10 Gruppen	7 Fokusgruppen
Weiblich	28	21	16	15	14
Männlich	18	15	12	12	10

T1 = erster Erhebungszeitpunkt, T2 = zweiter Erhebungszeitpunkt, n = Anzahl der Stichprobe, N = Anzahl der Grundgesamtheit.

2.7 Statistische Auswertung

2.7.1 Deskriptive Statistik

Die Rohdaten der beiden Zeitpunkte T1 und T2 wurden zunächst mit *Microsoft Excel* erfasst. Items, die aufgrund einer gegenläufigen Aussage invertiert werden mussten, wurden dabei umcodiert (siehe Kapitel 2.3.1). Beim LB-F der Mentees zum Zeitpunkt T2 waren 98% der fehlenden Werte auf drei Mentee-Datensätze zurückzuführen, bei denen jeweils mehr als ein Drittel der Angaben fehlte. Diese Datensätze wurden aus der Berechnung ausgeschlossen. Für andere, einzelne fehlende Werte (max. 10% eines Datensatzes) wurde zur deskriptiven Analyse eine zentrale Tendenz repräsentierend der Skalen-Mittelwert „zwei“ eingesetzt. Im Anschluss wurden für die Gesamt- und jeweiligen Subskalen-Scores der Fragebögen Mittelwert (M) sowie die absolute Standardabweichung (SD) und die prozentuale relative Standardabweichung ($RSD\%$) gebildet. Aufgrund der besonderen Relevanz für die Fragestellung dieser Arbeit wurden zusätzlich folgende Items einzeln berechnet: LB-F 01, LB-F 26, LB-F 34 und DREEM 49 (siehe Kapitel 2.4.1).

2.7.2 Lineare Regressionsanalyse

Im Folgenden wurde mittels linearer Regressionsmodelle die Änderung über die Zeit zwischen T1 und T2 jeweils für Mentees und Mentoren untersucht. Die Analyse erfolgte mit der Software R, Version 3.4.1 (*The R Foundation for Statistical Computing*). In diesem Fall wurde strikter mit fehlenden Werten umgegangen, um eine Verfälschung der Analyse zu vermeiden. Entsprechend wurden nur vollständige Datensätze einbezogen und Teilnehmer mit fehlenden Werten ausgeschlossen. Zielgrößen stellten die entsprechenden Scores dar: LB-F-Gesamt, LB-F-Subskalen, DREEM-Gesamt, DREEM-Subskalen sowie die Einzelitems LB-F-01/26/34 und DREEM 49.

Zur Prüfung einer signifikanten zeitlichen Änderung zwischen T1 und T2 wurde zunächst die Differenz der aufgeführten Zielgrößen auf Verschiedenheit von Null getestet. Im Anschluss wurde untersucht, ob die Differenz mit bestimmten Einflussvariablen assoziiert ist. Da es sich um eine univariable lineare Regression handelt, wurde dabei jeweils der Einfluss einer einzelnen der folgenden unabhängigen Variablen auf die Zielvariable (Differenz T2-T1) untersucht. Bei den Mentoren wurden die Einflussvariablen (1) Alter, (2) Geschlecht und (3) akademischer Grad untersucht. Bei den Mentees wurden die Einflussvariablen (1) Alter, (2) Geschlecht, (3) Semester und (4) Geschlecht des jeweiligen Mentors untersucht. Der mittlere Effekt einer Einflussvariable auf die zeitliche Änderung wird als Regressionskoeffizient (*Estimate*) angegeben. Damit beschreibt der Regressionskoeffizient den Einfluss auf die Differenz zwischen den beiden Zeitpunkten pro Maßeinheit (z. B. Semester) bzw. Art der jeweiligen Einflussvariablen (z. B. weiblicher im Vergleich zu männlichem Mentor). Zur Einschätzung des Signifikanzniveaus wurde jeweils mittels *t*-Test der zugehörige *p*-Wert ermittelt. Als zusätzliches Maß für die Güte des Regressionsmodells (Bestimmtheitsmaß) wird der Determinationskoeffizient r^2 angegeben (Quadrat des Korrelationskoeffizienten *r* von Pearson).

2.8 Qualitative Auswertung

2.8.1 Transkription

Alle Interviews wurden mittels *Philips Digital Voice Tracer* audiotekhnisch aufgezeichnet. Im Anschluss wurden die Interviews mit Hilfe der Software „f4transkript“ (Version 5.70.2.0) und unter Berücksichtigung des Transkriptionssystems nach Dresing und Pehl (122) transkribiert. Dieses ist in Anhang 3 abgebildet und wird hier nur auszugsweise dargestellt:

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, zum Beispiel: Ich gehe heuer auf das Oktoberfest.
2. Wortverschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise „Er hatte noch so’n Buch genannt“ wird zu „Er hatte noch so ein Buch genannt“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: „bin ich nach Kaufhaus gegangen“.

3. Wort- und Satzabbrüche werden mit / markiert: „Ich habe mir Sor/ Gedanken gemacht“. Wortdoppelungen werden immer notiert. [...]

Entsprechend haben die Transkripte folgende Form:

Auszugs eines Mentor-Interviews (T2)

[...]

#00:08:52-6# Befragter: [...] ich erfahre ja auch neue Dinge oder einen anderen Blickpunkt oder ehm lerne einfach dazu aus dem was die äh die Kollegen dazu mitbringen. Mmh das ist schon persönlich (.) ohne mh ich sage mal grenzüberschreitend oder indiskret zu sein. Das glaube ich schon.

#00:09:42-2# Interviewer: Mh (verständnisvoll). Und was wäre für Sie „indiskret“ oder „grenzüberschreitend“?

#00:09:45-1# Befragter: Ehm wenn man sehr (.) distanzlos wäre zum Beispiel, also wenn die ehm, wenn die äh wenn man kein äh tja wenn man kein Gefühl dafür wahren würde „Wo/ wo geht man, wo ist man vielleicht zu neugierig, wo geht man zu weit.“ Also in beide Richtungen. Ehm wo quetsche ich die vielleicht zu sehr aus oder wo gehen äh die Fragen für mich zu sehr ins Private, wobei das ja sehr unterschiedlich ist, was man jetzt als solches empfindet. [...]

Nach der Transkription wurden alle digital aufgezeichneten Interviews gegengehört und bei Bedarf korrigiert.

2.8.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Um die Inhalte der transkribierten Interviews mit Mentoren und Mentees entsprechend den Forschungsfragen zu analysieren, zusammenzufassen und zu strukturieren wurde eine qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt. Diese stellt eine etablierte Auswertungsmethode für qualitative Daten dar und eignet sich als kategorienbasiertes Verfahren sehr gut für die Auswertung von leitfadenbasierten Interviews (123–125). Hier werden bei der qualitativen Inhaltsanalyse die vor dem Hintergrund der Forschungsfrage bzw. der Leitfaden-Fragen beschriebenen Interview-Inhalte systematisch als Themen zusammengefasst und geordnet. Diese Themen, sowie ggf. subsummierte Aspekte, werden in der Analyse als „Kategorien“ bzw. „Unterkategorien“ dargestellt und bilden letztlich das sogenannte „Kategoriensystem“. Neben dem Begriff „Kategorie/Unterkategorie“ wird außerdem der Begriff „Code“/„Subcode“ genutzt, welcher vor allem im Kontext computer-gestützter Auswertungs-Software für qualitative Daten Verwendung findet (126). Entsprechend werden beim „Codieren“ eines Textes einzelne Textstellen analysiert und methodenspezifisch entweder bestehenden Themen zugeordnet (deduktiv), oder als neuer *Code/Subcode* definiert (induktiv). In der vorliegenden Arbeit werden beide Begriffe verwendet, wobei übergeordnete Themen als Kategorien bezeichnet werden, die dem Kategoriensystem seine Struktur geben. Die einzelnen Kategorien werden inhaltlich jeweils durch (mindestens zwei) *Codes* definiert. Einzelne Aspekte des jeweiligen *Codes* werden durch *Subcodes* beschrieben. Bei inhaltlich komplexeren

Subcodes wurde eine weitere Ebene *Subcodes* verwendet, sogenannte *Subsubcodes*. Diese wurden codiert, um die Inhalte des betreffenden *Subcodes* für die auswertende Person auf einen Blick darzustellen. Das Vorgehen erwies sich als sinnvoll, wenn mehrere Aussagen unter einem *Subcode* zusammengefasst wurden, die aufgrund fehlender Prägnanz, seltener Nennung und/oder mangelnder Relevanz für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht als eigenständiger *Subcode* definiert werden sollten. Abb. 7 zeigt den Aufbau des Kategoriensystems (in MAXQDA *Codesystem* genannt) und verdeutlicht die Funktion der *Subsubcodes* am Beispiel „Persönliche Themen“.

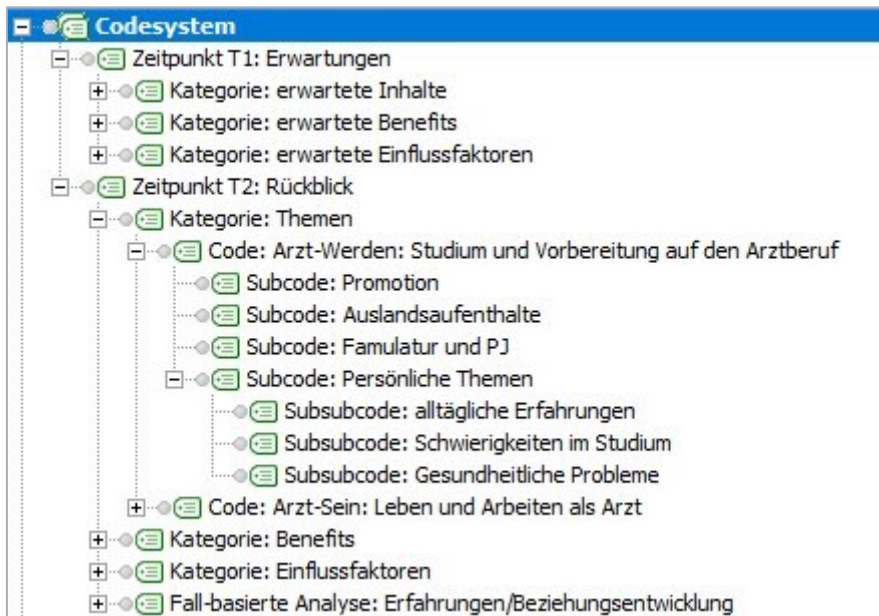


Abb. 7: Aufbau des Kategoriensystems in MAXQDA (hier *Codesystem* genannt). Der Ausschnitt verdeutlicht die Funktion der *Subsubcodes* am Beispiel „Persönliche Themen“.

Die vorliegende Arbeit orientiert sich vor allem an der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz sowie an dessen Umsetzungsempfehlungen bezüglich der Auswertungs-Software MAXQDA (126). Dabei wurde sich bewusst für eine deduktiv-induktive Kategorienbildung bzw. Codierung entschieden. So konnten sowohl bestehende Themenschwerpunkte der semistrukturierten Leitfadeninterviews aufgegriffen als auch gemäß des explorativen Forschungsansatzes neue Themen aus dem Material heraus entwickelt werden (127). In Abb. 8 sind die einzelnen Schritte der qualitativen Inhaltsanalyse dargestellt mit Hilfe derer ein systematischer, regelgeleiteter und intersubjektiv nachvollziehbarer Auswertungsprozess verfolgt wurde (126). Die durchgeführten Schritte werden im folgenden Abschnitt einzeln beschrieben.

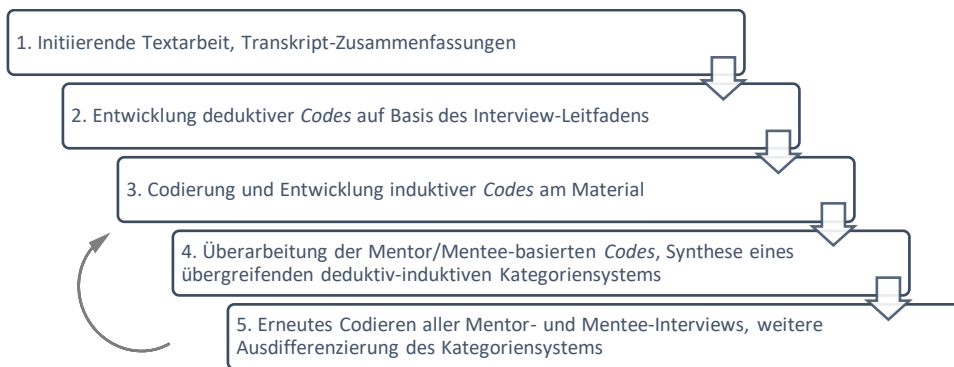


Abb. 8: Einzelne Schritte der qualitativen Datenaufbereitung und -auswertung in Anlehnung an die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (126). Eigene Darstellung.

Die qualitative Inhaltsanalyse wurde mit Hilfe der Auswertungs-Software MAXQDA (Version 11.1.4) durchgeführt. In MAXQDA können sowohl die Transkripte als auch die entsprechenden Audio-Dateien hinzugefügt und miteinander gekoppelt werden. Auf diese Weise konnte während des Codierens bei Bedarf auf den auditiven Eindruck zurückgegriffen werden und Betonungen und Nuancen besser nachvollzogen werden.

Die initiierende Textarbeit umfasste ein erneutes Lesen der Transkripte, wobei aufgrund der eigenständigen Durchführung und Transkription bereits eine große Vertrautheit mit den Interviews bestand. Wichtig erscheinende Textstellen wurden farblich oder über *Codes* markiert. Ergänzend wurden *Codememos* angelegt, um Anmerkungen und relevante Informationen aus den Interviewprotokollen zu notieren. Daraufhin wurden stichpunktartige Zusammenfassungen aller Mentoren- und Mentee-Interviews über die *Dokumentmemo* Funktion in MAXQDA erstellt, um einen Überblick über genannte Themen und die erreichte Tiefe der durchgeführten Interviews zu erhalten.

Die qualitative Inhaltsanalyse erfolgte zur besseren Übersicht in zwei getrennten MAXQDA Dateien für Mentees und Mentoren. Die Analyse der Mentee-Perspektive umfasste als „Auswertungseinheiten“ (128) alle zu T1 und T2 durchgeführten Gruppen-Interviews. Für T1 und T2 wurde dabei jeweils ein eigenes Kategoriensystem angelegt. Entsprechend umfasste die Analyse der Mentoren-Perspektive als „Auswertungseinheiten“ alle zu T1 und T2 durchgeführten Einzelinterviews, die ebenfalls in zwei separaten Kategoriensystemen ausgewertet wurden. Die „Codiereinheit“, das heißt der kleinste auszuwertende Text-Teil (128), war definiert als einzelnes Wort. Dies kam jedoch selten vor, lediglich z. B. bei der Aufzählung einzelner besprochener Themen („Doktorarbeit“). Viel häufiger wurden Abschnitte bis hin zum gesamten Antworttext auf eine Leitfadenfrage codiert, was als „Kontexteinheit“ definiert wurde (128).

Für die Erstellung des Kategoriensystems wurden auf Basis des Interview-Leitfadens zunächst deduktive *Codes* abgeleitet (z. B. „besprochene Inhalte“). Diese fungierten als thematisch übergeordnete Kategorien und gaben dem Kategoriensystem eine erste Strukturierung. Im Folgenden wurden die Mentor- bzw. Mentee-Interviews (jeweils T1 und T2) in MAXQDA codiert. Dabei wurden sowohl spezifische Textstellen den deduktiven *Codes* zugeordnet als auch neue induktive *Codes* aus dem Text heraus entwickelt. Im Sinne der angestrebten intersubjektiven Nachvollziehbarkeit der Codierung erfolgte zu Beginn und im Verlauf eine stichprobenartige Rater-Überprüfung mit anschließender Diskussion und Konsensfindung (126). Dazu erfolgten Probe-

Codierungen eines Mentoren- und eines Gruppen-Interviews, die jeweils durch einen internen (TR) und einen externen Zweitcodierer (in qualitativer Inhaltsanalyse geschulte Doktorandin einer anderen Abteilung) durchgeführt wurden. Ergänzend wurden Aufbau und Entwicklung des Kategoriensystems sowohl im eigenen Forschungsteam als auch in einem Methoden-Seminar mit anderen Wissenschaftlern mehrfach besprochen und reflektiert.

Die für Mentoren bzw. Mentees erstellten Kategoriensysteme (zu T1 und T2) ähnelten sich aufgrund der gemeinsamen, deduktiv erstellten *Codes*. Sie unterschieden sich jedoch was die induktiv erstellten *Codes* sowie *Subcodes* und *Subsubcodes* betraf. Die Kategoriensysteme wurden daher im Verlauf überarbeitet, systematisch abgeglichen und kondensiert. Zur Vereinheitlichung wurden dabei die Bezeichnungen der übergeordneten Kategorien und *Codes* jeweils angeglichen (siehe Abb. 9). Ziel war es, die Sichtweise der Mentoren und der Mentees auf die Beziehungsentwicklung zu triangulieren und die bei der jeweiligen Codierung herausgearbeiteten Aspekte sinnvoll, d. h. repräsentativ und übersichtlich, abzubilden. Anschließend wurden alle Mentor- und Mentee-Interviews erneut codiert bzw. bestehende Codierungen entsprechend angepasst. Indem die Schritte drei bis fünf noch einmal wiederholt wurden, erfolgte eine weitere Ausdifferenzierung des Kategoriensystems.

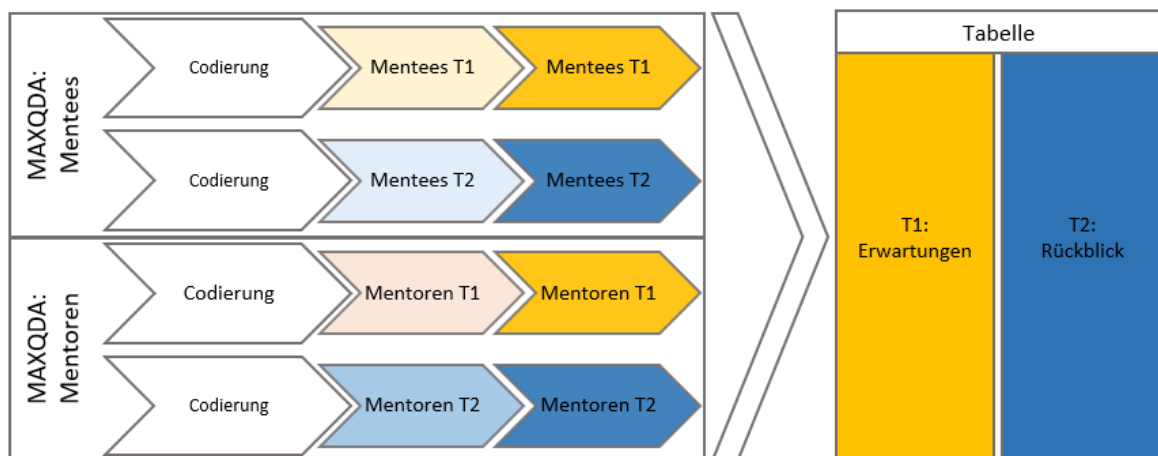


Abb. 9: Schrittweise Entwicklung einheitlicher Kategoriensysteme für T1 (Erwartungen) und T2 (Rückblick). T1: erster Erhebungszeitpunkt, T2: zweiter Erhebungszeitpunkt. Eigene Darstellung.

Die abschließende Analyse beinhaltete erstens eine Fall-basierte Auswertung sowie zweitens eine Code-basierte Auswertung (siehe Abb. 10). Für die **Fall-basierte Auswertung** wurden *Codings*, die sich auf Verlauf und Besonderheiten der Beziehungsentwicklung bezogen, mittels *Summary Grid* Funktion in MAXQDA pro Interview zusammengefasst. Anschließend konnten die Inhalte der *Codings* in übersichtlicher Form als *Summary Tabelle* angezeigt werden. Diese bildete die Basis für den Vergleich und die Zusammenführung der Aussagen der Mentoren und der jeweils zugehörigen Mentee-Gruppe. Auf diese Weise konnte eine Fall-basierte Darstellung von Verlauf und Besonderheiten der einzelnen Beziehungsentwicklungen erfolgen. Diese „Charakterisierung der Beziehungen“ bildet den ersten Teil der abschließenden Analyse, deren Ergebnisse in Kapitel 3.2.1 sowohl beschreibend (Fallzusammenfassungen) als auch graphisch dargestellt werden.

Die **Code-basierte Auswertung** basierte auf dem inhaltlichen Vergleich der Kategoriensysteme von T1 und T2 (siehe Anhang 4: Kategoriensysteme der Mentees und Mentoren in MAXQDA). Dabei

stand das auf T2 bezogene Kategoriensystem „Rückblick“ im Fokus und wurde zu den bei T1 erhobenen „Erwartungen“ in Beziehung gesetzt. Es erfolgte eine nach den übergeordneten Themen (Kategorien) gegliederte tabellarische Darstellung der *Codes* und *Subcodes*, wobei jeweils ein charakteristisches Mentor- bzw. Mentee-Zitat T1 und T2 zugeordnet wurde (sog. Ankerbeispiel). Die inhaltliche Beschreibung der jeweiligen Kategorien anhand der dargestellten *Codes* und *Subcodes* erfolgte auch unter Einbeziehung der *Subsubcodes* sowie relevanter Zusammenhänge zwischen einzelnen *Codings*. Ergänzend wurden wesentliche aus der Inhaltsanalyse hervorgegangene Zusammenhänge in einem Schaubild zusammengestellt.

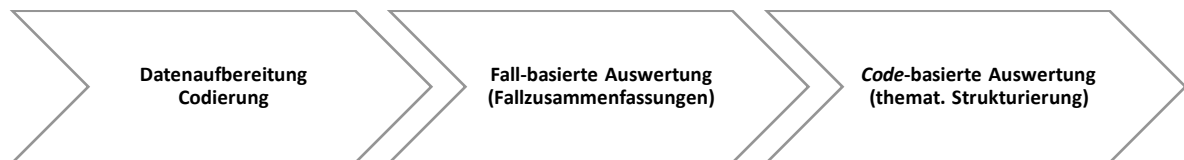


Abb. 10: Ablaufschema der qualitativen Auswertung in Anlehnung an die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz. Eigene Darstellung.

2.8.3 Gütekriterien und Reflexion

In der qualitativen Forschung kommen „klassische“ Gütekriterien wie Reliabilität, Validität und Objektivität nicht in der gleichen Form zur Anwendung wie in der quantitativen Forschung (129). Während in der quantitativen Forschung wesentlich größere Fallzahlen verwendet werden und Zielgrößen wie Messbarkeit, Reproduzierbarkeit und Standardisierung verfolgt werden, orientiert sich die qualitative Forschung an einer hermeneutischen Vorgehensweise und möchte bestimmte Phänomene verstehen und begreifbar machen (126). Die untersuchte Fallzahl ist dabei kleiner, die Datenerhebung jedoch tiefgehender und die Auswertung zu einem gewissen Grad geprägt von den Forschenden. Nichtsdestotrotz steht auch in der qualitativen Forschung das Bestreben im Vordergrund, sicherzustellen, dass die Untersuchung zuverlässig erfolgte, dass die Ergebnisse und Schlussfolgerungen eine gewisse Gültigkeit in Bezug auf das Untersuchungsthema haben sowie dass diese im Rahmen der angewandten qualitativen Methodik ausreichend unabhängig von den Forschenden sind (130). Die Datenerfassung, Transkription und Auswertung innerhalb der vorliegenden Arbeit erfolgten daher auf Basis der von Kuckartz herausgegebenen „Checkliste zur internen Studiengüte für die qualitative Inhaltsanalyse“ (126). Die vollständig bearbeitete und kommentierte Checkliste ist in Anhang 2 in tabellarischer Form dargestellt.

Mit den *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR) von O’Brien et al. (131) liegt in der Literatur außerdem eine 21 *Standards* umfassende Liste vor, die auf publizierten Richtlinien, Empfehlungen und Bewertungskriterien 40 verschiedener Autoren basiert. Sie dient der Verbesserung der Transparenz qualitativer Forschungsarbeiten und bezieht sich neben Hinweisen zur angewandten Methodik (11 *Standards*) ebenfalls auf „Titel“, „Zusammenfassung“, „Einleitung“, „Ergebnisse“ und „Diskussion“ (sowie auf „Weiteres“). Aufbau und Inhalte der vorliegenden Arbeit orientieren sich an den SRQR, wobei insbesondere im Methodikteil Wert auf eine ausführliche Verfahrensdokumentation gelegt wurde. Ein besonderes Augenmerk bezüglich der Transparenz der

durchgeführten Untersuchung liegt außerdem auf „*Standard 6: Researcher characteristics and reflexivity*“, welcher im Folgenden ausgeführt wird und den Abschluss des Methodenteils bildet.

Die Projektplanung, Datenerhebung/-verarbeitung und Auswertung erfolgten durch die Autorin der vorliegenden Arbeit (FL). Die Tatsache, dass alle Phasen des Projekts durch dieselbe Person durchgeführt wurden, kann im Sinne der Objektivität kritisch gesehen werden. Allerdings war diese Herangehensweise bereits durch die Ausgangsbedingungen des Forschungsprojekts determiniert. Außerdem brachte dies den Vorteil mit sich, dass eine große Vertrautheit mit den Studienteilnehmern und den erhobenen Daten über die einzelnen Phasen des Projekts hinweg bestand. Zum Beispiel machten die bei den persönlich durchgeführten Interviews gesammelten Eindrücke einen umfassenderen Zugang bei der nachfolgenden qualitativen Auswertung möglich. Gleichzeitig erfolgte während der verschiedenen Phasen regelmäßig eine Überprüfung und Reflexion der Vorgehensweise durch interne und externe Wissenschaftler (siehe jeweiliges Kapitel des Methodenteils). Insgesamt wurde durch die verwendete Herangehensweise ein hohes Maß an Kontinuität während des Projekts gewährleistet, was als positiv bezüglich Verlässlichkeit und Gültigkeit der Ergebnisse gewertet werden kann.

Der Erwerb der notwendigen theoretischen Kenntnisse und praktischen Fertigkeiten bezüglich der qualitativen Forschungsmethodik erfolgte sowohl durch ein Studium der entsprechenden Literatur als auch durch praktisches Training in Workshops (*Conference on Computer-Assisted Qualitative Data Analysis (CAQD)* in Berlin bei Prof. Udo Kuckartz und „Qualitative Werkstatt“ in München unter der Leitung von Frau Dr. Katja Kühlmeyer). Während der Projektplanung, sowie vor und während der qualitativen Auswertung, erfolgte außerdem je eine Methodenberatung durch eine erfahrene Wissenschaftlerin aus dem Bereich der qualitativen Sozialforschung. Einen das Projekt begleitenden methodischen Ansprechpartner stellte ein durch ein Masterstudium in *Medical Education* weitergebildeter Oberarzt und Dozent der Medizinischen Fakultät dar (TR). Er war insbesondere in die Leitfadenerstellung, Vorbereitung und Reflexion der Interviewführung sowie die qualitative Inhaltsanalyse involviert. Geleitet und supervidiert wurde das Projekt von einem der Initiatoren von A², der Chefarzt, Professor sowie Studiendekan an der Medizinischen Fakultät war (MS). Aufgrund des damit verbundenen potenziellen Interessenkonflikts wurde im Sinne der Glaubhaftigkeit der Ergebnisse Wert daraufgelegt, dass er nicht in die Auswertung der Daten involviert war.

Alle drei an der Forschungsarbeit Beteiligten waren jedoch zur Zeit der durchgeführten Untersuchung auch selbst Teilnehmer des Mentoring-Programms A². Im ersten Mentoring-Jahrgang war TR einer der Mentoren, sodass er und seine Mentee-Gruppe im Rahmen der Pilot-Befragung interviewt wurden. Die Verfasserin dieser Doktorarbeit (FL) war zur Zeit der Untersuchung Medizinstudentin und Mentee im ersten Mentoring-Jahrgang. Auch ihre eigene Peergroup wurde im Rahmen der Pilot-Befragung von ihr interviewt. MS war Mentor im zweiten Mentoring-Jahrgang und stellte damit einen der während der Haupt-Befragung interviewten Mentoren dar. Seine Mentee-Gruppe wurde ebenfalls in die Haupt-Befragung einbezogen.

Obwohl während der Untersuchung nur FL mit den befragten Mentoren und Mentees in Kontakt stand, ist ein möglicher Einfluss auf das Antwortverhalten der teilnehmenden Mentoren und Mentees entsprechend kritisch zu betrachten. Auch die aus der jeweiligen Doppelrolle potenziell resultierenden Interessenkonflikte könnten als Bias gesehen werden, die die Glaubwürdigkeit der Untersuchung einschränken. Beide Aspekte wurden jedoch während aller Phasen der Studie reflektiert und es wurde bewusst damit umgegangen. Die jeweiligen Charakteristika und die

Konstellation der Forschenden können daher als Teil des „Versuchsaufbaus“ betrachtet werden und stellen diesbezüglich wichtige Kontextfaktoren dar. Dies zeigt sich insbesondere am Feldeinstieg und bei der Auswertung der qualitativen Daten.

So war der Feldeinstieg positiv davon geprägt, dass FL selbst Mentee war. Dazu zählt die Kenntnis der Struktur und Organisation des Mentoring-Programms, die erleichterte Kontaktaufnahme zu den Mentees und die Bereitschaft der Mit-Mentees zur Teilnahme an der Studie. Ebenso kann davon ausgegangen werden, dass die leitende Position von MS die Teilnahmebereitschaft der Mentoren gefördert hat. Allerdings entstand in den Mentoren-Interviews vereinzelt das Gefühl, dass ihnen die Supervision des Projekts durch MS durchaus präsent war. Dies konnte bei der vorliegenden Untersuchung jedoch deshalb in Kauf genommen werden, da nicht die Aufdeckung brisanter oder persönlicher Themen im Vordergrund stand, sondern die authentische Beschreibung des Erlebten. Vor diesem Hintergrund erreichten die Mentoren-Interviews durchaus eine adäquate Tiefe und Aussagekraft. Was die Interviews mit den Mentees betrifft, stand rückblickend der ähnliche Erfahrungsschatz von Interviewerin und Mentees im Vordergrund, der eine gute Vertrauensbasis schuf. Die Kommunikation wurde als offen und ehrlich empfunden, was sich beispielsweise darin zeigte, dass die Mentees auch über Bedenken und persönliche Themen sprachen.

Auch die Auswertung der Daten war positiv davon geprägt, dass die Forschenden selbst Mentoring-Teilnehmer waren. Erstens erwies sich der Mentee-Hintergrund von FL bei der Analyse der Interviews als hilfreich. Er lieferte wertvolles Hintergrundwissen, um Aussagen der Mentees besser einordnen zu können und Zusammenhänge zu verstehen. Zweitens ermöglichte der Austausch mit MS und TR aufgrund ihrer Doppelrolle auch eine besondere Nähe zu den Mentoren als Forschungsgegenstand. Unter Berücksichtigung der Subjektivität ihrer Einschätzung konnten sie bei der Reflexion der Datenauswertung im Sinne einer Teilnehmervalidierung die Sicht der Mentoren vertreten.

Es lässt sich zusammenfassen, dass der Mentoring-Hintergrund und die auf den persönlichen Erfahrungen basierende Sicht der Autorin mit der Durchführung und Auswertung der Untersuchung verwoben sind. Gleichzeitig soll betont werden, dass ihre Haltung davon geprägt war die Entwicklungen innerhalb des ersten Mentoring-Jahres wahrheitsgemäß und authentisch darzustellen, um das Programm dadurch im Idealfall verbessern zu können. Soweit beurteilbar folgten auch die Aussagen von TR und MS im Mentoren-Interview uneingeschränkt diesem Motiv. Abschließend sei gesagt, dass das Forschungsprojekt nicht von den A²-Initiatoren/Koordinatoren in Auftrag gegeben wurde, sondern aus ehrlichem Interesse an der Thematik heraus entstand.

3 Ergebnisse

3.1 Quantitative Ergebnisse

3.1.2 Deskriptive Statistik

Die Lehr- und Lernkultur der Medizinischen Fakultät Düsseldorf wurde laut DREEM Gesamtscores insgesamt als „mehr positiv als negativ“ (101 bis 150 Punkte) bewertet. Dies betrifft sowohl die Mentees zum Zeitpunkt T1 (Mittelwert (M) = 116.11, Standardabweichung (SD) = 14.92, prozentuale relative Standardabweichung ($RSD\%$) = 13%) und T2 (M = 115.41, SD = 18.05, $RSD\%$ = 16%) als auch die Mentoren zum Zeitpunkt T1 (M = 111.11, SD = 14.23, $RSD\%$ = 13%) und T2 (M = 113.29, SD = 14.66, $RSD\%$ = 13%). Die Implementierung des Leitbilds wurde laut LB-F Gesamtscores insgesamt als „moderat“ (60 bis 89 Punkte) bewertet. Dies betrifft ebenfalls sowohl die Mentees zum Zeitpunkt T1 (M = 78.08, SD = 15.08, $RSD\%$ = 19%) und T2 (M = 77.63, SD = 18.98, $RSD\%$ = 24%) als auch die Mentoren zum Zeitpunkt T1 (M = 80.67, SD = 9.99, $RSD\%$ = 12%) und T2 (M = 82.00, SD = 14.04, $RSD\%$ = 17%). Es fällt außerdem auf, dass die Gesamtscores von Mentoren und Mentees bezüglich ihrer Punktzahl nah beieinander liegen, sowohl was die beiden Fragebögen als auch die beiden Untersuchungszeitpunkte betrifft. Tabelle 7 zeigt die Einordnung der jeweiligen Gesamtscores von DREEM und LB-F.

Tabelle 7: Einordnung der Gesamtscores der Mentoren und Mentees für DREEM und LB-F

DREEM: Lehr- und Lernkultur		LB-F: Implementierung des Leitbilds	
Gesamtscore (Punkte)	Bewertung	Gesamtscore (Punkte)	Bewertung
0 – 50	Sehr schlecht	0 – 29	Schlecht
51 – 100	Viele Probleme	30 – 59	Schwach
101 – 150	Mehr positiv als negativ	60 – 89	Moderat
151 – 200	Exzellente	90 – 119	Gut
		120 – 148	Exzellente

DREEM = Dundee Ready Education Environment Measure, LB-F = Leitbild-Fragebogen.

Im Folgenden sind tabellarisch die Mittelwerte sowie absolute und relative Standardabweichungen der einzelnen Befragungen aufgeführt. Dabei beziehen sich Tabelle 8 (Mentees) und Tabelle 9 (Mentoren) auf die DREEM Gesamtscores sowie die fünf Subskalen „Wahrnehmung der Lehre“, „Wahrnehmung der Lehrenden“, „Akademische Selbstwahrnehmung“, „Atmosphäre“ und „Soziale Selbstwahrnehmung“. Entsprechend beziehen sich Tabelle 10 (Mentees) und Tabelle 11 (Mentoren) auf die LB-F Gesamtscores sowie die drei Subskalen „Lehrende“, „Studierende“ und „Curriculum“.

Tabelle 8: Ergebnisse der Mentee-Befragung mittels DREEM zu den Zeitpunkten T1 und T2

DREEM		Mentees T1 (n = 36)			Mentees T2 (n = 27)		
(Sub-)Skala	Maximal-score	M	SD	RSD%	M	SD	RSD%
Gesamtscore	200	116.11	14.92	13	115.41	18.05	16
Wahrnehmung der Lehre	48	23.94	5.34	22	23.15	6.06	26
Wahrnehmung der Lehrenden	44	26.00	4.22	16	26.22	3.89	15
Akademische Selbst-wahrnehmung	32	17.58	3.67	21	18.30	3.47	19
Wahrnehmung der Atmosphäre	48	28.92	4.39	15	28.56	5.45	19
Soziale Selbst-wahrnehmung	28	19.67	2.76	14	19.19	2.86	15

DREEM = *Dundee Ready Educational Environment Measure*, n = Anzahl, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, RSD% = relative Standardabweichung in Prozent.

Tabelle 9: Ergebnisse der Mentoren-Befragung mittels DREEM zu den Zeitpunkten T1 und T2

DREEM		Mentoren T1 (n = 9)			Mentoren T2 (n = 7)		
(Sub-)Skala	Maximal-score	M	SD	RSD%	M	SD	RSD%
Gesamtscore	200	111.11	14.23	13	113.29	14.66	13
Wahrnehmung der Lehre	48	26.11	5.51	21	25.43	6.08	24
Wahrnehmung der Lehrenden	44	27.00	4.44	16	28.00	5.32	19
Akademische Selbst-wahrnehmung	32	17.22	2.68	16	17.29	2.81	16
Wahrnehmung der Atmosphäre	48	26.33	4.85	18	27.86	3.24	12
Soziale Selbst-wahrnehmung	28	14.44	1.74	12	14.71	1.25	9

DREEM = *Dundee Ready Educational Environment Measure*, n = Anzahl, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, RSD% = relative Standardabweichung in Prozent.

Tabelle 10: Ergebnisse der Mentee-Befragung mittels LB-F zu den Zeitpunkten T1 und T2

LB-F		Mentees T1 (n = 36)			Mentees T2 (n = 24)		
(Sub-)Skala	Maximals core	M	SD	RSD%	M	SD	RSD%
Gesamtscore	148	78.08	15.08	19	77.63	18.98	24
Lehrende	32	16.39	3.87	24	16.17	4.96	31
Studierende	60	32.64	6.86	21	34.04	8.62	25
Curriculum	56	29.06	6.39	22	27.42	7.18	26

LB-F = Leitbild-Fragebogen, *n* = Anzahl, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *RSD%* = relative Standardabweichung in Prozent.

Tabelle 11: Ergebnisse der Mentoren-Befragung mittels LB-F zu den Zeitpunkten T1 und T2

LB-F		Mentoren T1 (n = 9)			Mentoren T2 (n = 6)		
(Sub-)Skala	Maximals core	M	SD	RSD%	M	SD	RSD%
Gesamtscore	148	80.67	9.99	12	82.00	14.04	17
Lehrende	32	15.89	2.20	14	15.33	4.55	30
Studierende	60	33.22	5.63	17	33.50	5.61	17
Curriculum	56	31.56	4.67	15	33.17	6.85	21

LB-F = Leitbild-Fragebogen, *n* = Anzahl, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *RSD%* = relative Standardabweichung in Prozent.

3.1.3 Lineare Regressionsanalyse

Im ersten Schritt der Regressionsanalyse wurde auf eine zeitliche Änderung zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten T1 und T2 geprüft (Nullhypothese: keine Änderung). Dabei wurden sowohl die Gesamtscores der Fragebögen, die jeweiligen Subskalen als auch die oben beschriebenen vier herausgegriffenen Items separat geprüft. Bezüglich der Gesamtscores ergab die Analyse weder bei Mentees noch bei Mentoren eine signifikante zeitliche Änderung der mittels DREEM erhobenen Bewertung der Lehr- und Lernkultur bzw. des mittels LB-F gemessenen Implementierungsgrads des Leitbilds. Bezüglich der Subskalen zeigte die LB-F Subskala „Curriculum“ bei den Mentees einen signifikant niedrigeren Score bei T2 ($B = -2.5$, $SE = 0.88$, $p < 0.01$). Bezüglich der Einzelitems zeigte das DREEM Item 49 („Fragen stellen können“) bei den Mentees einen signifikant höheren Score bei T2 ($B = 0.34$, $SE = 0.16$, $p < 0.05$).

Im zweiten Schritt wurden mittels univariater Regressionsmodelle verschiedene Einflussvariablen untersucht. Dabei wurden die Gesamt- und Subskalen-Scores sowie die jeweiligen Einzelitems als Zielgrößen betrachtet.

In der Gruppe der **Mentoren** wurde auf den Einfluss folgender unabhängiger Variablen geprüft:

- (1) *Alter der Mentoren*
- (2) *Geschlecht der Mentoren*
- (3) *akademischer Grad*

Der *akademische Grad* wurde aufsteigend von null bis drei codiert. Dabei war von den untersuchten $n = 10$ Mentoren ein Mentor nicht promoviert (Grad 0) sowie vier Mentoren promoviert (Grad 1), zwei habilitiert (Grad 2) und drei Mentoren habilitiert mit Professur (Grad 3), siehe Abb. 11.

Grad 0 = nicht promoviert	n= 1
Grad 1 = promoviert	n= 4
Grad 2 = habilitiert	n= 2
Grad 3 = Professur	n= 3
Gesamt	n= 10 Mentoren

Abb. 11 Codierung der Einflussvariable *akademischer Grad des Mentors*. $n =$ Anzahl

Es zeigte sich, dass der *akademische Grad* eine signifikante Einflussvariable für drei der untersuchten Zielgrößen ist und 54 bis 90% der Variation der Differenz zwischen T1 und T2 erklären kann. Dabei bestand ein positiver Zusammenhang mit $p < 0.05$ bezüglich der LB-F Subskala „Studierende“ ($B = 4.5, r^2 = 0.9$) und dem LB-F Item 34 („persönliche Ebene.“) ($B = 0.39, r^2 = 0.78$) sowie mit $p < 0.1$ bezüglich dem DREEM Item 49 („Fragen stellen können“) ($B = 0.73, r^2 = 0.54$), siehe Tabelle 12.

Tabelle 12: Signifikante Ergebnisse der Regressionsanalyse (Mentoren)

Zielgröße	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	r^2
Einflussvariable: akademischer Grad des Mentors				
LB-F Subskala („Studierende“)	4.5	0.8797	< 0.05	0.90
LB-F Item 34 („Förderung“)	0.3902	0.1035	< 0.05	0.78
DREEM Item 49 („Fragen stellen“)	0.7308	0.3053	< 0.1	0.54

LB-F = Leitbild-Fragebogen, DREEM = *Dundee Ready Educational Environment Measure*, B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, p = Signifikanzniveau, r^2 = Determinationskoeffizient.

Die Einflussvariablen *Alter* und *Geschlecht des Mentors* waren nicht mit einer signifikanten Veränderung der geprüften Fragebogen- bzw. Item-Scores der Mentoren assoziiert. In Anhang 1 sind die Ergebnisse der linearen Regressionsanalyse zu allen berechneten Einflussvariablen nach Zielgrößen geordnet tabellarisch dargestellt.

In der Gruppe der **Mentees** wurde auf den Einfluss folgender unabhängiger Variablen geprüft:

- (1) *Alter*
- (2) *Geschlecht (Mentees)*
- (3) *Semester*
- (4) *Geschlecht (Mentoren)*

Die Einflussvariable *Semester* zeigte einen signifikanten Einfluss auf vier Zielgrößen: LB-F Gesamtscore ($B = -3.5, r^2 = 0.27, p < 0.05$), LB-F Subskala „Studierende“ ($B = -1.4, r^2 = 0.17, p < 0.1$) LB-F Subskala „Curriculum“ ($B = -1.2, r^2 = 0.33, p < 0.01$), und DREEM Item 49 „Fragen stellen“ ($B = -0.16, r^2 = 0.25, p < 0.05$). Es konnten 17 bis 33% der Variation der Differenz zwischen T1 und T2 erklärt werden, wobei die Differenz umso größer war, je niedriger das Semester der Mentees war. Für den LB-F Gesamtscore bestand neben dem *Semester* ebenfalls ein negativer Zusammenhang mit dem Einflussfaktor *Alter der Studierenden* ($B = -2.3, r^2 = 0.17, p < 0.1$).

In der Gruppe der Mentees waren außerdem das *Geschlecht des Mentors* und *der Mentees* signifikante Einflussvariablen ($p < 0.1$) auf je ein Einzelitem (LB-F 01 "Vorbild" mit $B = -0.67, r^2 = 0.12$ bzw. DREEM 49 "Fragen stellen" mit $B = -0.54, r^2 = 0.11$). Es konnten 12% (Mentoren) bzw. 11% (Mentees) der Variation der Differenz zwischen T1 und T2 auf das Geschlecht zurückgeführt werden, wobei die Differenz bei weiblichem Geschlecht von Mentor bzw. Mentees jeweils kleiner war. Tabelle 13 fasst die signifikanten Ergebnisse der untersuchten Einflussvariablen zusammen. Eine Übersicht aller Ergebnisse der berechneten Einflussvariablen enthält Anhang 1.

Tabelle 13: Signifikante Ergebnisse der Regressionsanalyse (Mentees)

Zielgröße	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>r</i> ²
Einflussvariable: <i>Semester</i>				
LB-F Gesamtscore	-3.515	1.553	< 0.05	0.27
LB-F Subskala „Studierende“	-1.4265	0.8027	< 0.1	0.17
LB-F Subskala „Curriculum“	-1.2368	0.4193	< 0.01	0.33
DREEM 49 („Fragen stellen“)	-0.15621	0.05795	< 0.05	0.25
Einflussvariable: <i>Alter der Studierenden</i>				
LB-F Gesamtscore	-2.323	1.287	< 0.1	0.17
Einflussvariable: <i>Geschlecht (Mentor)</i>				
LB-F 01 („Vorbild“)	-0.6667	0.3633	< 0.1	0.12
Einflussvariable: <i>Geschlecht (Mentee)</i>				
DREEM 49 („Fragen stellen“)	-0.544	0.3082	< 0.1	0.11

LB-F = Leitbild-Fragebogen, DREEM = *Dundee Ready Educational Environment Measure*, *B* = Regressionskoeffizient, *SE* = Standardfehler, *p* = Signifikanzniveau, *r*² = Determinationskoeffizient.

3.2 Qualitative Ergebnisse

3.2.1 Falldarstellungen

Die Darstellung der qualitativen Ergebnisse gliedert sich in zwei Abschnitte. Bevor im zweiten Abschnitt die systematische Darstellung der qualitativen Inhaltsanalyse mittels Kategoriensystem stattfindet (Code-basierte Auswertung), erfolgt zunächst die deskriptive Darstellung der Beziehungsentwicklung zwischen den einzelnen Mentoren und ihren jeweiligen Mentee-Gruppen (Fall-basierte Auswertung). Die Falldarstellungen orientieren sich dabei an folgendem Schema:

- 1) Gruppenzusammensetzung und demografische Daten
- 2) Anzahl, Orte und Art (Einzel/Gruppe) der Treffen sowie Kontakt- (E-Mail/Anruf) und Umgangsform (Du/Sie)
- 3) Inhaltliche Entwicklung der Interaktion
- 4) Zwischenmenschliche Entwicklung der Interaktion
- 5) Besonderheiten der Beziehung

Der nach dem Untersuchungszeitraum von einem Jahr gegebene Stand der Mentoring-Beziehungen wird am Ende dieses Abschnitts in einem Schaubild zusammengefasst (siehe Abb. 12).

Anmerkung 1: Im Folgenden sind einzelne Ausdrücke und Zitate aus den Interviews durch Anführungsstriche gekennzeichnet. Zur besseren Übersicht werden diese gekürzt dargestellt und nicht wie im Original-Transkript mit „ähm“/„ehm“ oder „(...)“ als Zeichen für Pausen.

Anmerkung 2: Es wurde auf Altersangaben der Mentoren verzichtet, um mehr Anonymität zu gewährleisten und die Privatsphäre zu schützen.

Mentoring-Beziehung 1

Gruppe 1 bestand aus vier weiblichen Mentees zwischen 22 und 28 Jahren, die zum Zeitpunkt T1 im dritten bis fünften Semester waren. Die Gruppe hatte eine Mentorin, die als Professorin bzw. Oberärztin tätig war.

Im Untersuchungszeitraum erfolgten fünf Treffen der Gruppe mit der Mentorin, was laut Mentorin sowohl am Bedarf als auch der begrenzten Zeit aller Beteiligten ausgerichtet gewesen sei. Die Treffen fanden sowohl im universitären Umfeld (Büro der Mentorin), als auch bei der Mentorin zu Hause statt. Die Entscheidung sich im privaten Umfeld der Mentorin zu treffen erfolgte jedoch aus organisatorischen Gründen (als Büroersatz) und war nicht per se mit der Entwicklung einer persönlicheren Beziehungsgestaltung assoziiert.

Inhaltlich wurde sich an einer von den Mentees vorbereiteten Themenliste orientiert, die größtenteils studiums- und berufsbezogene Aspekte umfasste. Das fünfte Treffen kennzeichnete diesbezüglich einen Scheidepunkt, da sich abzeichnete, dass sich die Liste der vorbereiteten Themen erschöpft hatte. So äußerte eine Mentee (T2): „Also ich stelle mir zum Beispiel die Frage, wie es weitergehen soll. Also so, wie es bis jetzt war, war es in Ordnung. Wir haben jetzt gemerkt,

bei den letzten Treffen war das jetzt mit der Themenfindung, worüber wir noch reden wollen, ziemlich schwierig.“

Zwischen Mentees und Mentorin wurde eine förmliche Anrede („Sie“) beibehalten. Folgendes Fazit einer Mentee hebt diesbezüglich relevante Aspekte hervor: *„Am Anfang hatte ich so das Gefühl, da hätte ich schon gerne (geduzt). Das hätte mir vielleicht so ein bisschen das Verhältnis erleichtert. Aber jetzt so, nach dem wir das so durchgezogen haben, finde ich es einfacher, weil ich dann in der Uni-Zeit dann nicht switchen muss.“* Die Beziehung zur Mentorin wurde von einer Mentee wie folgt beschrieben und spiegelt damit den generellen Eindruck der Gruppe wider: *„Sie ist schon etwas höher als wir, aber sie versucht das irgendwie auf so EINEM Level zu halten. Das ist angenehm sich mit ihr zu treffen. Sie ist immer noch eine Respektsperson, aber man kann dann viele Sachen mit ihr besprechen.“* Aus dem Gruppen-Interview ist hervorzuheben, dass die Mentees dennoch ein anhaltendes Gefühl der Unsicherheit und gewisse Befürchtungen angesichts der Rolle der Mentorin in der unmittelbar für die Mentees relevanten Lehre und damit ihrer Bewertung beschrieben. Auch in ihrer Rolle als Mentees glaubten die Studierenden unter hohen Ansprüchen zu stehen und versuchten eher professionell zu wirken und fachspezifische Fragen zu stellen, als sich offen auch mit Schwächen oder Zweifeln zu zeigen. Obwohl dies den Vertrauensaufbau beeinflusst zu haben scheint, wurde die Mentorin insgesamt als *„sehr offen“* beschrieben, es wurde wertgeschätzt was sie aus ihrem persönlichen Werdegang preisgab und entsprechend erfolgte im Verlauf durchaus eine Entwicklung der Beziehungsebene: *„Also ich finde es persönlich ein bisschen vertrauter, weil man sie jetzt auch einfach kennt. Und am Anfang war es dann noch eine ziemlich fremde Person. Man wusste auch nicht, wie sehr man sich ihr gegenüber öffnen kann. Und dadurch, dass sie jetzt auch viel offener uns gegenüber ist, fühlt man sich schon mit den Wünschen oder auch Anregungen, die man hat, bei ihr sehr geborgen.“* Ein weiterer Faktor, der sich auf die Beziehungsentwicklung auswirkte, scheint die Frequenz der Treffen gewesen zu sein: *„[...] weil die Treffen jetzt auch viel zu weit voneinander getrennt waren, dass man auch noch nicht SO sehr irgendwie Bindung aufbauen kann.“*

Bis auf E-Mail-Kontakte bei Einzelanliegen (z. B. Promotion) erfolgten hier keine Eins-zu-eins-Treffen zwischen der Mentorin und einzelnen Mentees, was die Mentorin wie folgt kommentierte: *„Wie gesagt, ich möchte fast vermuten, gruppendynamisch glaube, weiß nicht, ob sich jemand einzeln getraut hätte?“* Dieses Zitat gibt aus Mentoren-Sicht ebenfalls Hinweise auf die oben beschriebene zurückhaltende Vertrauensentwicklung zwischen Mentorin und Mentees. Im Interview mit der Mentorin wurde außerdem deutlich, dass auch ihr die Doppelrolle als Mentorin und Dozentin, sowie die dadurch gegebenenfalls beeinflusste Beziehungsentwicklung, bewusst war. Sie betonte im Interview mehrfach, dass sie sich dennoch einen offenen und persönlichen Umgang mit den Mentees wünschte und von ihrer Seite auch anbot. In folgendem Zitat wird dies zusammengefasst und gleichzeitig deutlich, dass es nach dem Untersuchungszeitraum von circa einem Jahr weiterhin ein *„Wunsch“* war und noch nicht zum Selbstverständnis zwischen ihr und der Gruppe gehörte: *„Ich wünsche mir schon, dass sie das verstanden haben, dass ich schon da bin und ich sehe auch meine Aufgabe darin, die zu begleiten.“*

Im Interview mit der Mentorin wurde außerdem deutlich, welche Herausforderungen die Beziehung und Begleitung im Mentoring für die Mentoren mit sich bringt: *„[...] das (die harten Bedingungen einer Hochschullaufbahn als Frau) offen und ehrlich zu adressieren und trotzdem diese junge motivierte Frau auch weiter BRENNEN zu lassen. Das ist so etwas, wo ich als Mentorin noch nicht so, also das entscheide ich ja intuitiv, also ich bin ja nicht ausgebildet [...] im Mentorin sein [...].“* Das Zitat zeigt, dass sie verantwortungsvoll mit dem ihr entgegengebrachten Vertrauen

umging und weist außerdem darauf hin, dass Vertrauensperson und Ansprechpartner zu sein bzw. zu werden einen gewissen Entwicklungsprozess benötigt.

Die Mentees nahmen die Mentorin in ihrer Funktion als Ansprechpartnerin und Vertrauensperson wahr, jedoch explizit bezüglich „fachbezogener“ Fragen: „[...] dass ich quasi immer so ein Polster habe, wo ich quasi zurückgreifen kann so [...] das ist auch schon mal ein beruhigender Gedanke, dass man quasi nicht irgendwie alleine da steht [...]“ Auch die anderen Mentees bezeichneten die Mentorin im Interview als „fachlichen Ansprechpartner“ und beschrieben einen beachtlichen Informationsgewinn durch das Mentoring gehabt zu haben: „Also sie gibt zwar schon sehr viele Informationen und man fühlt sich dann auch einfach schlauer, wenn man aus den Treffen rausgeht.“ Auch auf persönlicher Ebene haben sie sich, was das Studium und den Werdegang angeht, gefördert sowie motiviert gefühlt: „[...] so ein bisschen, sage ich mal, gepusht in manchen Sachen. Sage ich mal wie mit der Doktorarbeit.“

Mentoring-Beziehung 2:

Gruppe 2 bestand aus zwei weiblichen und zwei männlichen Mentees, zwischen 20 und 29 Jahren, die zum Zeitpunkt T1 im dritten bis neunten Semester waren. Die Gruppe hatte einen Mentor, der als Professor bzw. als Oberarzt tätig war.

Im Untersuchungszeitraum erfolgten fünf (zum Zeitpunkt des Gruppen-Interviews) bzw. sechs (zum Zeitpunkt des Mentor-Interviews) Treffen der Gruppe mit dem Mentor, die sowohl im universitären Umfeld (Räumlichkeiten der Medizinerbibliothek), im öffentlichen Umfeld (Restaurant/Café) als auch im privaten Rahmen (reihum bei einzelnen Mentees zu Hause) stattfanden. Das kommende siebte Treffen war außerdem beim Mentor zu Hause geplant. Ergänzend fand eine Eins-zu-eins-Interaktion per E-Mail bei akuten Fragen statt. Die Mentees gaben im Interview zu bedenken, dass die Terminfindung aufgrund der zeitlich knappen Ressourcen aller schwierig war und ihnen dadurch Kontinuität in der Begleitung gefehlt hat: „[...] dadurch, dass wir uns nicht so regelmäßig treffen, ist es halt natürlich manchmal so ein bisschen so, dass so diese Kontinuität fehlt.“

Dennoch fand eine deutliche Entwicklung der Beziehungsebene im Untersuchungszeitraum statt, was sich sowohl inhaltlich als auch zwischenmenschlich zeigte. Zu Beginn der Beziehung orientierte sich die Gruppe vor allem an vorbereiteten Themen, die das Studium bzw. den Arzt-Beruf betrafen. Mit fortschreitendem Kennenlernen zwischen den Mentees untereinander und zwischen Mentor und Mentees entwickelten sich jedoch zunehmend spontan verschiedene Gesprächsthemen, jeweils ausgehend von einer initialen Austauschrunde über den aktuellen Stand. Die Treffen im privaten, informellen Rahmen schienen für diese Entwicklung eine wichtige Rolle gespielt zu haben, wie folgendes Mentee-Zitat beispielhaft zeigt: „Ich glaube, dass es am Anfang vielleicht ein bisschen/noch nicht ganz so locker war. Das hat jetzt sich immer weiter aufgelockert. Auch je mehr man halt vom Wohnumfeld vielleicht auch der anderen mal mitbekommen hat.“ Das fünfte Treffen, das in der WG eines Mentee stattfand, nahm für die Beziehungsentwicklung eine besondere Stellung ein. Auf Initiative des Mentors wurde die Anrede vom „Sie“ zum „Du“ gewechselt: „Das ist an dem Abend entstanden, wo wir uns bei mir getroffen haben, also bei dem letzten/da hatte er das dann angeboten, von sich aus“. Aus Sicht der Mentees veränderte sich im Verlauf außerdem die

Haltung des Mentors: *„Also ich habe das Gefühl, dass er deutlich entspannter geworden ist, dass der am Anfang wahnsinnig unter Strom stand [...], dass er so zeitlich eigentlich dann doch schon wieder eher so auf dem Sprung war und DA (bei o. g. Treffen) war er wirklich so (entspannt) [...].“*

Auch der Mentor berichtete im Interview, dass sich mit zunehmendem Kennenlernen und mit der Entwicklung der Beziehung die *„Wertigkeit von Fragekomplexen komplett änderte“*. Außerdem bestätigte er die Relevanz des Wechsels von vorbereiteten Themen hin zu aktuell die Mentees beschäftigenden Begebenheiten: *„Weil die Probleme, die entstehen im Verlauf, die können wir gar nicht vorherbestimmen. Das war/ich hatte vorhin das Beispiel Doktorarbeit.“* Es seien was zum Beispiel die Promotion oder die *„Rolle der Medizin im eigenen Leben“* angeht, sowohl *„ganz einfache praktische Dinge, bis hin dann zu sehr persönlichen Dingen“* besprochen worden. Dabei fiel auf, dass die Mentees wertschätzten, dass der Mentor sehr offen zum Beispiel von seiner Familie sowie von eigenen Lebensentscheidungen berichtete und diese kritisch reflektierte. Er zeigte außerdem Neugier und Interesse daran, die Welt der Studierenden kennenzulernen. Dieses Einlassen des Mentors bildete eine wichtige Basis dafür, den Mentor als Vertrauensperson zu sehen und ermöglichte den Studierenden, sich auch zu öffnen: *„Das hat mich schon sehr überrascht. Das hat mir auch so ein bisschen das Gefühl gegeben, dass dieses Ehrlichsein auch okay ist.“* Diese Veränderung nahm der Mentor sehr deutlich wahr und betonte dies im Interview: *„Und deshalb war mir das so wichtig auszudrücken, dass so die Fragenqualität und -intensität, die von den Mentees kommt, eine ganz andere ist, als die am Anfang war. Das war formell, aber nicht so intensiv und inhaltlich, wie es jetzt der Fall ist.“*

Obwohl der Mentor von der Gruppe als Vertrauensperson und Ansprechpartner gesehen wurde, sehr offen mit Fragen fachlicher und persönlicher Art umgegangen wurde und die Mentees sich persönlich gefördert fühlten, hoben sie im Interview auch hervor, dass sie durch den Abstand zwischen den Treffen die Begleitung durch den Mentor als sehr punktuell wahrnahmen: *„Also ich habe das Gefühl, dass wir uns manchmal über dieselben Sachen wieder unterhalten. Das ist auch nicht so schlimm, aber ich meine, was man vielleicht von einem Mentor noch ein bisschen mehr erwarten könnte, dass er das so mit verfolgt, ja. Also ich glaube nicht, dass, wenn man ihn jetzt fragen würde ‚in was für einem Semester ist der denn jetzt‘, oder ‚was macht er denn jetzt eigentlich gerade‘, dass er das jetzt wüsste.“*

Was die Gruppe an sich betrifft, ist hervorzuheben, dass sie sehr heterogen zusammengesetzt war, was Alter, Studienfortschritt, Geschlecht und Persönlichkeiten angeht und sich außerdem zuvor nicht kannte. Die Mentees konnten jedoch feststellen, dass sie *„eigentlich doch immer auf einer Wellenlänge geschwommen sind“* und es etwas gab, was sie untereinander und mit dem Mentor gemeinsam hatten: *„[...] dass wir sehr direkt sind und wenn uns etwas auf dem Herzen liegt oder die Art und Weise, wie wir Sachen ansprechen auch, nicht um den heißen Brei herumreden, sondern sagen, was wir meinen. Der [Vorname des Mentors] ist nämlich oder meiner Meinung nach AUCH so [...].“* Die Mentees berichten, sehr vom Austausch untereinander profitiert zu haben und dass die Gruppe ihnen das Gefühl eines *„Backup“* gab. Insgesamt wurden im Mentee-Interview ein gewisses Gruppen-Selbstverständnis und Wir-Gefühl deutlich, was sehr entscheidend für die Entwicklung der Beziehung gewesen zu sein schien.

Mentoring-Beziehung 3:

Gruppe 3 bestand aus vier männlichen Mentees, zwischen 19 und 25 Jahren, die zum Zeitpunkt T1 im dritten bis neunten Semester waren. Die Gruppe hatte einen Mentor, der Professor bzw. Chefarzt war.

Im Untersuchungszeitraum erfolgten vier Treffen der Gruppe mit dem Mentor, die im universitären Umfeld (Räumlichkeiten der Medizinerbibliothek) stattfanden sowie einmal im öffentlichen Rahmen (Restaurant). Als Anrede wurde das „Sie“ beibehalten. Der Mentor legte großen Wert auf Treffen mit der vollständigen Gruppe, was durch den vollen Stundenplan der Mentees erschwert worden sei. Während der vier Treffen im ersten Mentoring-Jahr konnte aus Sicht des Mentors noch nicht die von ihm erwartete Team-Entwicklung erfolgen: *„[...] ja eine Gruppe sind sie, aber es/in meinem Sinn kein Team, so bisher.“* So habe sich zwar jeder mit seinen „individuellen Fragen“ an den Treffen beteiligt und ein Austausch stattgefunden, jedoch noch wenig „gegenseitige Unterstützung“ und gemeinsames Wachsen. Bezüglich der Gruppenzusammensetzung ist hervorzuheben, dass diese die einzige reine Männergruppe darstellte. Sie wies jedoch, was Alter und Studienfortschritt anging, viel Heterogenität auf und die Mentees berichteten vom Austausch untereinander profitiert zu haben (*„Ich finde generell den Austausch einfach klasse“*).

Insgesamt wurde sowohl vom Mentor als auch von den Mentees mehr Kontinuität gewünscht, wie folgendes Mentor-Zitat stellvertretend zeigt: *„Also es ist nicht wie beim ERSTEN Mal (treffen), aber so wie beim zweiten Mal, es ist immer wieder wie beim zweiten Mal, ja, so, es kommt nicht MEHR zusammen.“* Als mögliche Ursache wurden vom Mentor die Lokalitäten der Treffen diskutiert, die zwar einen „Austausch von Gedanken“, aber nicht unbedingt einen adäquaten „Raum für gemeinsame Erfahrung“ schaffen konnten. Als mögliche Option stellte der Mentor daher ein zukünftiges Treffen im privaten Umfeld in Aussicht: *„Also mein aktuelles Angebot ist zu sagen: wir grillen mal bei uns zu Hause zusammen. Also einfach zu sagen, ich gebe mehr von mir persönlich preis, vielleicht ist das dann auch eine Möglichkeit für die anderen, sich persönlicher einzulassen und nicht nur in der Funktionalität ‚ich bin Student‘.“* Bezüglich des „sich Einlassens“ führte der Mentor des Weiteren an, dass, obwohl er „sich zurückgenommen“ habe, der große Respekt der Mentees ihm als Professor gegenüber die Beziehungsentwicklung gehemmt haben könnte. Die Mentees berichteten im Interview ebenfalls, dass sie ihn sehr deutlich als Respektsperson wahrnahmen: *„Also es ist jetzt nicht so, dass man, wie in einer normalen Diskussion mit jemandem, mit dem man direkt auf einer Ebene wäre, diskutieren könnte, sondern ich finde, man muss sich schon anstrengen.“* Gleichzeitig schienen sie sich nicht durch die Rolle des Mentors als Dozent kompromittiert gefühlt zu haben: *„[...] wir sehen ihn schon als Mentor und nicht als Lehrenden.“* Für die Beziehungsentwicklung war außerdem prägend, dass der Mentor sich als „Lieferant der Information“ sah und die Holschuld bei den Mentees. Es fanden keine Eins-zu-eins-Treffen statt, was der Mentor wie folgt kommentierte: *„[...] nicht weil ich es nicht anbieten will, sondern weil ich einfach gedacht habe ‚ich bin nicht der/ sie sollen ja einfordern‘.“* Diesbezüglich äußerten die Mentees, dass es bisher keinen Anlass für Einzelkontakte per Telefon, E-Mail oder Treffen gegeben habe.

Inhaltlich wurden neben studiums- und berufsbezogenen Fragen auch persönliche Dinge besprochen. Die Erwartungen von Mentor und Mentees an die Gesprächsthemen divergierten jedoch etwas. Der Mentor gab rückblickend zu bedenken *„[...] ans EINGEMACHTE, wenn man wirklich ans Eingemachte geht, ‚wie geht man mit Entscheidungen um, die kritisch sind‘ sage ich mal, die sind ja für jeden unterschiedlich kritisch. Das hatten wir noch nicht. Aber ich glaube, dass/*

dafür fehlt auch noch die Basis.“ Die Mentees betonten, dass über sehr persönliche Dinge gesprochen worden sei und es trotz der für sie spürbaren Hierarchie durchaus die Basis für offene Gespräche gab: „Also ich habe zumindest persönlich nicht das Gefühl, dass ich irgendein Thema nicht ansprechen kann.“ Es sei zum Beispiel auch über tiefgehende Fragen wie „warum macht man das überhaupt“, „warum lerne ich überhaupt“, „warum lebe ich überhaupt“ gesprochen worden. Insgesamt wurde der Mentor eindeutig als Vertrauensperson angesehen und bot den Studierenden die Möglichkeit, Fragen zu stellen bzw. bei Bedarf eine „Anlaufstelle“ zu sein; ein Mentee drückte es wie folgt aus: „Einfach dass wenn man/wenn man jetzt eine Frage hat oder wenn einem irgendetwas auf der Seele brennt, [...] dass/die Sicherheit ist da, dass man ihn alles fragen könnte.“ Mentor und Mentees haben jeweils jedoch auch hervorgehoben, dass es bisher wenig Bedarf für konkrete Hilfestellung durch den Mentor gab: „[...] bei mir ist es auch so, dass ich bislang noch keine Sachen hatte, wo ich sagen müsste ‚hätte ich unbedingt gerne mit ihm drüber gesprochen‘. Aber ich weiß ja, dass wenn jetzt was wäre, könnte ich es machen. Und das ist dann ein gutes Gefühl.“

Das Interview mit dem Mentor gab außerdem Hinweise auf die Relevanz von in der Vergangenheit selbst erlebter Mentoring-Beziehungen. So hat der Mentor sowohl im Interview als auch seinen Mentees gegenüber, von persönlichen Mentoring-Erfahrungen berichtet, die er früher in der Rolle des Mentee gemacht hatte. Die (Eins-zu-eins-)Beziehung, die sich spontan entwickelt hatte und nicht einem formalen Mentoring-Programm entsprang, scheint seine Vorstellung und Erwartung an Mentoring-Beziehungen geprägt zu haben.

Mentoring-Beziehung 4:

Gruppe 4 bestand aus zwei weiblichen und zwei männlichen Mentees, zwischen 19 und 37 Jahren, die zum Zeitpunkt T1 im ersten bis siebten Semester waren. Die Gruppe hatte einen (promovierten) Mentor, der in eigener Praxis und als Lehrarzt tätig war.

Im Untersuchungszeitraum erfolgen sechs Treffen der Gruppe mit dem Mentor, die hauptsächlich im universitären Umfeld (Gruppenräume der Medizinerbibliothek) stattfanden sowie zweimal an öffentlichen Orten (z. B. auf dem Weihnachtsmarkt). Generell erfolgten die Treffen mit der ganzen Gruppe, einmal fand jedoch auch ein Treffen mit nur zwei Mentees und dem Mentor statt (Rheinpromenade). Einzelanliegen (z. B. bezüglich gesundheitlicher oder persönlicher Fragen) wurden per E-Mail, Telefon oder nach einem Gruppentreffen besprochen (Mentor: „[...] dass dann noch ein Einzel-Gespräch oder was hinterherkam.“).

Bezüglich der Frequenz der Treffen betonten die Mentees in ihrem (Studien-)alltag „sehr eingebunden“ zu sein und beschrieben es als vorteilhaft, dass keine festen Treffen in regelmäßigen Abständen vereinbart wurden. Dadurch sei ein Pflichtcharakter der Treffen vermieden worden und die Terminfindung konnte sich am Bedarf der Teilnehmer orientieren: „[...] wenn halt jemand ruft, dann sind wir alle da“. Entsprechend wurde auch der initiale Gedanke an eine vorbereitete Themenliste nicht weiterverfolgt und die Gruppe ging dazu über, ausgehend von einer Update-Runde über für die Teilnehmer aktuelle Themen zu sprechen, die sich spontan ergaben: „[...] wir sprechen halt einfach darüber, was, was halt im Moment los ist.“

Der Kontakt zwischen Mentees und Mentor war von Beginn an sehr persönlich: „Bei [Vorname des Mentors] ist das halt eher auf so einer sehr persönlichen Ebene. Also weniger dieses von

Professionalität geprägte, sondern mehr, dass man halt ungezwungen über die, über die Freizeitaktivitäten spricht und so.“ Der Mentor bot von vorneherein das „Du“ an und wurde von den Mentees als „locker drauf“ beschrieben. Auf dieser Basis entwickelte sich im Verlauf eine freundschaftliche Beziehung, die die Mentees zuvor eher nicht erwartet hatten: *„Von einem anderen Dozenten würde ich mich zum Beispiel nicht umarmen lassen oder so, aber wenn halt so, wenn man sich dann sieht, dann ist das echt, wie so eine innige Freundschaft. Also finde ich jetzt für mich persönlich und ich denke, er ermöglicht einem das halt auch, indem er nicht distanziert ist.“* Die Mentees hoben des Weiteren hervor, dass es bei ihrem Mentor nicht *„diesen Autoritätskonflikt, den vielleicht andere Mentoren haben, die sonst tagtäglich in irgendwelchen Prüfungssituationen mit Studenten sind“* gebe. Die Tatsache, dass der Mentor der Dozent eines Wahlfaches war, das ein Mentee besuchte, führte hier nicht zu einem Rollenkonflikt, sondern verstärkte durch den zusätzlichen Berührungspunkt eher noch die Bindung.

Der Mentor wurde von den Mentees als gut erreichbar erlebt und als vertrauenswürdiger Ansprechpartner sowohl für studiums- und berufsbezogene Fragen als auch persönliche Anliegen zu Rate gezogen. Insbesondere eine Mentee, die Studienanfängerin im ersten Semester war, hob die Relevanz der Begleitung durch das Mentoring hervor: *„[...] ich kannte mich halt auch noch nicht so wirklich gut aus und ich fand halt, dass mir das eine große Sicherheit gegeben hat.“* Dabei bezog sie sich einerseits auf den Mentor, der nicht nur für Fragen bereitstand, sondern auch durch das Berichten selbst durchgemachter Erlebnisse in Beziehung zur Gefühlswelt der Studierenden treten konnte: *„Da hat der auch mal erzählt von seiner Bio-Chemie-Klausur, wo er dann auch die Aufgabe nicht wusste oder so. Das hilft einem dann auch, wenn man dann wirklich auch selber mal in so einer Bio-Chemie-Klausur sitzt und vielleicht auch die Aufgabe nicht weiß.“* Andererseits bezog sie sich ebenfalls auf den Kontakt und den Austausch mit der Mentee-Gruppe: *„[...] ich fand auch den Kontakt halt zu den höheren Semestern total gewinnbringend, also quasi zu den anderen drei Mit-Mentees.“*

Die Zusammensetzung der Mentees war in dieser Gruppe sehr heterogen, besonders bezüglich des Alters und des Semesterfortschritts. Die Unterschiede wurden von den Mentees positiv erlebt und sie beschrieben, *„in beide Richtungen“* voneinander profitiert zu haben, d.h. *„[...] nicht nur so den Kontakt nach oben hin quasi zu haben, sondern auch in Führungsstrichen ‚nach unten hin‘, zu jüngeren Semestern“.*

Auch von Seiten des Mentors wurde die Mentoring-Beziehung als freundschaftlich und bereichernd beschrieben. Es fiel ihm jedoch auf, dass ein Austausch zwischen den Mentees nur bezogen auf die Treffen stattfand und nicht unbedingt auf regelmäßiger Basis erfolgte. Er wünschte sich mehr Teamentwicklung und Gruppendynamik: *„Es könnte noch mehr Gruppendynamik entstehen, auch in dieser Kleingruppe, ne? Ich glaube die Chance, dass sich mehr entwickelt und mehr tut, ist dann einfach größer, wenn man öfters sich trifft. Ja, und dafür sind wir ja eine GRUPPE, also sollten wir auch das mögliche Gruppenpotential noch mehr, dem noch mehr Raum geben, dass es sich zeigen kann.“* Er äußerte das Bestreben, in Zukunft die Beziehung etwas strukturierter und die Treffen regelmäßiger zu gestalten. Obwohl von den Mentees in dieser Gruppe bereits ergänzender Eins-zu-eins-Kontakt zum Mentor gesucht wurde und auch stattfand, dachte der Mentor in seinem Resümee auch darüber nach, dass es gegebenenfalls sinnvoll wäre diese Option direkter anzubieten. So überlegte er die „Schwelle“ ihn anzusprechen noch verringern zu können, durch einladende Worte wie: *„denkt dran, ihr könnt immer/ und ich bin auch für euch eins-zu-eins da“.* Insgesamt war er ein sehr aktiver Mentor, der viel von sich angeboten und oft die Initiative ergriffen hat.

Mentoring-Beziehung 5:

Gruppe 5 bestand aus vier weiblichen Mentees zwischen 20 und 24 Jahren, die zum Zeitpunkt T1 im dritten bis achten Semester waren. Die Gruppe hatte eine (promovierte) Mentorin, die als Oberärztin tätig war.

Im Untersuchungszeitraum erfolgten drei Treffen der Gruppe mit der Mentorin. Lediglich beim ersten Treffen (im Aufenthaltsraum in der Klinik der Mentorin) war die Gruppe vollständig. Bei den weiteren zwei Treffen, die im öffentlichen Rahmen (Café/Bistro) stattfanden, fehlte eine im jeweiligen Semester im Ausland studierende Mentee. Eine ergänzende Eins-zu-eins-Interaktion per E-Mail oder Einzeltreffen fanden nicht statt, da es laut Mentees keinen Bedarf gab: *„Also nicht, weil ich eine Hemmung hätte, da hinzuschreiben, sondern einfach, weil es nicht so ein Thema gab.“*

Inhaltlich wurden studiums- und berufsbezogene Fragen auf einer persönlichen Ebene besprochen: *„Also der Kontakt ist sehr persönlich. Man lernt sich auf einer anderen Ebene kennen noch mal, als wenn es nur im Studenten-Unterricht oder in der Vorlesung der Fall wäre“*, sagte die Mentorin. Beim ersten Treffen orientierte sich die Gruppe an einem von den Mentees vorbereiteten Fragen- bzw. Themen-Katalog. Die Mentorin beschrieb dies als hilfreich, da man sich zunächst um das *„Abhaken der Fragen“* kümmern konnte und diese im weiteren Verlauf eine Basis für die weitere Entwicklung des Gesprächs darstellten: *„[...] also wie dann mehr Dynamik hereinkam. Wie dann auch andere Dinge einfielen und zwischengefragt wurden und wie ich dann auf Sachen gekommen bin und zurückgefragt habe. Ja also das wurde relativ schnell ganz lebendig. Und am Anfang eher schüchtern und zurückhaltend.“* Als Anrede wurde das *„Sie“* verwendet und beibehalten. Im Verlauf der zwei Folgetreffen erfolgte mit zunehmendem gegenseitigem Kennenlernen eine weitere Annäherung zwischen Mentorin und Mentees sowie eine Entwicklung der Beziehung. So beschrieb die Mentorin: *„Da erzählt man auch viel Persönliches. Also das erlebe ich zumindest so. Also was ich von mir erzähle und auch, was die jungen Damen von sich erzählen, ein Herantasten, ne? Wie, was, was kann man so besprechen auch vor den anderen, ne?“* Sie nahm des Weiteren wahr, dass sich im Verlauf auch unter den Mentees ein persönlicher Kontakt bildete.

Hervorzuheben ist, dass die Mentee-Gruppe bezüglich des Studienfortschritts sehr heterogen war. Jede Mentee war in einem anderen Semester und sie kannten sich vorher nicht. So beschrieben die Mentees, dass die Gruppe gewissermaßen *„gespalten“* gewesen sei und im Verlauf nur mit den bei den Treffen anwesenden Mit-Mentees ein Kennenlernen stattfinden sowie eine Beziehung entstehen konnte. Nichtsdestotrotz betonten auch sie im Interview den Austausch untereinander als sehr bereichernd erlebt haben. Interessant ist, dass eine Mentee, die selbst Ärzte in der Familie hat, den Austausch mit der Gruppe (beispielsweise über PJ-Erfahrungen) sogar mehr schätzte, als mit der Mentorin eine ärztliche Ansprechpartnerin zu haben: *„[...] was mir persönlich mehr gebracht hat, war der Austausch untereinander. [...] Was, denke ich, auch viel dadurch kommt, dass ich halt Ärzte in der Familie habe.“*

Die Einbindung in unterschiedliche Semester schien allerdings auch wesentlich zum *„zeitlichen Koordinationsproblem“* bei der Terminfindung beigetragen zu haben. So überlegte die Mentorin, ob die durch fehlende Gruppenmitglieder und niedrigfrequente Treffen entstehende *„gewisse Diskontinuität“* gegebenenfalls die Beziehungsentwicklung beeinflusst haben könnte.: *„[...] dadurch, dass eigentlich immer eine dann gefehlt hat, bei der, bei den wenigen Treffen, die wir hatten, habe ich überlegt, ob das, ob das wirklich dann lebt oder lebendig ist oder sich so dynamisch entwickeln kann, wie man sich das vielleicht wünscht.“* Die Treffen selbst wurden aber als sehr

positiv erlebt, wie die Mentees resümierten: „Also WENN wir uns treffen, finde ich es immer super nett und super herzlich und so, also, dann ist es echt super.“ Und trotz des nur punktuell stattfindenden Kontakts, schätzten die Mentees es, dass sie „[...] Fragen stellen konnten, die dann auch ernsthaft beantwortet wurden.“ Und hoben das Gefühl hervor „[...] wirklich persönlich irgendeine Rolle zu spielen. Was ja nicht SO oft der Fall ist, dass man jetzt irgendwie persönlich gefördert wird und wirklich wichtig ist.“

Was das Mentorin-Sein angeht, beschrieb die Mentorin, „[...] die Erfahrung, dass man sich bremsen muss vielleicht auch, weil das ja von der Gruppe kommen soll, ne? Da es ja eine Hol-Leistung sein soll. Und ich das sonst gewohnt bin, mir Dinge einzuholen und ich mich da einfach noch mal zurücknehmen muss.“ Im Mentee-Interview fiel hingegen auf, dass die Mentees Aspekte der Mentorin als besonders positiv hervorhoben, in denen sie sich initiativ und offen zeigte. Dies betraf sowohl konkrete Handlungen als auch ihre Haltung im Gespräch. So berichtete eine Mentee von der Mentorin bei einer A²-Veranstaltung aktiv „an die Hand genommen“ und verschiedenen Ärzten vorgestellt worden zu sein, um Kontakte knüpfen zu können. Eine andere Mentee bezog sich auf die Offenheit der Mentorin im Gespräch: „[...] wenn sie halt auch etwas von sich so preisgegeben hat, das fand ich immer gut.“

Mentoring-Beziehung 6:

Gruppe 6 bestand aus drei weiblichen und einem männlichen Mentee zwischen 18 und 24 Jahren, die zum Zeitpunkt T1 im ersten bis neunten Semester waren. Diese Gruppe hatte eine Mentorin, die als Privatdozentin bzw. Oberärztin tätig war.

Im Untersuchungszeitraum erfolgten circa acht Treffen (gemittelte Angabe aufgrund der leicht divergierenden Aussagen von Mentees und Mentorin) der Gruppe mit der Mentorin („[...] wir haben es immer dann auch geschafft, dass ALLE dabei waren.“), die sowohl im professionellen (Klinik der Mentorin) und öffentlichen (Café/Bistro, Weihnachtsmarkt), als auch im privaten Rahmen (häusliches Umfeld der Mentorin) stattfanden. Außerdem erfolgte bei Fragen ein Eins-zu-eins-Kontakt per E-Mail. Die Terminfindung war bei dieser Gruppe nicht schwierig (Mentee: „[...] das ist eigentlich immer bei uns relativ entspannt.“), obwohl die Mentees diesbezüglich angesichts der Heterogenität ihrer Gruppe im Vorhinein eher Bedenken hatten: „Wir sind ja aus sehr verschiedenen Semestern. Und dann ist das/ hätte ich vorher gedacht, das wäre noch schwieriger.“

Inhaltlich wurden neben studiums- und berufsbezogenen Themen über ganz persönliche, alltägliche Dinge gesprochen. Das heißt die Gruppe legte keine „ganz konkreten medizinischen Themen“ fest, sondern das Gespräch entwickelte sich aus aktuellen Anliegen der Mentees, wie die Mentorin hier beschreibt: „Es gab NIE ein Thema, was man genau jetzt gesagt hat 'Heute sprechen wir darüber', sondern das Gespräch hat sich eigentlich immer ENTWICKELT, weil dann irgendwie darüber die Jüngeren Fragen an die Älteren hatten, oder an mich.“ Oft entwickelte sich das Gespräch auch ausgehend von einer Fragerunde der Mentorin über die aktuellen Entwicklungen, wie ein Mentee hier beschreibt: „Und meistens kommen wir dann aber sozusagen von diesem Abfragen her von Hölzken auf Stöckchen zu den verschiedensten Themen, dass wir uns so austauschen, also auch ganz privat.“

Im Verlauf der Treffen zeigte sich eine deutliche Entwicklung, die auch mit den Lokalitäten der Treffen zusammenhing. Während das Kennenlernen auf der Station der Mentorin stattfand („[...] *fühlte sich sehr auf der professionellen Ebene so an [...]*“), erfolgte das zweite Treffen in einem Café/Bistro („*Das war dann auf jeden Fall schon ein bisschen privater, weil das ja eher so eine private Umgebung ist fand ich.*“) und das dritte auf ihre Einladung hin bei der Mentorin zu Hause („*So, wo man dann eigentlich sagt, sie hat uns wirklich IN ihr Leben gelassen.*“) Bei diesem Treffen hat die Mentorin gekocht, es wurde gemeinsam gegessen und die Mentees lernten das Baby der Mentorin kennen. Den Mentees hat dies viel bedeutet: „*Das war WIRKLICH schön. Ja da hat sie uns halt so richtig gezeigt, wie sie so lebt.*“ Die Mentees hoben hervor, dass die Mentorin „*von Anfang an herzlich war*“ und sich mit Vornamen vorstellte, gleichzeitig aber auch viel Respekt einflößte: „*Sie hat so einen sehr strukturierten und einen sehr, sehr professionellen Eindruck auf mich gemacht. Da hatte ich erst so ein bisschen gedacht: ‚Oh Gott, ob wir das so auf einer Wellenlänge schaffen?‘, weil sie wirklich sehr, selber auch, glaube ich, sehr diszipliniert ist.*“ Im Verlauf habe sich die Beziehung „*[...] dann zunehmend verändert.*“: „*[...] man tastet halt am Anfang sich einfach vor. [...] da sind wir dann innerlich noch lockerer geworden.*“ Die Mentorin selbst hatte initial einen förmlicheren Verlauf der Beziehungsgestaltung erwartet, was unter anderem in ihren eigenen Mentoring-Erfahrungen in der Vergangenheit begründet war. Im Verlauf hat sie sich jedoch auf eine sehr freundschaftliche Ebene eingelassen: „*Ich hätte jetzt vielleicht auch gedacht, dass wir zwischendurch mal halt so ein bisschen was festlegen, worüber man spricht, dass sich jeder so ein bisschen mehr darauf vorbereitet, weil die Treffen halt schon sehr freundschaftlich, wie man sich abends so trifft, stattfinden, also jetzt nicht so sehr zielgerichtet. Aber wenn das deren Wunsch war, war ich damit auch absolut einverstanden.*“ Die Entwicklung der von den Mentees initial als förmlich wahrgenommenen Beziehung ermöglichte den Mentees sich auf die Interaktion mit der Mentorin auch auf einer persönlichen Ebene einzulassen und sich authentisch zu zeigen: „*Am Anfang hast du das Gefühl, gerade weil das so eine Gruppe ist, die schon eigentlich so ‚medizinisches Mentoring‘ ist, du sitzt da und, wie du so deine Fleißaufgabe ablieferst, sagst du dann ‚Oh, wie läuft es gerade bei mir‘ und so. Aber inzwischen ist das halt ein ganz normales Treffen unter Freunden. Dass man sich hinsetzt und sagt: ‚Ach, wie läuft es bei mir? Ach, ganz ehrlich, läuft grad dämlich, also ist grad total blöd‘. [...] Also es ist halt/diese komplette Distanz ist halt abgefallen.*“ Es scheinen mehrere Faktoren dazu beigetragen zu haben, dass im Verlauf sowohl die Mentorin („*sie traut sich halt auch direkter Sachen anzusprechen inzwischen*“), als auch die Mentees sich öffnen und wirklich authentisch geben konnten. Diese lagen zum einen in der geglückten Mentor-Mentee-Konstellation, bzw. wie die Mentorin es ausdrückte: „*Wenn die Chemie stimmt und wenn auch die Gruppe harmoniert [...]*.“ Zum anderen wurden in den Interviews die im Folgenden dargestellten beziehungsfördernden Attribute der Mentees und der Mentorin deutlich.

So hoben die Mentees bezüglich der Mentorin hervor, dass der Erstkontakt mit ihr bereits richtungsweisend war: „*[...] sie kam da so an mit ihrem Kittel und ihrem fetten Namensschild und so. Aber dann war es halt so, sie sagt so (mit hoher freundlicher Stimme) ‚Hallo! Ich bin [Vorname der Mentorin]‘, man hatte quasi ihr Namensschild noch gar nicht zu Ende gelesen und da war sie schon so total freundlich und offen.*“ Auch die Mentorin bestätigte im Interview: „*[...] wir duzen uns. Und im Prinzip ist jetzt da keine Distanz oder Hierarchie.*“ Es zeigte sich außerdem schnell, dass die Mentorin sehr gut erreichbar war, was die Kommunikation erleichterte: „*[...] habe dann erst gedacht, dass das ja mit E-Mail sehr unpraktisch ist. Weil mit Zeitverzögerung. Aber da [Vorname der Mentorin] extrem schnell antwortet, ist das quasi wie ein Telefonkontakt.*“ Generell sahen die Mentees die engagierte Art der Mentorin als ausschlaggebend für die Beziehungsentwicklung an: „*Ich glaube, dass sie sozusagen den Stein ins Rollen gebracht hat. Weil, hätten wir einen Mentor vor uns sitzen gehabt, der vielleicht meinetwegen uns das Duzen erlaubt, aber der ansonsten uns da*

gegenübersitzt und sagt: ‚Jetzt lasst uns über Sterbehilfe sprechen.‘ Und dann so in einem distanzierten Ton mit Meldungen quasi Meinungen abfragt. Oder, oder sagt: ‚Organisiert Treffen, aber ich habe kaum Zeit.‘ Und dann kommt ein Treffen einmal im Jahr zustande.“

Bei den Treffen selbst hat sowohl die inhaltliche Ausrichtung als auch die Kommunikation und Gesprächsführung der Mentorin eine wichtige Rolle für die Mentees gespielt. So standen bei den Treffen die Mentees im Mittelpunkt: *„[...] dass [Vorname der Mentorin] von Anfang an so UNS thematisiert hat und unser Leben. [...] Das heißt, wir gehen da nicht irgendwie so, so, so Oberflächenpunkte durch, nach dem Motto ‚wir sind ja jetzt hier beim Mentoring, wir müssen jetzt mal Medizin besprechen.‘“* Und auch zwischenmenschlich fühlten die Mentees sich von der Mentorin abgeholt und eingebunden: *„[...] hat sie dann gemerkt, wenn das dem einen nicht zugesagt hat, hat sie versucht den über irgendwas anderes ins Boot zu holen. Dass wir uns alle zusammen unterhalten können.“* Außerdem habe die Mentorin durch die explizite Einladung *„[...] dass es da überhaupt keine Probleme gibt, alles nachzufragen“*, Sicherheit geschaffen. Im Verlauf konnte weiteres Vertrauen aufgebaut werden und es *“[...] fiel eben relativ schnell die Hemmschwelle zu sagen ‚Ich stelle auch jede Frage die mir so auf, auf, unter den Nägeln brennt.‘“* Die Basis dafür scheint bereits beim ersten Treffen gelegt worden zu sein, wo die Mentorin sich sehr authentisch zeigte, dadurch nahbar wurde und ein subtiles Gefühl der Verbundenheit entstehen konnte: *„[...] eine Stunde oder so, wirkte sie wirklich sehr professionell und dann sagte sie zwischendurch irgendwie ‚sie sei dann auch ein bisschen aufgeregt, weil sie kennt das ja auch nicht mit dem Mentoring‘ (in der Mentoren-Rolle). Das kam dann so als Zwischensatz. Und das/Das ist ja immer so, so kleine Schwäche-Eingeständnisse, die sind dann ja immer extrem sympathisch, weil du sofort denkst: ‚Oh ja ich auch!‘“* Die *„erfrischende Ehrlichkeit“* der Mentorin trug entscheidend zum weiteren Vertrauensaufbau bei: *„[...] auch was ihr dann mal für Fehler unterlaufen sind, was sie hat lernen müssen und solche Dinge. [...] Also so da habe ich dann echt gedacht ‚sie ist wirklich ehrlich zu uns!‘ Das fand ich schön. [...] Dadurch hat man halt auch keine Hemmungen, da dann irgendwie zu erzählen, wenn man dann auch mal auf Probleme stößt. Dass man nicht mehr so immer nur Erfolge erzählt und ‚das klappt ganz toll‘ und ‚das funktioniert alles‘. Sondern, dass man auch mal sagt, wenn es einfach doof läuft oder wenn es nicht ideal ist.“*

Was die Zeit zwischen den Treffen angeht, scheint ein Gefühl der Kontinuität gegeben gewesen zu sein. Dazu hat neben der relativ hohen Frequenz an Treffen vor allem beigetragen, dass die Mentorin die Entwicklung der Mentees aktiv nachverfolgte: *„[Vorname der Mentorin] weiß immer noch ziemlich genau/Meistens fängt es damit an, dass sie von uns allen den Stand von letztem Mal so ein bisschen weiß. [...] Das heißt, sie erinnert sich auch immer daran. Sie scheint auch ein bisschen über uns nachzudenken, wenn wir nicht da sind. Weil, manchmal kommt sie auch einfach mit einer neuen Idee, die sie zu dem Lebenslauf von jemandem von uns hat, so ein bisschen: ‚Ja, du könntest jetzt noch das machen. Ich würde dir DAS vorschlagen weil du schon DA warst.‘ So in dem Dreh. Das finde ich halt wirklich toll. Sie macht sich wirklich Gedanken, das merkt man.“*

Ergänzend ist zu erwähnen, dass die Mentorin das Gefühl beschrieb, *„etwas zurückgeben“* zu wollen, da sie selbst von Mentoring in der Vergangenheit profitiert habe. Diese Haltung scheint ihre oben beschriebene Herangehensweise als Mentorin geprägt zu haben. Als weiteren Aspekt der förderlich für die Beziehungsentwicklung gewesen zu sein scheint, sprach die Mentorin den günstigen Alters- bzw. Erfahrungsunterschied zwischen ihr und den Mentees an: *„Und ich glaube, dass halt diese, diese Kombination, dass ich zwar weit genug bin, aber nicht, nicht SO weit/ dass ich halt dann ja relativ alltagstaugliche Tipps einfach geben kann.“*

Bezüglich der Mentees ist interessant, dass diese im T1-Interview explizit äußerten, sich ihrer "Holschuld" bewusst zu sein: „[...] glaube ich, dass wir diese ‚Holschuld‘ auch entsprechend wahrnehmen werden oder erfüllen werden.“ Die Mentorin bestätigte, dass die Mentees diese genutzt haben und viel Initiative zeigten sowie sich regelmäßig meldeten: „[...] war positiv überrascht, dass das halt/Es war nicht nur so auf dem Papier, sondern es kam zumindest wirklich auch zu den Treffen und so was. Hätte ich so nicht mit gerechnet. [...] nicht so, dass das in dieser Regelmäßigkeit wirklich Konstanz behält.“

Nicht nur der Kontakt zur Mentorin, sondern auch untereinander wurde von den Mentees regelmäßig gepflegt, was die Gruppendynamik zu unterstützen schien. Einerseits sahen sich die Mentees neben dem Mentoring-Setting ebenfalls im privaten Rahmen (Geburtstagsfeier) und tauschten sich auch zwischen den Treffen untereinander aus: „Zum Beispiel wir haben ja auch so eine WhatsApp-Gruppe, wo wir auch hin und wieder/ auch wenn wir uns nicht treffen/wenn einer Fragen hat, dann schreiben wir.“ Andererseits gab es auch während der Treffen mit der Mentorin Austausch unter den Mentees: „Und zum Beispiel jetzt beim letzten Treffen hatten wir halt auch zwischendurch Situationen, wo wir jetzt quasi zwei Gespräche parallel am Tisch laufen hatten. Weil man sich auch einfach untereinander austauschen wollte.“ Dabei konnte die Mentorin beobachten, dass die Mentees sehr von diesem internen Peer-Mentoring profitierten: „Also ich glaube [...], dass die ganz stark von sich selber quasi was mitgenommen haben, dass ich quasi manchmal auch nur stiller Zuhörer gewesen bin/ sondern, dass die quasi UNTEReinander einfach ein extrem gutes Input hatten.“ Der Mentorin fiel außerdem auf, dass der Umgang unter den Mentees sehr rücksichtsvoll war: „Und vor allen Dingen finde ich auch, dass sie, sagen wir, auch die, ich sage jetzt mal ‚Älteren‘ sehr auch so auf die Bedürfnisse der Jüngeren eingegangen sind. Der eine ist im PJ, die andere ist im zweiten Semester. Also es ist eine sehr breite Spanne so einfach.“ Die Gruppenheterogenität bewerteten die Mentees selbst als positiv und bereichernd: „[...] weil wir ja auch sehr heterogen sind und dadurch eben auch immer verschiedene Punkte mit einbringen die der andere oft auch noch nicht für sich entdeckt hat.“ Insgesamt schätzten sie die Interaktion untereinander, die wie beschrieben sehr persönlich war und trotzdem die "nötige Distanz" für einen bereichernden Austausch bieten konnte: „Diese Austauschmöglichkeiten in alle Richtungen und halt auf allen Ebenen hat man sonst nicht.“ Letztlich hat auch die Konstellation der Mentees bzw. ihrer Persönlichkeiten per se zu einer floriden Gruppendynamik beigetragen, was die Mentees wie folgt ausdrückten: „[...] das Gefüge war jetzt eine sehr gute Konstellation und ein Glück für uns.“

Mentoring-Beziehung 7

Gruppe 7 bestand aus zwei weiblichen und drei männlichen Mentees, zwischen 20 und 23 Jahren, die zum Zeitpunkt T1 im dritten bis siebten Semester waren. Diese Gruppe hatte eine Mentorin, die als Privatdozentin bzw. Oberärztin tätig war.

Im Untersuchungszeitraum erfolgten fünf Treffen der Gruppe mit der Mentorin, die zunächst im professionellen (Klinik der Mentorin) bzw. universitären (Räumlichkeiten der Medizinerbibliothek) Rahmen stattfanden. Das letzte Treffen erfolgte im öffentlichen Umfeld (Café/Bistro), was die Mentorin wie folgt kommentierte: „Ich hatte das Gefühl, es hat auch dem Austausch sehr gut getan, dass wir jetzt da in diesem informellen Rahmen waren.“ Ergänzend fanden Eins-zu-eins-Kontakte per E-Mail und Telefon statt. Dazu berichtete ein Mentee: „Also bei dem langen Telefongespräch, das wir dann geführt haben, also sie hat MIR viele Fragen gestellt, auch persönliche, und dadurch

ist das Eis, glaube ich, durchbrochen worden.“ Außerdem erfolgten zwei Einzeltreffen: „Da hatten die Mentees spezifische Anliegen, in/bei denen sie mich um Rat gefragt haben.“ Im Nachhinein bewertet die Mentorin die Einzeltreffen als förderlich für die Beziehungsentwicklung: „Also dadurch habe ich die natürlich noch mal viel besser kennengelernt und das wäre auch zum Beispiel was, was ich mir vorstellen könnte, dass man die ganze Gruppe anfänglich trifft und dann vielleicht aber bewusst auch jeden einmal einzeln.“ Als Idee für die Zukunft sprach sie in diesem Zusammenhang auch von der Idee eines spielerischen „Speed Datings“, um das Kennenlernen aufzulockern: „[...] dass das nicht so steif ist.“

Die Mentorin bot den Mentees von Beginn an das „Du“ als Anrede an. Wichtiger für die Entwicklung einer persönlichen Beziehungsebene schien jedoch die Haltung der Mentorin gewesen zu sein: *„Ich denke unabhängig davon, ob wir sie jetzt gesiezt oder geduzt haben, hat sie schon von selbst aus die Offenheit gezeigt und auch die persönliche Nähe und auch ihre persönlichen Seiten auch gezeigt, so dass es DADURCH auch schon quasi das überwunden wurde, also diese Distanz.“* Auf dieser Basis erfolgte im Verlauf der Beziehungsentwicklung ein weiteres „Herantasten“: *„[...] vielleicht war auch anfangs eher die Hemmung da, wie weit kann ich gehen? Wie weit kann ich/ Oder wie, wie, wie weit kann ich fragen? Und wo ist die Grenze und die Distanz. Und ich denke, man hat sich auch im Laufe der Zeit eher aneinander herangetastet und hat gemerkt, dass es eigentlich viel entspannter ist, als man vielleicht anfangs gedacht hat.“* Dabei wurde auch in dieser Gruppe deutlich, dass die persönliche Beziehung zu einer ärztlichen Ansprechpartnerin für Studierende ohne Ärzte in der Familie einen anderen Stellenwert hat (*„So ein offenes Gespräch mit einer Ärztin oder mit einem Arzt hatte ich bisher noch nicht.“*) als für Studierende aus Ärztefamilien (*„Aber es ist vielleicht auch, weil ich das durch meine Geschwister auch schon so ein bisschen kenne, die sind halt auch Ärzte und da ist dann auch schon irgendwie ein privaterer Kontext.“*).

Inhaltlich wurde bei den ersten vier Treffen vor allem über *„fachliche Fragen, wie Bewerbungstraining, Auslandsaufenthalte“* gesprochen. Während sich bis zu diesem Zeitpunkt an von den Mentees vorbereiteten Themen orientiert wurde, fand das fünfte Treffen in einem Café statt *„[...] OHNE, dass wir einen thematischen Rahmen uns gegeben haben.“* Die Mentorin berichtet weiter: *„Und für das gestrige Treffen hieß es dann 'Wir wollen uns einfach nur mal treffen, um über den Status Quo zu erzählen. Jeder berichtet so ein bisschen, wie es ihm ergeht'.“* Die Mentees schätzten diese Gesprächsatmosphäre: *„Und dann das Gespräch dort auch ziemlich locker und in alle möglichen Richtungen gegangen, was dann sehr bereichernd war.“* Entsprechend nahm das fünfte Treffen in der Beziehungsentwicklung einen besonderen Stellenwert ein. Hervorzuheben ist, dass neben der inhaltlichen Ausrichtung auf eher sachbezogene Themen (Mentorin: *„Da lernt man den Einzelnen nicht so wirklich näher kennen.“*), zwischen dem vierten und fünften Treffen mehrere Monate lagen, wodurch das weitere Kennenlernen und Herantasten verzögert ablief. So beschrieb die Mentorin *„[...] und da hatte ich das Gefühl, so wie gestern Abend, fing das erst an, dass wir uns so, dass wir so warm miteinander sind [...] wir sind, wären jetzt an so einem Punkt, wo man manches eher noch, in manches einsteigen könnte, weil wir uns so gut kennen.“* Die beschriebene Dynamik entwickelte sich auch vor dem Hintergrund, dass die Mentorin sich, was die Initiative anging, bewusst zurückgehalten hatte: *„Also wir haben es ja sehr so gehandhabt, wie es auch in diesem Leitfaden stand, dass die Mentees in der Holschuld sind sozusagen. [...] Also das war wirklich so, dass ich mich da auch zurückgehalten habe, weil ich gedacht habe ‚ich/ ich kann das nur anbieten, dass ich offene Ohren habe‘ und dann habe ich wirklich den Wunsch nach einem Treffen immer in die Hand der Studierenden gelegt.“*

Was die Interaktion mit der Mentorin anging, wurden im Interview mit den Mentees relevante Aspekte deutlich, die sowohl konkrete Angebote und Handlungen der Mentorin als auch ihre Persönlichkeitseigenschaften betrafen. Auf Seiten der Mentorin scheint dabei folgender Gedanke zu ihrem Rollenverständnis beigetragen zu haben: *„Ich habe selber sehr positive Erfahrungen als Mentee gemacht und das ist was, was ich gerne auch dieser Fakultät sozusagen auch zurückgeben möchte.“* So wertschätzten die Mentees zum einen die Bereitschaft der Mentorin, aktiv Hilfestellung zu geben, wie zum Beispiel bei Bewerbungen: *„Also ich fand das insofern auch super, dass sie quasi das von sich aus bereit war zu tun [...] und das fand ich halt, also ihre Hilfsbereitschaft habe ich gesehen und ihren Einsatz, ihr Engagement, habe ich/ weiß ich sehr zu schätzen.“* Zum anderen hoben sie ihre persönliche Art hervor: *„Ja ich schätze an ihr besonders so ihre persönliche Art und Weise, also dass sie quasi auch ein bisschen, ja, so die private Seite am Arzt-Sein gezeigt hat, also wie das funktioniert.“* Außerdem hat die Mentorin sehr ehrlich von ihrem Studium sowie vom Umgang mit Rückschlägen berichtet: *„[...] oder SIE vor allen Dingen hat das Studium ja selber auch durchgemacht, ne, und hat uns dann auch erzählt [...]“*. Das Entdecken von Gemeinsamkeiten in den durchlebten Erfahrungen schuf eine Verbindung zwischen ihr und den Mentees und trug außerdem zu einer vertrauensvollen Gesprächsatmosphäre bei: *„Es war einfach so ein Klima von ‚man erzählt halt wirklich so ganz offen‘. Also für MICH war es auf jeden Fall so. Ohne Scheu irgendwie da jetzt.“*

Nicht nur die Mentorin, sondern auch die Mentee-Gruppe, die eine relativ große Semesterspanne umfasste, stellte eine wichtige Austauschmöglichkeit dar: *„[...] diese ganzen anderen Fragen, was man/ die vielleicht nicht jeder beantworten kann und die man auch nicht jedem einfach mal so stellen kann. Also für diese Fragen war diese Runde und sie auch super, denke ich.“* Dabei hoben sie hervor, dass das Maß an Distanz bzw. Freundschaft (*„Das ist auch so ein bisschen der Vorteil eben daran, dass es ein Stück weit nicht so die ganz engen Freunde sind, mit denen man tagtäglich auch das verbringt, sondern es ist ein gewisser Abstand da.“*) sowie der intentionale Aspekt des Zusammenkommens (*„Und alle kommen aus einem bestimmten Grund zusammen. Und da kann man dann eben genau das alles loswerden, was dazu passt.“*) förderlich für den Austausch waren. Der geschützte Rahmen ermöglichte den Mentees sich offen darüber auszutauschen *„wo steht man im Moment, wie geht es einem“* und dabei auch persönliche Dinge wie Durststrecken oder Zweifel bezüglich des Studiums anzusprechen. Rückblickend berichtete ein Mentee: *„Und jetzt mittlerweile stehe ich ganz anders da, stehe ich ganz anders gegenüber und bin froh, dass es, so dass ich es durchgehalten habe. Und das war auch ein Stück weit sicher gut darüber zu reden zu können in dieser Gruppe auch.“*

Mentoring-Beziehung 8:

Gruppe 8 bestand aus zwei weiblichen und drei männlichen Mentees. Die demografischen Daten stützen sich hier auf die zwei Mentees, die an der Fragebogen-Erhebung teilnahmen und 21 bzw. 24 Jahre alt sowie zum Zeitpunkt T1 im vierten bzw. siebten Semester waren. Die Gruppe hatte einen Mentor, der als Assistenzarzt in der Lehre tätig war. Es konnte lediglich mit dem Mentor ein Interview geführt werden.

Im Untersuchungszeitraum erfolgten fünf Treffen der Gruppe mit dem Mentor, die ausschließlich im öffentlichen Umfeld stattfanden (Restaurant/Bar). Es erfolgte außerdem ein Einzeltreffen, in dem Sinne, dass ein Mentee für ein paar Stunden den Mentor im Nachtdienst begleitete. Die

Kommunikation erfolgte anfangs per E-Mail. Relativ schnell stiegen Mentor und Mentees jedoch auf einen Handy-Nachrichtendienst um, worüber gelegentlich auch zwischen den Treffen kurze Fragen an den Mentor gerichtet wurden: *„Also am Anfang haben wir eben auch nur per E-Mail dann alle Sachen gemacht und haben dann aber relativ schnell auf Whats-App gewechselt und darüber dann eben so ab und an mal geschrieben.“* Unabhängig davon war die Beziehungsebene laut den Beschreibungen des Mentors *„[...] von Anfang an relativ entspannt und auch sehr informell“*. Der eher geringe Altersunterschied zwischen Mentor und Mentees scheint dazu wesentlich beigetragen zu haben. Entsprechend wurde sich auf Initiative des Mentors von Beginn an geduzt.

Inhaltlich wurden studiums- und berufsbezogene Themen sowie alltägliche, persönliche Dinge besprochen: *„Ja, es ging eigentlich relativ bunt durcheinander, sage ich mal. [...] von 'was jetzt eben die Uni macht', 'wie jetzt die Famulaturen waren', 'was sie sonst in ihrer Freizeit dann gemacht haben' bis über, wie gesagt der Eine ist jetzt gerade im Ausland, 'was man von dem gehört hat'.“* Zur Entwicklung der Gesprächsinhalte äußerte sich der Mentor wie folgt: *„[...] hat sich relativ zwanglos und unproblematisch ergeben. Also ich sage mal so, uns sind nicht die Themen ausgegangen.“* Neben dem persönlichen Austausch bildeten dabei auch vorbereitete Themen eine Grundlage für die Treffen: *„[...] zu den Großteilen der Treffen hatten wir immer so einen Punkt, den wir uns als Thema genommen haben, jetzt auch nicht immer, aber das war immer ein Aspekt.“*

Den Austausch mit und innerhalb der Gruppe bezeichnete der Mentor als *„[...] ich sag mal so ein bisschen so Balint-Gruppen-Style. [...] dass jeder so ein bisschen erzählt hat, was er so macht, was so ansteht und man sich dann eben auch gegenseitig ausgetauscht hat was es so an Optionen gibt, was man machen kann und wo man auch vielleicht mal nachgucken kann für Sachen [...].“* Die persönliche Beziehungsebene scheint den Mentees ebenfalls ermöglicht zu haben, offen mit Fragen an den Mentor heranzutreten, was sich in diesem Fall nur aus der Sicht des Mentors nachvollziehen lässt: *„[...] weil ich halt denke die Fragen, die die an mich jetzt so hätten, würden die auch stellen, die anderen halt weiterhin nicht. [...] also da glaube ich, waren die ganzen Treffen, auch die ersten, tatsächlich Bestätigung genug, dass dem so ist.“* Es zeigte sich außerdem, dass auch nach einer sechsmonatigen Pause zwischen dem vierten und fünften Treffen an die bestehende Beziehungsebene angeknüpft werden konnte: *„Also die Stimmung ist jetzt auch nach dieser langen Pause eigentlich extrem gut gewesen. Da war keine lange irgendwie Aufwärmphase oder sowas nötig, dass man irgendwie so kilometerweise Eis brechen muss, bevor man wieder zusammenfindet.“* Für dieses fünfte Treffen gab es keinen geplanten Themenkomplex und der Mentor beschrieb seine Haltung eher als *„einfach mal gucken, was so passiert ist“*. Zwar fehlt die Perspektive der Mentees, jedoch scheint sich die Atmosphäre dieses Treffens etwas von den bisherigen abgehoben zu haben: *„[...] also bei den Malen davor mit den Themen war das dann schon so ein bisschen anstrengender, weil man sich dann so überlegt hat 'Hmm was macht man jetzt, was bespricht man jetzt? Wie kriegt man das alles so unter? Wie kriegen wir das durch?' und das war dieses Mal nicht. Das war dann natürlich auch eine ganz nette Sache mal. Glaube auch für die/für alle.“*

Die relativ lange Zeitspanne zwischen den Treffen war mit verschiedenen Faktoren assoziiert. Einerseits sollte die Gruppe bei den Treffen vollständig sein: *„Das war auch so ein bisschen die Schwierigkeit eben davor, dass wir dann versucht hatten, eins mit allen zu finden.“* Andererseits zog der Mentor das Fazit, dass man diesbezüglich den *„Wert“* des Programms für die Mentees *„realistisch“* einschätzen müsse, vor allem angesichts ihrer generell hohen Auslastung durch das Studium: *„[...] ich könnte mir durchaus vorstellen, dass das ein bisschen so ein/so ein/so ein ‚nice to have‘ ist, aber wenn ganz viele andere Sachen da sind, dass das in der Priorität dann nach hinten*

rutscht, was natürlich irgendwie nachvollziehbar ist.“ Die Mentees selbst nahm er als *„starke Persönlichkeiten“* wahr, *„[...] die sind alle extrem autark, die sind sehr, ich glaube, generell in vielen Hinsichten interessiert.“* Der niedrige Bedarf an konkreter Unterstützung durch das Mentoring scheint daher ein weiterer Faktor gewesen zu sein, der die Frequenz der Treffen mitbeeinflusste: *„Also insofern ist das, glaube ich, keine Gruppe, ist zumindest bis jetzt mein Eindruck, denen man irgendwie dann groß unter die Arme greifen muss. Für die ist das, glaube ich, einfach nur ein interessanter Pool, sich mal auszutauschen, so ein bisschen Networking zu betreiben [...].“* Für die Weiterentwicklung der Beziehung erachtet der Mentor dennoch Engagement und das Ermöglichen von Kontinuität auf Seiten der Mentees für wichtig.

Mentoring-Beziehung 9:

Gruppe 9 bestand aus fünf weiblichen Mentee. Die demografischen Daten stützen sich hier auf die zwei Mentees, die an der Fragebogen-Erhebung teilnahmen und 28 bzw. 29 Jahre sowie zum Zeitpunkt T1 beide im vierten Semester waren. Die Gruppe hatte einen Mentor, der Professor bzw. Chefarzt war. Es konnte lediglich mit dem Mentor ein Interview geführt werden.

Im Untersuchungszeitraum erfolgten zwei Treffen (ein Treffen pro Semester) der ganzen Gruppe mit dem Mentor. Sie fanden im professionellen/universitären Rahmen statt (Institut des Mentors). Ein Treffen im öffentlichen Rahmen (Café) sei geplant gewesen, aus *„pragmatischen Gründen“* habe sich das Institut als Treffpunkt aber angeboten. Ergänzender Eins-zu-eins-Kontakt per E-Mail/Telefon, oder persönlich, wurde von den Mentees nicht gesucht. Als Anrede wurde das *„Sie“* verwendet.

Bei den Treffen ging es inhaltlich vor allem um studiumsbezogene Themen wie Promotion, Auslandsaufenthalte und Famulaturen. Was die Interaktion mit den Mentees betrifft, berichtete der Mentor: *„Beide Treffen waren einerseits, denke ich mal, entspannt von der Atmosphäre her. Das zweite sicherlich entspannter als das erste. Aber auch beim zweiten hatte ich schon den Eindruck, dass so eine gewisse Distanz ‚Wir sind die Studierenden, er ist der Professor‘ geblieben ist.“* Im Vergleich zu persönlichen Erfahrungen mit Studierenden in anderen, vergleichbaren Settings, erlebte er seine Mentees als sehr zurückhaltend und sagte *„[...] hier war schon noch so ein Stück, weiß nicht, ich will das jetzt nicht Ehrfurcht nennen, aber so ein Stück ja Distanz.“*

Als mögliche Hintergründe für die geringe Anzahl an Treffen und die entsprechend zögerliche Beziehungsentwicklung brachte der Mentor verschiedene Aspekte zur Sprache. So zog er zum Beispiel folgenden Schluss: *„[...] der subjektiv empfundene Bedarf scheint in der Gruppe, die ich betreue, nicht hoch zu sein.“* Er berichtete weiter: *„Da ist keiner wirklich vor einer schweren Entscheidung, kommt irgendwie nicht weiter [...].“* Diesbezüglich gab er bereits im T1-Interview zu bedenken, dass durch die Ausrichtung des Mentoring-Programms und die geforderte Bewerbung gegebenenfalls nicht unbedingt Studierende mit einem hohen Hilfsbedarf Mentees werden, sondern eher Studierende die bereits eine gewisse *„innere Haltung“* bzw. *„inneren Kompass“* haben.

Bei den Treffen hat der Mentor des Weiteren festgestellt, dass die Mentees vom Austausch untereinander profitierten und seine Anwesenheit bzw. sein Beitrag als Mentor teilweise nicht unbedingt benötigt wurde. Hier knüpft ein weiterer Aspekt an, der die Zusammenstellung der

Gruppe betrifft. So handelte es sich um eine reine Frauengruppe und der Mentor mutmaßte: „[...] ob die Gruppe vielleicht mit einer weiblichen Mentorin auf andere Themen gekommen wäre, die was mit ‚Ärztin‘ zu tun haben.“

Des Weiteren beschrieb der Mentor, dass die Terminfindung, sowohl was ihn als auch was die Mentees betraf, schwierig war. Die von ihm wahrgenommene mangelnde *"Initiative"* der Mentees führte er zum Teil auf ihre Prioritätensetzung innerhalb des Studiums zurück: *„Und dann hat das auch nicht so eine hohe Priorität und dann stehen Prüfungen an und dann nachher ‚Ach wir wollten ja noch einen Termin ausmachen, komm lass uns aber erst nochmal lernen‘ und so ja. Also die Priorisierung, die, die ja angemessen ist aus Sicht der Studierenden, stellt dann zumindest in dieser Gruppe mit mir als Mentor das in der Priorität tiefer.“* So ermunterte der Mentor die Mentees zwischenzeitlich zur Terminfindung und hätte sich hier *"mehr Eigenantrieb der Studierenden"* gewünscht. Insgesamt fehlt jedoch bezüglich der hier aufgeführten Punkte die Perspektive der Mentees und stellt damit nur eine einseitige Betrachtung dar.

Letztendlich konnte der Mentor, trotz der nur durch wenige Kontaktpunkte definierten Beziehung zu den Mentees, sich vorstellen, dass das Mentoring ihnen zumindest als *„Fixpunkt im Massenstudium“* dient. Obgleich die Beziehung bisher nicht den von ihm erwarteten Tiefgang bekommen konnte, stünde er für seine Mentees bei Bedarf jedoch als Ansprechpartner bereit: *„Man könnte ja auch definieren die Mentoring-Gruppen haben sich kennengelernt und jetzt wissen sie: WENN wir mal jetzt etwas hätten, wo wir nicht weiter KÄMEN, was weiß ich, zwei Mal durch die Kardiologie gefallen oder die innere Prüfung gefallen: ‚jetzt stehe ich hier völlig ratlos, will das Studium abbrechen‘, DANN wüssten sie, könnten sie ja zu ihrem Mentor kommen.“*

Zusammenfassung der Fall-basierten Auswertung:

Anhand der oben beschriebenen Falldarstellungen wird deutlich, dass sich die Beziehungen zwischen Mentoren und Mentee-Gruppen auf unterschiedliche Weise entwickelten. Insgesamt lassen sich die untersuchten Mentor-Mentee-Konstellationen nach einem Jahr einem Spektrum von distanziert-professionell bis persönlich-freundschaftlicher Mentoring-Beziehung zuordnen (siehe Abb. 12). Die Gestaltung der Interaktion wurde dabei durch die Anzahl der Treffen (siehe Farbgebung), die Art der Treffen (siehe Markierung zusätzlicher Einzeltreffen) und die Wahl der Orte für die Treffen definiert. Die graphische „Verortung“ in Abb. 12 zeigt, dass eine hohe Anzahl von Treffen bzw. zusätzliche Einzeltreffen und die Entwicklung einer persönlich-freundschaftlichen Beziehung miteinander assoziiert sind. Insbesondere das fünfte Treffen nahm bei mehreren Konstellationen eine Schlüsselstellung ein. Während die Interaktion zu Beginn auf das Kennenlernen und „erste Fragen loswerden“ fokussiert war, konnte abhängig von der Kontinuität der Treffen, der entstandenen Vertrauensbasis und der zwischenmenschlichen Dynamik zwischen Mentor und Mentees ab (circa) dem fünften Treffen meist eine Konsolidierung der Beziehung erfolgen.

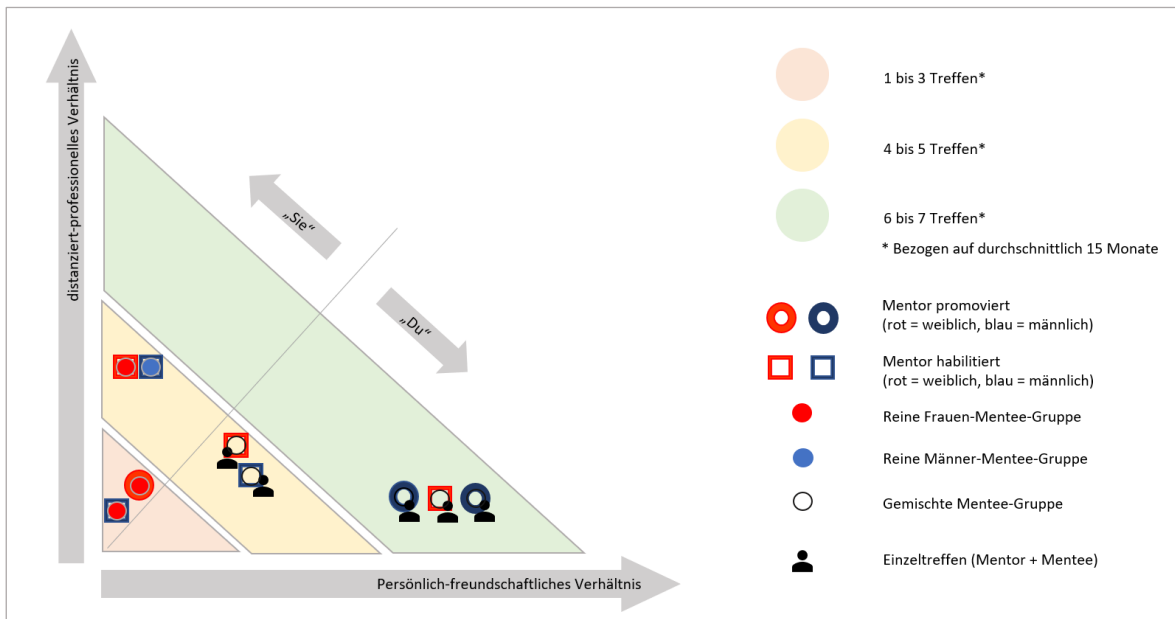


Abb. 12: Graphische „Verortung“ der Mentor-Mentee-Beziehungen zum Zeitpunkt T2. Die untersuchten Mentor-Mentee-Konstellationen werden im Feld eines von distanziert-professionell (Y-Achse) bis persönlich-freundschaftlich reichenden Mentoring-Verhältnisses (X-Achse) verortet. Die dritte Achse (Z-Achse) operationalisiert die Anzahl der Treffen, die durch die Farbgebung verschiedenen Bereichen zugeordnet ist. T2 = zweiter Erhebungszeitpunkt. Eigene Darstellung.

3.2.2 Kategoriensystem

Im folgenden Abschnitt werden relevante Aspekte der Interaktion zwischen Mentoren und Mentees in Kategorien geordnet betrachtet. Bei der durchgeführten qualitativen Inhaltsanalyse der Interviews wurden drei übergeordnete Kategorien definiert, deren zugeordnete *Codes* und *Subcodes* der Beantwortung folgender Fragen bzw. Themen gewidmet sind:

1. Womit beschäftigten sich die Mentoren-Mentee-Konstellationen inhaltlich?
2. Welche Benefits konnten die Mentees bzw. Mentoren aus der Interaktion für sich mitnehmen?
3. Welche Einflussfaktoren waren relevant für die Beziehungsentwicklung im Gruppen-Mentoring?

Die Kategoriensysteme von T1 und T2, sowie von Mentoren und Mentees, werden im Folgenden zusammengefasst dargestellt und erläutert. Dabei werden für jeden *Subcode* repräsentative Interview-Zitate als sogenannte „Ankerbeispiele“ angegeben. Wenn es für die inhaltliche Veranschaulichung des jeweiligen *Codes* relevant ist, werden entsprechend mehrere Ankerbeispiele dargestellt.

Am Ende des Kapitels werden relevante Einflussfaktoren und deren Zusammenhänge in einer Grafik verdeutlicht (siehe Abb. 13).

Kategorie „Inhalte“

Die erste Kategorie fasst die von Mentoren und Mentees antizipierten bzw. besprochenen Inhalte zusammen. Es ließen sich zwei Themenschwerpunkte definieren (*Codes*, grau hinterlegt), die in Tabelle 14 mit den jeweiligen *Subcodes* und Ankerbeispielen dargestellt werden:

1. Arzt-Werden: Studium und Vorbereitung auf den Arztberuf
2. Arzt-Sein: Leben und Arbeiten als Arzt

Tabelle 14: Zusammenfassende Darstellung der Kategorie „Inhalte“

Code	Ankerbeispiel T1	Ankerbeispiel T2
Arzt-Werden: Studium und Vorbereitung auf den Arztberuf		
Promotion	„Ist eine Promotion sinnvoll? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?“ (M7)	„Promotion, wie man da vorgehen soll, worauf sie vor allem Wert legen würde, wenn sie eine Promotionsstelle zu vergeben hat“ (m7)
Auslandsaufenthalte	„Das Thema Ausland interessiert uns glaube ich alle ziemlich.“ (m6)	„wie das mit Auslandssemestern, oder im Ausland mal famulieren, was da so die Vor- und Nachteile so insgesamt sind“ (M8)
Famulatur und PJ	„Famulaturen“, „PJ“ (m5)	„wo habt ihr die [Famulatur] gemacht? Was empfiehlt ihr mir? Was habt ihr für Erfahrungen gemacht?“ (m6)
Persönliche Themen der Mentees	„ich werde in der Kleingruppe sicher viel persönlichere Dinge erfahren, oder auch als Fragen zu beantworten haben als sonst im Studentenunterricht“ (M5)	„wo steht man im Moment, wie geht es einem“ (m7) „da ging es um Leistungsdruck und Prüfungsängste“ (M4)
Arzt-Sein: Leben und Arbeiten als Arzt		
Berufsstart und –perspektiven	„auch so die Frage: welche Klinik? Großes Krankenhaus, oder kleines Haus? Uniklinik oder eher peripher?“ (m3) „wie das genau ist beim Bewerben, also als Assistenzarzt.“ (m7)	„wie kann die wissenschaftliche Karriere aussehen“ (M1)

Fortsetzung siehe nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 14: Zusammenfassende Darstellung der Kategorie „Inhalte“

Code	Ankerbeispiel T1	Ankerbeispiel T2
Beruf, Privatleben und Familie	„wie kann man das [eigene Praxis] mit seinem Leben noch irgendwie vereinbaren, wenn man eine Familie haben möchte?“ (m1)	„Wie gestalte ich denn mein Leben als zukünftiger Arzt, wenn eines Tages die Partnerschaft wichtig wird und vielleicht dann auch Kinder hinzukommen?“ (M7)
Arzt-Sein und Berufsalltag	„es geht halt wirklich um das, was halt normalerweise NICHT im Buch steht und dass es halt nicht normalerweise so einfach so aufgeschrieben wird, oder auch überhaupt nicht aufgeschrieben werden KANN, weil es eben um Kommunikation irgendwie geht und so was persönliches halt.“ (m3)	„ich habe von beruflichen Niederlagen, aber auch beruflichen Erfolgen berichten können. Gründe warum ich unbedingt Medizin machen wollte“ (M2)
Ethik, Politik und Wirtschaft	„ethische Fragestellungen, Umgang mit Tod, Sterbehilfe“ (m4)	„(...) über Wirtschaftliches auch so gesprochen. (...) Wie SIE das so als Ärztin empfindet.“ (m5)

T1 = erster Erhebungszeitpunkt, T2 = zweiter Erhebungszeitpunkt, m = Mentee, M = Mentor.

Arzt-Werden: Das Thema **Promotion** wurde vom Großteil der Mentees als wichtiges Thema antizipiert, bei T1 jedoch nur von wenigen Mentoren genannt. Letztlich ist in allen Gruppen darüber gesprochen worden, wobei zum einen formale oder generelle Aspekte einer Promotion und zum anderen persönliche Aspekte wie beispielsweise Schwierigkeiten bei einer begonnenen Doktorarbeit thematisiert wurden. Als weiteres Thema standen **Auslandsaufenthalte** sowohl für Mentees als auch Mentoren im Vordergrund. Dabei berichteten die Mentoren von eigenen Auslandserfahrungen und unterstützten teilweise bei der Realisierung von Auslandsaufenthalten der Mentees. Bezüglich des Themas **Famulatur und PJ** nahm weniger der Mentor als vielmehr der Austausch in der Mentee-Gruppe einen besonderen Stellenwert ein und ermöglichte den Austausch von Erfahrungen. Der Code **Persönliche Themen der Mentees** fasst persönliche Anliegen und Fragen der Mentees zusammen, die nicht direkt einem der aufgeführten Themenkomplexe zuzuordnen sind. Dazu gehörten neben alltäglichen Begebenheiten beispielsweise auch Prüfungsängste, Zweifel oder Schwierigkeiten bezüglich des Studiums, oder eigene gesundheitliche Probleme.

Arzt-Sein: Das Thema **Berufsstart und –perspektiven** umfasste sowohl Aspekte der Facharzt- bzw. Krankenhauswahl, konkrete Hilfe bei Bewerbungen, als auch die Abwägung verschiedener beruflicher Perspektiven und Karrierewege. Einige Mentoren brachten hier außerdem Erfahrungen aus ihrem eigenen Werdegang ein, was die Mentees sehr schätzten, da es ihnen neben formalen Aspekten verschiedener beruflicher Perspektiven vor allem auch um ein emotionales „gewappnet

sein“ für den Berufsweg ging. Beim Thema **Beruf, Privatleben und Familie** ging es um den Austausch über verschiedene Lebenskonzepte, sowohl was Erfahrungen und Tipps der Mentoren als auch Fragen, Erwartungen und Prioritäten der Mentees („Generation Y“) anging. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wurde insbesondere von weiblichen Mentees bzw. Mentorinnen thematisiert. Das Thema **Arzt-Sein und Berufsalltag** subsumiert sowohl Aspekte, die das persönliche ärztliche Selbstverständnis bzw. das persönliche Hineinwachsen in den Arztberuf beschreiben, als auch Aspekte des beruflichen Alltags. Dazu gehörte beispielsweise der Umgang mit schwierigen Patienten, Kommunikation und Verhalten im hierarchischem Krankenhaussystem oder das Aushalten menschlicher Extremsituationen. Es wurde sowohl über persönliche Erfahrungen aus dem Werdegang des Mentors als auch über Einstellungen der Mentees bzw. deren bisherige Erlebnisse im Krankenhausalltag gesprochen. Jedoch ist hervorzuheben, dass die einzelnen Mentor-Mentee-Konstellationen nicht jeweils über alle hier aufgeführten Aspekte sprachen. Vielmehr stellen die unter diesem *Code* zusammengetragenen Themenbereiche einen Überblick dar und zeigen verschiedene Facetten bezüglich Arzt-Sein bzw. Berufsalltag. Der *Code Ethik, Politik und Wirtschaft* wurde generiert, um darunter dem Arzt-Sein zugehörige Aspekte zusammenzufassen, die sich auf eine übergeordnete Ebene beziehen. Es wurde nur marginal und in wenigen Gruppen darüber gesprochen, der Vollständigkeit halber ist der Themenkomplex hier jedoch mit aufgeführt.

Insgesamt zeigte die qualitative Analyse, dass bezüglich der Gewichtung der Themenschwerpunkte, die das Studium und die Vorbereitung auf den Arztberuf betreffenden Themen für die Mentees weitgehend im Vordergrund standen. Aus Perspektive der Mentees wurde dies bei T1 antizipiert. Unter den Mentoren hingegen wurde ein stärkerer Austausch über das Arzt-Sein an sich erwartet und viele Mentoren realisierten die Relevanz der studienbezogenen Themen erst im Laufe des Mentorings. Folgendes Zitat spiegelt dies beispielhaft wider: „[...] Themen, die sehr viel stärker mit dem Studium noch verbunden sind. Also Famulaturen, Auslandsemester, Dissertationen. Darum geht es EHER, als um die Frage "wie ist man denn Arzt?" oder "wie ist man guter Arzt?". Das kommt AUCH, aber aus meinem Erleben nicht so ein Schwerpunkt.“ (M5).

Kategorie „Benefits“

Die zweite Kategorie beschreibt, welche Benefits die Beziehung und die Auseinandersetzung mit den oben aufgeführten Themen für die Teilnehmer hatte. Die Kategorie ist wie folgt gegliedert:

1. Benefits der Mentees bezüglich der Beziehung zum Mentor (Tabelle 15)
2. Benefits der Mentees bezüglich der Interaktion in der Gruppe (Tabelle 16)
3. Benefits der Mentoren (Tabelle 17)

Tabelle 15: Zusammenfassende Darstellung der Kategorie „Benefits der Mentees bezüglich der Beziehung zum Mentor“

Code	Ankerbeispiel T1	Ankerbeispiel T2
Möglichkeit für Fragen und Austausch	„Keine Hemmungen einfach davor, Fragen zu stellen und nicht denken ‚Das ist jetzt eine Oberärztin, ich muss mich jetzt richtig verhalten.‘“ (m6)	„Man kann eben immer genau das fragen, was einen persönlich gerade betrifft. Anders als das Studium, was eben immer nur weiter geht so und man muss halt mitlaufen.“ (m7)
Psycho-sozialer Support	„alleine zu wissen, dass es jetzt jemanden gibt, der für jemanden DA ist und für die Fragen auch da steht, ist das schon so eine gewisse Erleichterung“ (m1)	„Also ich wusste immer, dass ich quasi einen ärztlichen Ansprechpartner habe, hier von der Uni. Und jetzt nicht zu inhaltlichen oder fachlichen Sachen im Rahmen des Studiums, sondern eher um das ganze Drumherum.“ (m7)
Networking	„Mein Ziel ist es neue Kontakte zu knüpfen“ (m6)	„[...] das wäre auch das Stichwort ‚Netzwerk‘ oder so, dass halt selbst wenn jetzt jemand nicht helfen kann, kann der/ kennt der vielleicht jemanden, der dann weiter weiß.“ (m4)
Einblick in persönliches Arzt-Sein	„Einblick in das wirkliche Leben eines Arztes haben kann, was ich nicht hier vermittelt bekommen kann durch die Uni. Was wirklich der Arzt als MENSCH, als Ganzes ist, das kann man hier in diesem Programm eher lernen.“ (m7)	„[...] auch gerade so durch ihren Lebensentwurf und so weiter bekommt man dann halt ein Bild von ‚So könnte Zukunft sein‘ oder ‚Entscheide dich dafür oder entscheide dich dagegen‘, oder ‚Sei dir dabei offen‘.“ (m6)
Persönliche Förderung	„[...] , dass ich halt hoffe auf meinem persönlichen Weg da halt dann tatsächlich so begleitet zu werden.“ (m2)	„Also ja das Gefühl wirklich persönlich irgendeine Rolle zu spielen. Was ja nicht SO oft der Fall ist, dass man jetzt irgendwie persönlich gefördert wird und wirklich wichtig ist.“ (m5)

Fortsetzung siehe nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 15: Zusammenfassende Darstellung der Kategorie „Benefits der Mentees bezüglich der Beziehung zum Mentor“

Code	Ankerbeispiel T1	Ankerbeispiel T2
Bezugsrahmen und neue Perspektiven auf das Studium	<p>„Ich glaube grade so die persönlichen Erfahrungen haben so auch den Reiz (die anderen stimmen zu "Mhhh!"). Das bekommst du ja nicht so im Studium.“ (m3)</p>	<p>„Aber auch einfach in den, in den, in den Blickwinkeln so auf die Klinik. Und dass das alles viel mehr so beleuchtet wird, mehr Transparenz, dass man so ein bisschen mehr mitkriegt einfach auch.“ (m3)</p> <p>„Das ist auch schon noch mal eine andere Gewichtung, wenn das jemand sagt rückblickend aus Erfahrung [...], dann hat das schon eine andere Wertung, als wenn halt ein Kommilitone im gleichen Alter sagt ‚ja, nö, ich mache jetzt eine Runde frei und lohnt sich eh nicht‘. Ne, dann ist man viel weniger bereit so was dann wirklich auch anzunehmen, als wenn halt jemand mit Erfahrung dann sagt so ‚ja komm, schalt mal einen Gang zurück, ist nicht so schlimm‘.“ (m2)</p>
Sicherheit im Umgang mit (erfahrenen) Ärzten	---	<p>„Also ich habe mich am Anfang des Studiums extrem unsicher gefühlt. Und dann denkst du halt in dem Moment: ‚Vielleicht bekomme ich dadurch richtig Selbstsicherheit‘ und so weiter. Aber ich glaube das ist so ein natürlicher Prozess, der mitläuft (beim Mentoring). Ich glaube wir treten einfach natürlicher auf, wenn wir, wenn wir uns irgendwo vorstellen. Wir sind ein bisschen unverkrampfter. (B3: Richtig.) Weil wir einfach schon die Interaktion mit Ärzten beziehungsweise mit einer Ärztin (Mentorin) kennen.“ (m6)</p>

T1 = erster Erhebungszeitpunkt, T2 = zweiter Erhebungszeitpunkt, m = Mentee, M = Mentor.

Die Basis für die hier dargestellten Benefits bildete einerseits das Erfahrungswissen des Mentors und andererseits die Tatsache, dass ein Raum für Aspekte des Arzt-werdens geboten wurde, die aus Sicht der Mentees im Studium zu kurz kommen. Differenziert betrachtet konnten sieben einzelne Aspekte als Benefits für die Mentees identifiziert werden: **Möglichkeit für Fragen und Austausch:** Dieser *Code* beschreibt, dass der Mentor den Mentees ermöglicht hat, Fragen zu stellen, für die im Studium keine Zeit, kein Raum bzw. kein Ansprechpartner zur Verfügung stand. Anders als der nachfolgende *Code* ging es hier nicht um das Wissen, einen Ansprechpartner zu haben, sondern um "Antworten, die man so im Studium einfach nicht findet", d. h. um konkretes Sammeln von Informationen, aktiven Austausch und Vertiefung von speziellen Themen. **Psychosozialer Support:** Dieser *Code* fasst zusammen, dass die Mentees durch ihren Mentor ein Gefühl des emotionalen Rückhalts erfuhren. Es zeigte sich, dass es dabei mehr um das Wissen um einen Ansprechpartner bzw. eine Vertrauensperson ging, als dass der Mentor tatsächlich oft in Anspruch genommen wurde. Vielmehr beschrieben die Mentees es als beruhigendes Gefühl im Sinne von "wenn ein Problem auftreten würde, gäbe es jemanden". **Networking:** Bei diesem *Code* ging es um die Vermittlung von Nebenjobs im Krankenhaus, Famulaturmöglichkeiten sowie den Austausch nützlicher Kontakte. **Einblick in persönliches Arzt-Sein:** Dieser *Code* beschreibt, dass das Mentoring den Mentees eine Zukunftsprojektion ermöglichte, die richtungsweisend, motivierend oder sinnstiftend sein konnte. Basis stellen hier die Erfahrungen der Mentoren und die Reflexion ihres Lebenswegs dar. Es fiel auf, dass Mentees wiederholt bewusst nicht den Begriff "Vorbild" oder "Rollenmodell" gebrauchten, mit der Begründung, der Begriff sei sehr extrem und zu sehr mit einem "Nacheifern" verbunden. Vielmehr berichteten die Mentees, sich einzelne Aspekte der Lebensentwürfe herauszugreifen - sei es als erstrebenswert oder als vermeidbar - sowie Erfahrungswissen und ein Gefühl für verschiedene Optionen, "Arzt zu sein" zu bekommen. **Persönliche Förderung:** Dieser *Code* fasst zusammen, dass die Mentees im Sinne einer persönlichen Förderung von der Beziehung zum Mentor profitierten. Dabei stand einerseits das Persönliche im Vordergrund, d. h. "nicht nur eine Matrikelnummer zu sein" und persönlich von jemandem begleitet zu werden. Andererseits stand auch die Förderung per se im Vordergrund im Sinne von Ratschlägen, Weitergabe von Erfahrungen und Hilfestellung bei persönlichen Anliegen. **Bezugsrahmen und neue Perspektiven auf das Studium:** Dieser *Code* bezieht sich auf vom Mentor geteilte persönliche Erfahrungen bezüglich des Arzt-werdens und umfasst damit auch das Medizinstudium. Der *Code* fasst dabei zwei Aspekte zusammen. Er bezieht sich zum einen auf bei T1 von den Mentees erhofftes "Erfahrungswissen" der Mentoren über deren eigenes Arzt-werden. Bei T2 berichteten die Mentees entsprechend über wertvolle Anekdoten oder Erlebnisse der Mentoren, die gemeinsam reflektiert und mit ihren eigenen in Beziehung gesetzt werden konnten. Zum anderen bezieht sich der *Code* auf Austausch und Reflektion von Erfahrungen aus aktuellen Lehrveranstaltungen und Studierenden-Dozenten Kontakten. Hier wurde zum Beispiel ein Perspektivwechsel und mehr Transparenz ermöglicht. **Sicherheit im Umgang mit (erfahrenen) Ärzten:** Für einzelne Mentees stellte der Kontakt und Umgang mit dem Mentor als erfahrenem Arzt per se einen Benefit dar. Vor allem bei jüngeren, (mit Ärzten) unerfahreneren Mentees konnte die Interaktion Unsicherheiten und eine gewisse Ehrfurcht nehmen sowie Selbstvertrauen geben.

Tabelle 16: Zusammenfassende Darstellung der Kategorie „Benefits der Mentees bezüglich der Interaktion in der Gruppe“

Code	Ankerbeispiel T1	Ankerbeispiel T2
Austausch von Erfahrungen und Informationen	„[...] nicht nur um Inhalte, also was man lernt, sondern eben drum/ was drum herum los (ist), also Studium sowie Beruf, [...] oder so ‚Ausland‘, ‚Famulaturen‘, ‚Semester‘, ‚PJ‘, alles Mögliche.“ (m5)	„Es wurde halt dann auch viel über Famulatur oder PJ berichtet, wovon dann die Jüngeren profitiert haben. Also noch nicht mal mehr, dass ICH jetzt Input geben musste, sondern, dass sie, sagen wir mal, miteinander.“ (M6)
Reflexion und intellektuelle Stimulation	„Dementsprechend ist eine heterogene Gruppe super interessant, weil man eben halt unterschiedlichste Ansichten mitkriegt“ (m2)	„Manche Male waren das auch Fragen, über die man sich noch gar keine Gedanken gemacht hat und die dann erst/ oder manche sich Gedanken gemacht haben und dann andere noch nicht und dann stellt man sich die Frage erst selber in dem Moment.“ (m7)
Emotionaler Rückhalt	„Dann hat man Kontakt zu Studierenden aus anderen Semestern, mit denen man auch sich austauschen kann. Und die eben einem so ein bisschen sagen können: Es wird besser, gib nicht auf!“ (m7)	„Ich fand auch den Kontakt halt zu den höheren Semestern total gewinnbringend, also quasi zu den anderen drei Mit-Mentees. Und das ist/ also für mich war das halt sehr gewinnbringend. Es hat mir eine große Sicherheit gegeben.“ (m4)
Vernetzung unter Studierenden	„Aber ja, also ich finde, das ist auch eine gute Möglichkeit mehr Leute aus einem höheren Semester kennen zu lernen, weil normalerweise, ja, lernt man die nicht so einfach kennen.“ (m6)	„Ich bin ja dazu gewechselt aus einer anderen Universität. [...] deswegen war das auch ein ganz guter Anschluss eigentlich für mich.“ (m1)
Peer-Mentor sein	„Dadurch, dass es so eine gewisse Altershierarchie in der Gruppe geben wird, die älteren Mentees selber wiederum eine kleine Mentorenfunktion haben könnten und zumindest so Führungsqualitäten vielleicht entwickeln“ (M5)	„Also ich mag das eigentlich auch ganz gerne, wenn man, sage ich mal, in Kontakt mit Leuten kommt, die jetzt nicht, also nicht nur so den Kontakt nach oben hin quasi zu haben, sondern auch in Führungsstrichen ‚nach unten hin‘, zu jüngeren Semestern oder so.“ (m4)

T1 = erster Erhebungszeitpunkt, T2 = zweiter Erhebungszeitpunkt, m = Mentee, M = Mentor.

Bezüglich der Interaktion in der Gruppe stand hier der Austausch untereinander im Vordergrund, von dem die Mentees auf verschiedenen Ebenen profitierten. **Austausch von Erfahrungen und Informationen:** Sowohl Mentees als auch Mentoren berichteten, dass die Mentees auf der

Informationsebene sehr vom Austausch untereinander profitierten. Dabei ging es um persönliche Erfahrungen und die Weitergabe von Wissenswerten "aus erster Hand" bezüglich Studium, Praktika und Einfinden in die Berufswelt. **Reflexion und intellektuelle Stimulation:** Dieser Code bezieht sich auf gemeinsames Reflektieren und den Austausch unterschiedlicher Ansichten in der Mentee-Gruppe. Dies wurde als inspirierend und neue Impulse gebend beschrieben. **Emotionaler Rückhalt:** Dieser Code bezieht sich auf die emotionale Ebene. Sowohl das Wissen um die Gruppe bzw. das Gefühl Teil einer Mentee-Gruppe zu sein, als auch der Austausch in der Gruppe, gaben den Mentees ein Gefühl des Rückhalts. Bereits bei T1 wurde dies als Bedürfnis deutlich. Bei T2 berichteten Mentees konkret davon, Hilfe, Motivation und Sicherheit durch die Mit-Mentees erhalten zu haben. **Vernetzung unter Studierenden:** Die Mentee-Gruppe diene außerdem zur gegenseitigen Vernetzung im universitären Rahmen sowie bezüglich einer Kontaktweitergabe von Ärzten oder empfehlenswerten Kliniken. Dies wurde jedoch mehr bei T1 als bei T2 thematisiert. **Peer-Mentor sein:** Aussagen von einzelnen Mentoren und Mentees machten deutlich, dass die älteren bzw. erfahrenen Mentees als eine Art Peer-Mentor fungieren und davon profitieren konnten. So wurde von der Entwicklung von Führungsqualitäten oder dem guten Gefühl "jemandem helfen zu können" gesprochen.

Tabelle 17: Zusammenfassende Darstellung der Kategorie „Benefits der Mentoren“

Code	Ankerbeispiel T1	Ankerbeispiel T2
Erkenntnisgewinn über Studium und Studierende	<i>„Wie ist das denn jetzt zum Beispiel grade im dritten Semester? Wie läuft das? Welche Aspekte sind gut, welche sind nicht so gut?“ (M8)</i>	<i>„Und da fand ich es ganz hilfreich, aus deren Sicht mal zu hören: was macht eigentlich Spaß am Studieren und wie fühlt sich das Studentenleben heute so an? Was sind die Höhen und Herausforderungen und auch die Sachen, die richtig Spaß machen?“ (M7)</i>
Etwas weiter- und wiedergeben	<i>„Es ist tatsächlich der Gedanke auch was zurückzugeben. Ich bin selber in einem Mentorenprogramm“ (M5)</i>	<i>„Also ich habe mich so an mich jetzt selber erinnert. Ja ich fand es einfach sehr nett so quasi Hilfestellung Jüngeren zu geben. Das war jetzt für mich keine Arbeit, sondern hat mir mehr Spaß gemacht.“ (M6)</i>
Longitudinales Begleiten	<i>„Und ich glaube was eben auch spannend ist, ist zu sehen, wie Menschen sich entwickeln, grade in so einem Studium“ (M8)</i>	<i>„Persönlich bringt mir das auf alle Fälle dieser, dieser Kontakt zu den noch am Anfang des Berufslebens stehenden und diese Entwicklung und diese/ ja das mitzubekommen.“ (M4)</i>

Fortsetzung siehe nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 17: Zusammenfassende Darstellung der Kategorie „Benefits der Mentoren“

Code	Ankerbeispiel T1	Ankerbeispiel T2
Nachwuchs generieren	„Was mich auch motiviert, ist im Grunde genommen, den Nachwuchs zu stimulieren. Vielleicht auch den ein oder anderen motivierten Doktoranden vielleicht herauszupicken“ (M1)	„Da sind auch ganz heiße Doktoranden-Kandidaten drunter, wo ich sage ‚SUPER‘! Also oh Leute, wo ich sagen muss, die sollten sich mal auf eine Assi-Stelle bei uns bewerben.“ (M1)
Anregender Austausch	„Mentor und Mentee, jeder bereichert den anderen“ (M3)	„Ich habe zum Beispiel nie in einer WG gelebt. Und wir haben uns letztens bei einem Mentee in der WG getroffen, da war für mich ganz interessant, wie überhaupt so ein WG-Leben heutzutage funktioniert.“ (M2)

T1 = erster Erhebungszeitpunkt, T2 = zweiter Erhebungszeitpunkt, m = Mentee, M = Mentor.

Erkenntnisgewinn über Studium und Studierende: Dieser Code beschreibt einen Benefit, der bei T2 sehr oft genannt wurde. So beschrieben viele Mentoren, dass sie es schätzten, Studierende persönlich kennenzulernen, aus erster Hand Feedback über Studium und Lehre zu erhalten sowie etwas vom Alltag und dem, was die Mentees persönlich bewegt, zu erfahren. **Etwas weiter- und wiedergeben:** Dieser Code beschreibt, dass das Mentoring für die Mentoren eine Möglichkeit darstellte, etwas weiter- und etwas wiederzugeben. Es zeigte sich, dass die weiblichen Mentoren selbst von formalen Mentoring-Programmen profitiert hatten und das Bedürfnis beschrieben, etwas wiederzugeben - an die nächste Generation. Auf der anderen Seite war es Mentorinnen und Mentoren wichtig, Aspekte weiterzugeben, die sie erst durch eigene Erfahrung lernen mussten und selbst gerne bereits frühzeitig gewusst hätten. Insgesamt wurde bereits bei T1 deutlich, dass "etwas weiterzugeben" und Studierende in ihrem Arzt-Sein zu prägen, sowie Tipps und Tricks zu vermitteln, wichtige Motivationen für das Mentor-Sein waren. Bei T2 wurde nicht erneut in diesem Maße auf das Thema eingegangen, eine Mentorin beschrieb es aber zum Beispiel als bereichernd nun "die Erfahrene" zu sein. Außerdem teilten viele Mentoren sehr persönlich ihre Erfahrungen mit den Mentees (siehe Code *Authentizität und Offenheit des Mentors*). **Longitudinales Begleiten:** Auch dieser Code umfasst Aspekte der Begleitung der Mentees bei ihrem Arzt-Werden, der Fokus liegt hier jedoch auf dem longitudinalen Aspekt. Die untersuchten Mentoren waren alle in der Lehre tätig und beschrieben einen eher phasenweisen oder nur punktuellen Kontakt mit Studierenden. Im Mentoring hingegen sahen sie die Möglichkeit einer längerfristigen Begleitung und schätzten es, die Entwicklung der Mentees ggf. positiv beeinflussen und verfolgen zu können. **Nachwuchs generieren:** Dieser Code beschreibt den Wunsch bzw. die Berichte einzelner Mentoren bezüglich der Akquise von Doktoranden sowie studentischen und zukünftigen ärztlichen Mitarbeitern durch das Mentoring. **Anregender Austausch:** Dieser Code fasst Aussagen zusammen, die sich auf einen gegenseitigen Austausch beziehen, der einen Blick über den Tellerrand oder eine Erweiterung des eigenen Horizonts ermöglicht. Folgendes T1-Zitat eines Mentors weist darauf hin, dass die Mentoren auch erwarteten, sich intensiver über das Arzt-Sein auszutauschen, was rückblickend jedoch nicht unbedingt im Vordergrund stand (s. o.): „[...] wo man vielleicht im Alltag so schon betriebsblind geworden ist und mit so einem unverbrauchten Blick auf das Arzt-Sein, vielleicht noch mal so aus einem ganz anderen Winkel betrachtet“ (M5).

Kategorie „Einflussfaktoren“

Die dritte Kategorie fasst die Faktoren zusammen, die die Interaktion und Beziehungsentwicklung der untersuchten Mentor-Mentee-Konstellationen maßgeblich beeinflusst haben. Dabei sind sowohl von den Teilnehmern bei T1 als relevant eingeschätzte Aspekte eingeordnet, als auch bei T2 rückblickend herausgearbeitete Gründe. Es ließen sich dabei fünf übergeordnete *Codes* definieren, die in Tabelle 18 mit den entsprechenden *Subcodes* und Ankerbeispielen dargestellt sind:

1. **Sich-Einlassen als Mensch**
2. **Proaktive Gestaltung der Beziehung**
3. **Mentor-Mentee Kompatibilität**
4. **Stellenwert im studentischen Alltag**
5. **Gruppen-Konstellation**

Tabelle 18: Zusammenfassende Darstellung der Kategorie „Einflussfaktoren“

Code	Ankerbeispiel T1	Ankerbeispiel T2
Sich-Einlassen als Mensch		
<i>Begegnung auf Augenhöhe</i>	<i>„Dass man halt einfach sich tatsächlich auf Augenhöhe begegnet, dass dieses Hierarchische dann halt so ein bisschen aufgebrochen wird.“ (m2)</i>	<i>„Ich würde einfach sagen lockeres Beisammensein, auch angenehmes, wo auch jeder individuell Mediziner sein kann.“ (m6)</i> <i>„Also hier war schon noch so ein Stück, weiß nicht, ich will das jetzt nicht Ehrfurcht nennen, aber so ein Stück ja Distanz.“ (M10)</i>
<i>Authentizität und Offenheit des Mentors</i>	<i>„Also ich bin bereit, da wirklich einfach meine Person, meine persönlichen Erfahrungen, meine Sicht der Dinge zu teilen.“ (M7)</i>	<i>„Ich denke unabhängig davon, ob wir sie jetzt gesiezt oder geduzt haben, hat sie schon von selbst aus die Offenheit gezeigt und auch die persönliche Nähe und auch ihre persönlichen Seiten auch gezeigt, so dass es DADURCH auch schon quasi das überwunden wurde, also diese Distanz.“ (m7)</i>
Proaktive Gestaltung der Beziehung		
<i>Holschuld der Mentees</i>	<i>„Ich werde niemanden treiben dazu, das heißt, da erwarte ich schon die primäre Aktivität auf der Seite der Studierenden“ (M3)</i>	<i>„Die Initiative kam immer von den Mentees, weil wir das auch so abgesprochen hatten.“ (M6)</i>

Fortsetzung siehe nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 18: Zusammenfassende Darstellung der Kategorie „Einflussfaktoren“

Code	Ankerbeispiel T1	Ankerbeispiel T2
Engagement des Mentors	---	„Weil manchmal kommt sie auch einfach mit einer neuen Idee die sie zu dem Lebenslauf von jemandem von uns hat so ein bisschen: ‚Ja, du könntest jetzt noch das machen. Ich würde dir DAS vorschlagen, weil du schon DA warst.‘ So in dem Dreh. Das finde ich halt wirklich toll. Sie macht sich wirklich Gedanken, das merkt man. Ja, deswegen, würde ich sagen, ist es halt total persönlich.“ (m6)
Mentor-Mentee Kompatibilität		
Inkongruenz und Rollenkonflikte	„Wenn sie uns dann in irgendeinem Kurs oder so betreut, dass das irgendwie negativ dann auf uns zurückkommt“ (m1)	„[...] jetzt vom Einteilen von Freizeit und Arbeit ist er halt auch jetzt für mich ein bisschen schwierig als ein Mann und er hat eine Frau, die zuhause bleibt. Ich bin halt eine Frau und habe keinen Mann, der zuhause bleibt.“ (m2)
Passende Chemie	„Manche Gruppen sind ja so, dass die Chemie einfach so toll ist (...) und das so eine ganz eigene Lebendigkeit kriegt“ (M5)	„[...] die Art und Weise, wie wir Sachen ansprechen auch, nicht um den heißen Brei herumreden, sondern sagen, was wir meinen. Der [Vorname des Mentors] ist nämlich oder meiner Meinung nach AUCH so [...]“ (m2)
Stellenwert im studentischen Alltag		
Zeitfaktor	„Das Einzige, worüber ich so am Anfang nachgedacht hatte, so vielleicht so der Zeitfaktor, aber ich denke, das ist so gut händelbar.“ (m3)	„Ja und ich hatte dann noch Physikum gemacht, du hattest deine Doktorarbeit und alles. Also wir waren/ Es war halt nicht so, dass wir alle hier gesessen haben und Daumen gedreht haben.“ (m5)
Mentoring-Bedarf	---	„Der Bedarf oder die Bedürfnisse, also der subjektiv empfundene Bedarf scheint in der Gruppe, die ich betreue, nicht hoch zu sein.“ (M10) „Wenn man so wie ich halt GAR keine Ärzte in der Familie oder im Bekanntenkreis hat, ist das ja schon ein großer Vorteil und irgendwie beruhigend zu wissen (einen ärztlichen Mentor zu haben).“ (m2)

Fortsetzung siehe nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 18: Zusammenfassende Darstellung der Kategorie „Einflussfaktoren“

Code	Ankerbeispiel T1	Ankerbeispiel T2
Gruppen-Konstellation		
Mentee-Peergroup als psychologische Größe	<p>„Ja und dass man auch Leute findet, die gleich gesinnt sind quasi. Also dass man sich nicht alleine fühlt.“ (m1)</p> <p>„Wenn der auch sagt: Ach das sind ja nur Sie! Aber wenn wir dann sagen: Das sind wir vier.“ (m3)</p> <p>„Und es einfach auch die Ebene ein bisschen lockerer macht“ (m7)</p> <p>„Die werden am Anfang vielleicht, [...], wenn eine gewisse Scheu da ist, fällt vielleicht jedem mal eine Frage ein, die er so hat und man kann sich gegenseitig ermutigen“ (M5)</p> <p>„Ich glaube, dass die Verpflichtung einer Gruppe gegenüber einfach noch mal eine Nummer größer ist“ (M8)</p>	<p>„Das ist auch so ein bisschen der Vorteil eben daran, dass es ein Stück weit nicht so die ganz engen Freunde sind, mit denen man tagtäglich auch das verbringt, sondern es ist ein gewisser Abstand da. Und alle kommen aus einem bestimmten Grund zusammen. Und da kann man dann eben genau das alles loswerden, was dazu passt.“ (m7)</p> <p>„Also, das ist so, die sind, es sind vier Jungs und die sind sehr unterschiedlich, auch unterschiedlich weit. Was ich ja gewollt habe, aber anderes Thema, und irgendwie ist das kein, sagen wir mal, ja eine Gruppe sind sie, aber es, ich meinem Sinn kein Team, so bisher.“ (M3)</p>
Heterogenität der Gruppe	<p>„Ich war da auch am Anfang, also eher kritisch.“ (m4)</p> <p>„Wir haben natürlich den Vorteil, dass wir alle einen sehr unterschiedlichen Studienfortschritt zum Beispiel haben. Ich denke, wir können auch untereinander sehr viel voneinander profitieren.“ (m4)</p> <p>„Aus verschiedenen Semestern Leute, ob das nicht ein sehr großer Spannungsbogen ist.“ (M5)</p> <p>„Mir gibt es natürlich die Möglichkeit eben einen bisschen breiteren Einblick zu kriegen.“ (M7)</p>	<p>„Also ich habe das zu keinem Zeitpunkt irgendwie als störend empfunden, dass wir so unterschiedlich weit waren. Ich fand das eher bereichernd, teilweise dass man auch noch mal halt Sachen so reflektieren konnte, wie man es selber gemacht hat und dann halt sehen, wie das jetzt vielleicht du (anderer Mentee) dann halt auch noch anders gemacht hast.“ (m2)</p>

T1 = erster Erhebungszeitpunkt, T2 = zweiter Erhebungszeitpunkt, m = Mentee, M = Mentor.

Sich-Einlassen als Mensch: Der Code *Begegnung auf Augenhöhe* umschreibt das von den Teilnehmern als wünschenswert beschriebene Interaktionsniveau. Gleichzeitig subsummiert der Code auch dessen verschiedene Ausprägungen, von freundschaftlich-persönlich bis zu distanziert-professionell. Bei T1 betonten sowohl Mentees als auch Mentoren, dass sie sich eine Beziehung „auf Augenhöhe“ wünschten. Insbesondere die Mentees erhofften sich „[...] dass dieses Hierarchische dann halt so ein bisschen aufgebrochen wird“ (M2). Den Berichten bei T2 zufolge sind Mentoren und Mentees insgesamt tatsächlich offen aufeinander zugegangen. Während in einigen Konstellationen ein sehr persönliches Verhältnis entstanden ist, berichteten einige Mentoren jedoch von einer gewissen „Schüchternheit“ und „Ehrfurcht“ der Mentees, die ihre Funktionalität als Studierende und die damit verbundene Hierarchie ihrerseits (bisher) nicht überwinden konnten. In Einzelaussagen wurde deutlich, dass Erfahrung und Stellung des Mentors dabei eine Rolle zu spielen schienen. Ein Mentor von hoher akademischer Stellung überlegte sich diesbezüglich für die Zukunft folgendes: „[...] ich gebe mehr von mir persönlich frei/ preis, vielleicht ist das dann auch eine Möglichkeit für die anderen, sich persönlicher einzulassen und nicht nur in der Funktionalität ‚ich bin Student‘“ (M3). Eine Mentorin, die Oberärztin war, bewertete ihren „Erfahrungs-Abstand“ zu den Mentees wiederum als besonders günstig: „[...] ich glaube, dass halt diese, diese Kombination, dass ich zwar weit genug bin, aber nicht, nicht so weit, dass ich halt dann ja relativ alltagstaugliche Tipps einfach geben kann.“ (M6). Einige Mentoren zeigten sich unabhängig von ihrer Stellung während des ersten Jahres der Beziehungsentwicklung bereits sehr offen und persönlich, was sich die Mentees sowohl bei T1 erhofft hatten als auch bei T2 als sehr förderlich für die Beziehungsentwicklung beschrieben. Daher wurde der Code *Authentizität und Offenheit des Mentors* generiert, der diesbezügliche Aussagen der Mentees bzw. der Mentoren beinhaltet: „[...] dass ich auch ja mich sehr als Privatmensch oder nicht NUR in sozusagen einer Facette meiner Rolle gezeigt habe, sondern versucht habe, eben Dinge, die WEIT über die Vermittlung fachlicher Sachen hinausgehen, auch sozusagen zu geben.“ (M7). Dieses persönliche Einbringen, oder auch die teilweise „überraschende Ehrlichkeit“ des Mentors wurden als ermutigend empfunden und ermöglichten auch den Mentees ein persönliches Einlassen.

Proaktive Gestaltung der Beziehung: Der Code *Holschuld der Mentees* fasst zusammen, dass insgesamt sowohl den Mentees als auch Mentoren bewusst war, dass entsprechend der Programm-Auslegung Aspekte wie die Initiierung von Treffen in die Hand der Mentees gelegt wurden. Die Beziehungsentwicklung der einzelnen Mentor-Mentee-Konstellationen korrelierte entsprechend mit der jeweiligen Aktivität der Mentees. Hervorzuheben ist, dass sich manche Mentoren explizit zurückhielten, was die eigene Initiative anging. In anderen Gruppen wurde jedoch deutlich, dass die Beziehungsentwicklung vom aktiven *Engagement des Mentors* profitiert hat, weshalb ein entsprechender Code generiert wurde. Hier sind sowohl Aspekte wie persönliches Interesse am Werdegang der Mentees, aktive Gestaltung der Interaktion als auch konkrete Handlungen wie Hilfe bei Bewerbungen zugeordnet. Neben den positiven Berichten der Mentees zogen auch einige Mentoren bei T2 für sich das Fazit, stärker Einfluss auf die Entwicklung der Beziehungen nehmen zu wollen: *„Ein Spiel machen oder keine Ahnung, Speed-Dating, keine Ahnung irgendwas, was so auflockert, wo man sagt gut/ dass man schneller in diese Phase kommt so ‚warm bin ich‘.“* (M7).

Mentor-Mentee Kompatibilität: Der Code *Inkongruenz und Rollenkonflikte* umfasst für die Beziehungsentwicklung relevante Aspekte, die Diskrepanzen zwischen Mentor und Mentees beschreiben. Diese können die Fachrichtung, das Geschlecht (z. B. männlicher Mentor bei reiner Frauengruppe), eingeschlagene Lebenswege (z. B. Familie gründen vs. Kinderlosigkeit) oder die Doppelrolle des Mentors (als Dozent/Prüfer) betreffen. Letzteres spielte insbesondere in der Zahnmedizin eine Rolle und wurde sowohl von der entsprechenden Mentorin als auch den Mentees

bei T1 und T2 thematisiert. Im Vergleich dazu umfasst der Code **Passende Chemie** Aspekte der Kompatibilität, die eher die Gefühlsebene betreffen und nicht von außen beeinflussbar sind. Neben dem Wort "Chemie" wurden die Ausdrücke "ein gutes Bauchgefühl" oder "gleiche Wellenlänge" gebraucht.

Stellenwert im studentischen Alltag: Der Code **Zeitfaktor** fasst zusammen, dass sowohl Mentees als auch Mentoren das Gefühl hatten, dass äußere Faktoren wie z. B. Prüfungsphasen und Auslandssemester die Terminfindung und die teilweise niedrige Frequenz der Treffen bedingten. Dass zeitliche Engpässe auf Seiten der Mentees ein derartiges Hindernis für die Beziehungsentwicklung darstellen würden, haben weder Mentees noch Mentoren bei T1 erwartet. Die Mentees äußerten hier vielmehr Bedenken bezüglich der zeitlichen Eingebundenheit der Mentoren, welche die Terminfindung jedoch rückblickend nicht nennenswert beeinträchtigt hat. Es erschwerte jedoch das Bestreben sich jeweils mit der vollständigen Mentee-Gruppe zu treffen die Terminfindung. Daher zogen einige Mentoren den Schluss, sich in Zukunft (bei Bedarf) auch nur mit einem Teil der Mentee-Gruppe zu treffen. Folgendes Mentor-Zitat spricht den Stellenwert des Mentorings im Alltag der Mentees an: *„Ich könnte mir durchaus vorstellen, dass das ein bisschen so ein, so ein, so ein ‚nice to have‘ ist, aber wenn ganz viele andere Sachen da sind, dass das in der Priorität dann nach hinten rutscht, was natürlich irgendwie nachvollziehbar ist“* (M8). Neben der zeitlichen Verfügbarkeit spielte auch der Bedarf an Mentoring eine Rolle. Für diesen Aspekt wurde ein separater Code generiert: **Mentoring-Bedarf**. Dieser fasst zusammen, dass sowohl in Gesprächen mit Mentees als auch Mentoren deutlich wurde, dass der konkrete Bedarf der Mentees, an ihren Mentor mit Problemen oder Fragen heranzutreten, nicht hoch war. Dies wurde bei T1 nicht antizipiert, sondern konnte erst bei T2 als Fazit gezogen werden. Die Terminfindung besaß oft wenig Dringlichkeit und nur wenige Mentees initiierten ergänzende Einzeltreffen mit ihrem Mentor. Die Analyse der Mentee-Interviews ergab außerdem, dass sich der Mentoring-Bedarf von Studierenden mit bzw. ohne Ärzte im familiären Umfeld unterschied. Mentees, die in ihren Familien keine ärztlichen Ansprechpartner hatten, suchten im Mentoring eher nach „Bezugspersonen“ und schienen im Vergleich noch mehr von der persönlichen Interaktion und dem Austausch mit einem Arzt zu profitieren, da dies für sie einen größeren Stellenwert hatte: *„Für mich ist es auch eine, vor allem eine Austauschmöglichkeit, weil ich, wie gesagt, überhaupt nicht aus einer Arztfamilie komme. Das heißt anders als bei vielen anderen wird bei uns halt nicht über Appendizitis beim Frühstück diskutiert. [...] Und bei ihr, bei [Vorname der Mentorin] oder auch in der Gruppe dann weiß ich halt eben, dass ich zwischendurch auch immer so ein Feedback darüber erhalten kann ob so etwas, wenn irgendetwas im Studium ist, ob etwas normal verläuft, ob etwas anders ist.“* (m6)

Gruppen-Konstellation: Der Code **Mentee-Peergroup als psychologische Größe** fasst zusammen, dass die Gruppe als "psychologische Größe" fungierte, was in verschiedenen Bereichen einen Stellenwert hatte. So wurde von Mentoren und Mentees bei T1 erwähnt, dass die Verpflichtung des Mentors einer Gruppe gegenüber größer sei. Außerdem wirke sie sich balancierend auf die Dynamik zwischen Mentor und einzelnen Mentees aus und lockere die Atmosphäre auf. Diesbezüglich wiesen Einzelaussagen explizit darauf hin, dass „Teil einer Gruppe“ zu sein, anfänglicher Scheu der Mentees in der Interaktion mit dem Mentor entgegenkomme. Dies steht in unmittelbarem Zusammenhang mit oben genanntem Punkt der übermäßigen Ehrfurcht der Mentees (siehe Code **Begegnung auf Augenhöhe**). Sowohl bei T1 und bei T2 wurde deutlich, dass die Mentee-Gruppe, die sich in einem bestimmten Rahmen und mit einer bestimmten Intention mit dem Mentor trifft, eine relevante Sozialgruppe für die Studierenden darstellte (siehe Code **Emotionaler Rückhalt**). Nichtsdestotrotz gab es ebenso Hinweise darauf, dass eine aus verschiedenen Studierenden zusammengestellte Gruppe, um wirklich zusammenzuwachsen,

gemeinsame Erlebnisse braucht. Diese hingen wiederum von der Häufigkeit und Art der Treffen ab. Es spielte dabei außerdem eine Rolle, dass die Mentee-Gruppen in der Regel sehr heterogen zusammengestellt waren. Dieser Aspekt wird in nachfolgendem *Code* thematisiert. Der *Code Heterogenität der Gruppe* adressiert die Zusammensetzung der Mentees, welche sich je nach Gruppe in Alter und/oder Semesterfortschritt unterschieden. Bei T1 wurde sowohl auf Seiten der Mentoren als auch der Mentees teilweise etwas Skepsis bezüglich des potenziellen Konfliktpotentials und Terminschwierigkeiten deutlich. Bei T2 wurde die Heterogenität der Mentee-Gruppen von Mentoren und Mentees jedoch insgesamt sehr positiv und als "bereichernd" bewertet. Sie ermöglichte den Mentees einen vielfältigen Austausch und den Mentoren ein "breiteres Bild" an Studierenden (siehe "Benefits Mentees bzw. Mentoren").

Zusammenfassung der *Code*-basierten Auswertung:

Die Beziehung zum Mentor – und zur Mentee-Gruppe – bot einen „Raum“ neben dem regulären Studium, der einen persönlichen Austausch ermöglichte. Diesbezüglich standen zunächst Themen des Arzt-Werdens im Vordergrund, während die Reflexion des Arzt-Seins im Verlauf zunehmende Relevanz erhielt. Die Mentoring-Beziehung hatte damit sowohl für die Mentoren als auch für die Mentees einen beruflichen und einen persönlichen Mehrwert. Es wurde jedoch deutlich, dass dieser von der im Verlauf erreichten Beziehungstiefe abhing. Dabei zeigte sich, dass die Ebene der Beziehung entweder oberflächlich blieb (siehe unterbrochener Pfeil in Abb. 13) oder im Verlauf in Richtung einer effektiven Mentoring-Beziehung vertieft werden konnte, die das Arzt-Werden/Arzt-Sein prägt und damit zur Lehr-/Lernkultur beiträgt (siehe durchgezogener Spiralpfeil in Abb. 13). Die unterschiedliche Beziehungsentwicklung hing neben der Gestaltung der Interaktion durch Anzahl (Kontinuität), Art (Gruppen-/Einzeltreffen) und Ort der Treffen laut der qualitativen Inhaltsanalyse von fünf Faktoren ab (siehe blau hinterlegte Kästen rechtsseitig in Abb. 13). In vielen Mentor-Mentee-Konstellationen zeigte sich beim fünften Treffen eine „Weichenstellung“ hinsichtlich des Fortgangs der Beziehungsentwicklung.

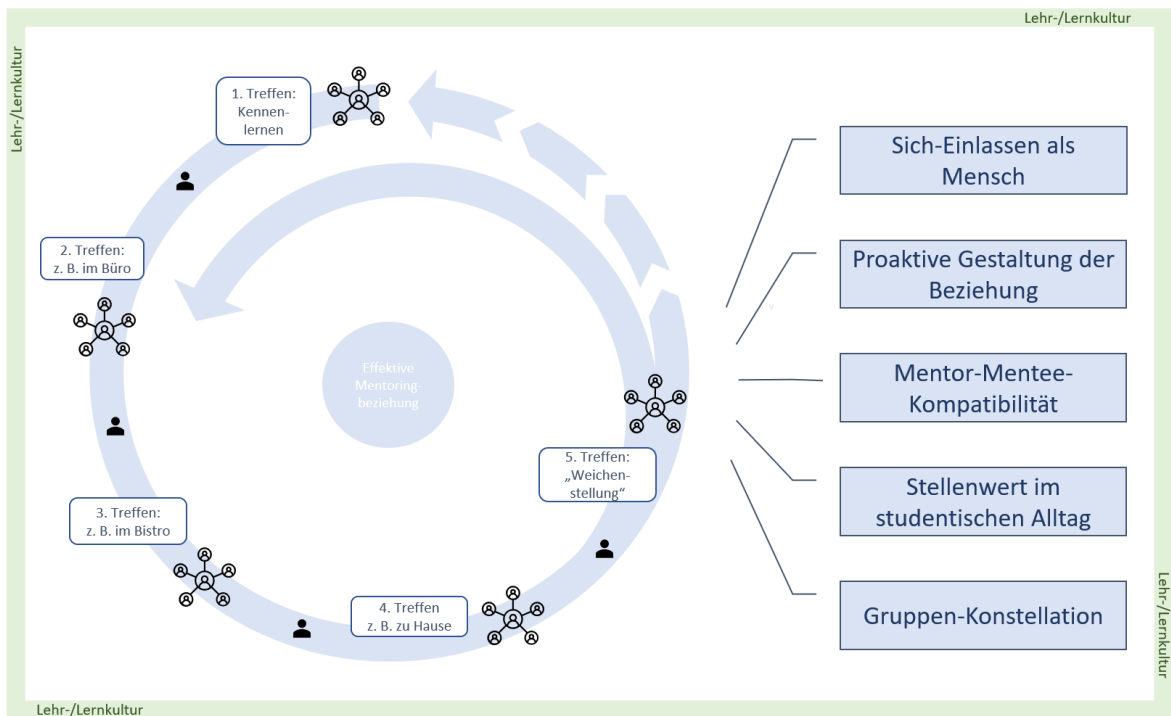


Abb. 13: Beziehungsentwicklung innerhalb des Gruppen-Mentoring-Programms A² vor dem Hintergrund der lokalen Lehr- und Lernkultur. Die Beziehungsentwicklung (blauer Pfeil) hängt erstens von der Gestaltung der Interaktion (Anzahl (Kontinuität), Art (Gruppen-/Einzeltreffen), Ort der Treffen (z. B. Büro, privates Umfeld)) und zweitens von den hier rechtsseitig in Kästen dargestellten Einflussfaktoren ab. Unterbrochener Pfeil = oberflächlich bleibende Beziehung mit geringem Stellenwert innerhalb der Lehr-/Lernkultur. Durchgezogener Spiralpfeil = sich vertiefende Beziehungsebene mit steigender Effektivität und Relevanz für die Lehr-/Lernkultur. Eigene Darstellung.

= Treffen von Mentor und Mentee-Gruppe,
 = Einzeltreffen von Mentor und Mentee

4 Diskussion

4.1 Gruppen-Mentoring im Rahmen medizinischer Lehr-/Lernkultur

4.1.1 Wahrnehmung der Lehr-/Lernkultur

An der Medizinischen Fakultät Düsseldorf wurde ein studienbegleitendes Gruppen-Mentoring-Programm implementiert. A² möchte zu einer Lehr-/Lernkultur beitragen, in der Studierende „Arzt-Sein“ bereits im Studium erleben und sich als angehende Ärzte (Mentees) gemeinsam mit erfahrenen Ärzten (Mentoren) weiterentwickeln können (42). Vor diesem Hintergrund wurde in der vorliegenden Arbeit die Beziehungsentwicklung zwischen Mentoren und Mentees im ersten Mentoring-Jahr in einer qualitativen Interview-Studie untersucht. Begleitend wurde die Wahrnehmung der Lehr-/Lernkultur anhand von Fragebögen quantitativ erfasst. Dabei zeigte sich, dass sowohl vor als auch nach dem ersten Jahr Mentoring die Lehr-/Lernkultur „mehr positiv als negativ“ und die Implementierung des angestrebten Leitbilds als „moderat“ wahrgenommen wurde.

Im Kontext der entsprechenden Studienlage kann zunächst hervorgehoben werden, dass die von den Mentoring-Teilnehmern vorgenommene Einschätzung der Düsseldorfer Lehr-/Lernkultur nicht ungewöhnlich ist. Drei Jahre zuvor zeigte eine Erhebung an der medizinischen Fakultät Düsseldorf mit 1.119 eingeschlossenen Studierenden und 258 Lehrenden sehr ähnliche Ergebnisse (67,113). Angesichts der freiwilligen Teilnahme bei A² ist es interessant, dass die Mentees und Mentoren sich nicht dadurch auszeichneten, dass sie besonders unzufrieden oder besonders glücklich mit der lokalen Lehr-/Lernkultur waren. Der internationale Vergleich bestätigt, dass die von den A²-Teilnehmern vorgenommene Einschätzung der Lehr-/Lernkultur derjenigen der Mehrheit entspricht. Dies zeigt ein systematisches Review von 2018, dass die Daten von 106 zum Großteil aus Medizinischen Fakultäten stammenden DREEM-Studien (66% Humanmedizin, 12,3% Zahnmedizin) aus über 30 Ländern zusammenfasst (132). Es ist hervorzuheben, dass die untersuchten Kohorten dabei hauptsächlich Studierende darstellen. Lediglich in vier Publikationen wurden neben Studierenden auch Lehrende befragt (67,133–135). Die vorliegende Arbeit kann hier also durch die Befragung der Mentoren weitere Daten zur Perspektive der Lehrenden beitragen. Insgesamt fassen Chan et al. in ihrem systematischen Review zusammen, dass bei 80,6% der von einzelnen DREEM Scores berichtenden Studien ($n = 98$), der DREEM Gesamtscore im Bereich „mehr positiv als negativ“ lag (101-150 Punkte). Genauer betrachtet, machten davon Scores zwischen 111 und 120 Punkten den größten Teil aus (132). Damit stimmen sie mit dem Bereich überein, in dem auch die hier präsentierten Ergebnisse der Mentees und Mentoren liegen. Zusammengefasst spricht die Einordnung der in der vorliegenden Arbeit erhobenen DREEM Scores dafür, dass die Mentees bzw. Mentoren sowohl im lokalen als auch im internationalen Vergleich keine Sondergruppe darstellen. Im Gegenteil kann die Frage nach der empfundenen Lehr-/Lernkultur so beantwortet werden, dass die Mentoring-Teilnehmer sie sehr durchschnittlich wahrnahmen. Daraus ließe sich ebenfalls ableiten, dass ihre Wahrnehmung der Lehr-/Lernkultur nicht unbedingt ein Grund für ihre Bewerbung beim Mentoring gewesen zu sein scheint.

Nach aktuellem Kenntnisstand sind in der Literatur bisher keine Daten dazu verfügbar, wie die an einem Mentoring teilnehmenden Studierenden und Lehrenden einer Medizinischen Fakultät die Lehr-/Lernkultur wahrnehmen. Es ist lediglich bekannt, dass vor allem bei curricularen Veränderungen ein Bedarf an Mentoring besteht (39,136). Außerdem empfehlen internationale

DREEM-Studien der letzten 15 Jahre wiederholt Mentoring zur Optimierung von Lehr-/Lernkultur (66–69). Auch Patil et al., die einen im Vergleich zu anderen Universitäten hohen DREEM Score des Items 3 „Gestressten Studierenden wird gute Unterstützung angeboten“ feststellten, führten dies auf das Vorhandensein ihres Mentoring-Programms zurück (137). Die vorliegende Studie ermöglicht erstmalig einen Eindruck über die tatsächliche Einschätzung der Mentoring-Teilnehmer mittels DREEM. Exemplarisch kann daher der Score des oben genannten Items 3 nachvollzogen werden und es zeigt sich, dass dieses vorher und nachher als „verbesserungswürdig“ (Score < 2) bewertet wurde. Damit kann zunächst nicht bestätigt werden, dass der Support durch den Mentor die Wahrnehmung der Mentees in diesem Punkt verändert hat. Angesichts des lediglich auf den Beginn der Beziehungsentwicklung fokussierenden einjährigen Beobachtungszeitraums ist dies auch nachvollziehbar. Im Gegensatz dazu liefert jedoch das Item „Fragen stellen können“ aus der DREEM Subskala "Atmosphäre", das nach einem Jahr Mentoring einen signifikant höheren Score zeigte, einen Hinweis auf den Effekt des Mentoring-Programms A². Insgesamt handelt es sich hier nur um Veränderungen auf der Ebene von Einzelitems. Vor dem Hintergrund der spärlichen Datenlage wird jedoch deutlich, dass die Erhebung von DREEM Scores im Zusammenhang mit der Implementierung von Mentoring-Programmen wichtige Anhaltspunkte geben kann. Während die vorliegende Studie hierzu einen ersten Eindruck der Lehr-/Lernkultur-Wahrnehmung von Mentoring-Teilnehmer liefert, sollten Folgestudien jeweils eine Kontrollgruppe von Studierenden und Lehrenden einschließen, um den Einfluss des Mentorings differenzierter zu untersuchen.

Bezüglich longitudinaler Veränderungen in der Wahrnehmung der Lehr-/Lernkultur, existieren bisher sehr wenige DREEM-Studien aus dem medizinischen Bereich (132). Die vorhandene Literatur zeigt dabei ein heterogenes Bild, was die Interpretation longitudinaler Veränderungen in Zusammenhang mit Interventionen wie Mentoring erschwert. Es liegt lediglich eine Studie vor, die eine über einen Zeitraum von zwei Jahren gemessene Verbesserung der Lehr-/Lernkultur auf Interventionen wie strukturiertes Feedback und Stressreduktions-Kurse zurückführte (138). In der Studie von Rojas-Bolivar et al. blieb die Wahrnehmung der Lehr-/Lernkultur (ohne Interventionen) über einen Zeitraum von vier Jahren stabil (139). Andere Autoren wiederum stellten Schwankungen im Studienverlauf fest, bei denen Studierende die Lehr-/Lernkultur im ersten Jahr eher negativ, im dritten Jahr positiver, im fünften jedoch wieder negativer bewerteten (140). Vor dem Hintergrund der aktuellen Datenlage und der Tatsache, dass verschiedene veränderliche Faktoren Einfluss auf die Wahrnehmung der Lehr-/Lernkultur nehmen, überrascht es insgesamt also nicht, dass die hier präsentierten DREEM Gesamtscores sich während des ersten Mentoring-Jahrs nicht verändert haben. Betrachtet man zusätzlich die Daten aus der großen Anzahl von DREEM-Querschnittstudien, wird deutlich, dass die Lehr-/Lernkultur im Durchschnitt in fortgeschritteneren Semestern schlechter bewertet wird als zu Beginn des Studiums (132). Ausgehend von dieser negativen Tendenz über den Studienverlauf könnten die in der vorliegenden Studie stabil gebliebenen DREEM-Werte sogar dafürsprechen, dass das Mentoring durch seine Benefits einer insgesamt Verschlechterung der Lehr-/Lernkultur-Wahrnehmung entgegengewirkt hat.

Zusätzlich wurde in der vorliegenden Studie das *Semester der Studierenden* als wichtige Einflussvariable identifiziert. Dabei zeigte sich, dass die Scores von Mentees jüngeren Semesters sich nach einem Jahr Mentoring stärker verbessert haben als die Scores von Mentees fortgeschrittenerer Semester. Dies weist darauf hin, dass bei jüngeren Semestern mehr Veränderungspotential besteht. Es ist bekannt, dass Studierende insbesondere zu Beginn des Studiums hohen Belastungen ausgesetzt sind und die Transition zur Universität mit Stress und Ängsten verknüpft ist (141–144). Die Begleitung durch das Mentoring während dieser

herausfordernden Phase trägt möglicherweise zu dem höheren Veränderungspotential bei jüngeren Semestern bei.

Insgesamt sprechen die Daten dafür, dass es für Mentoring-Programme wie A² empfehlenswert ist Studierende bereits ab dem ersten Semester aufzunehmen und über den Verlauf des Studiums zu begleiten. Ausgehend von den hier präsentierten Daten zur Initialphase nach der Implementierung eines Mentoring-Programms bedarf es weiterer Untersuchungen mit längerem Beobachtungszeitraum, um Veränderungen in der Wahrnehmung der Lehr-/Lernkultur im Verlauf von Mentoring und Studium zu evaluieren. Auf diese Weise kann dem Bedarf nachgekommen werden, ein besseres Verständnis über die Entwicklung einer Fakultät hin zu einer Organisation mit einer Mentoring-Kultur zu generieren (41) und damit die medizinische Ausbildung weiter zu verbessern.

Die Diskussion des quantitativen Teils abschließend soll an dieser Stelle ein relevanter Hinweis aus den Mentee-Interviews erwähnt werden, der die Verwendung der Lehr-/Lernkultur-Fragebögen betrifft. Es wurde deutlich, dass Items, die inhaltlich Attribute des Mentorings adressierten (z. B. "eine Vertrauensperson haben"), von einigen Mentees ausschließlich auf das Studium bezogen wurden. Während diese Mentees im Interview hervorhoben, dass das Mentoring ihnen Aspekte wie „eine Vertrauensperson haben“ ermöglichte, klammerten sie dies bei der Beantwortung des entsprechenden Items gedanklich aus. Einerseits bestätigt dies, dass das Mentoring nach einem Jahr noch nicht als ausreichend mit der Lehr-/Lernkultur verwoben wahrgenommen wurde. Andererseits könnte man daraus schließen, dass es für zukünftige Befragungen je nach Zielsetzung empfehlenswert wäre, bewusst darauf hinzuweisen, dass die abgefragte Lehr-/Lernkultur das Mentoring impliziert.

Rückblickend hat es sich bewährt, die Lehr-/Lernkultur-Befragung als Ergänzung zu einer qualitativen Studie durchzuführen (111). Erst anhand der Interviews mit Mentees und Mentoren konnte die Mentoring-Beziehung im ersten Jahr tiefergehend untersucht werden. In den folgenden Kapiteln werden die inhaltliche Entwicklung des Mentorings, die von Mentoren und Mentees beschriebenen Benefits sowie die Gestaltung und relevante Einflussfaktoren der Beziehungsentwicklung diskutiert.

4.1.2 Inhaltliche Entwicklung des Mentorings

Insgesamt bewerteten die Mentoren und Mentees die Teilnahme am Gruppen-Mentoring A² sehr positiv und bestätigen damit die allgemeine Wahrnehmung von Gruppen-Mentoring-Programmen (145). Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte beachtet werden, dass A² sich dadurch auszeichnet, dass es viel Raum für die freie Gestaltung der Interaktion zwischen Mentoren und Mentees lässt (vgl. Kapitel 1.4). Es unterscheidet sich damit von stark strukturierten Mentoring-Programmen, die Reflexions-Themen, theoretischen Input und zu bearbeitende Aufgaben vorgeben (83,146–150). Vor diesem Hintergrund ist es interessant zu sehen, dass die von den Mentees an die Mentoren bzw. an die Gruppe herangetragenen Themen mit den Ergebnissen anderer Mentoring-Studien übereinstimmen und sich stark um Doktorarbeit, Auslandsaufenthalte und Karriereplanung inkl. PJ-Wahl drehten (40,151,152). Während die Mentees dies bereits bei T1 antizipierten, hatten viele A²-Mentoren entsprechend der Programmkonzeption erwartet, dass der Fokus mehr auf dem Arzt-Sein per se liegen würde. Es ist jedoch nachvollziehbar, dass die

studienbezogenen Themen für die Mentees eine höhere Dringlichkeit hatten. Der Austausch in der Gruppe hat einen hohen Stellenwert für die Mentees (vgl. (153,154)) und auch einige Mentoren merkten an, dass sie sich in dieser Hinsicht manchmal überflüssig fühlten. Obwohl der Mentor laut A²-Vorgabe Teil der Gruppe sein soll, spricht dies dafür, dass Treffen der Mentee-Gruppe ohne den Mentor eine sinnvolle Ergänzung sein und auch der Teamentwicklung mehr Gelegenheit geben würden (vgl. (35)). Diese Idee unterstützt die Arbeit von Singh et al., die zeigt, dass sich Mentees mit *near-peers* häufiger treffen als mit einem Fakultätsmentor (155). Während die Mentee-Treffen dem Austausch studienbezogener Themen und Erlebnisse gewidmet wären, könnte sich in den Treffen mit dem Mentor auf den Austausch und die Reflexion übergeordneter Themen wie Arzt-Sein und die persönliche Entwicklung fokussiert werden. Eine weitere Option dem Austausch in der Gruppe Gelegenheit zu geben und gleichzeitig den Mentor zeitlich zu entlasten, wären Online-Plattformen. Diese stellen nachweislich eine wertvolle (ergänzende) Möglichkeit für studienbezogene Fragen zu Themen wie Famulaturen, PJ-Wahl etc. dar (148,156,157).

Andererseits zeigen Studien auch, dass die Wichtung der Themen bzw. der Bedürfnisse sich mit fortschreitendem Semester ändert und die Identifikation mit der Arzt-Rolle erst im Lauf des Studiums erfolgt (149,158–160). Während jüngere Semester sich eher mit studienbezogenen Aspekten beschäftigen, rückt für fortgeschrittenere Semester zunehmend die Transition zum Beruf in den Vordergrund. Entsprechend profitieren jüngere Semester eher von konkreten Hilfestellungen und psychosozialen Support bezüglich des Studiums und fortgeschrittenere Semester nutzen den Mentor mehr als Berater (33,161). Die Mentee-Gruppen bei A² sind bezüglich des Semesters meist heterogen gemischt und es zeigte sich, dass die dringlichen und offensichtlichen, studienbezogenen Themen zunächst eine gemeinsame Gesprächsgrundlage gebildet haben. Im Verlauf wurde auch über die persönlichen Vorstellungen von Arzt-Sein, Zukunftsvorstellungen und insbesondere über den Arzt-Alltag des Mentors gesprochen. Die Themenentwicklung scheint dabei die Beziehungsentwicklung widerzuspiegeln und umgekehrt (siehe 4.1.4 Gestaltung der Mentoring-Interaktion).

4.1.3 Benefits des Mentorings

Die in der vorliegenden Arbeit zusammengetragenen Benefits der Mentees sind konform mit den Ergebnissen anderer Gruppen-Mentoring-Studien, wobei der psychosoziale Support (83,88,146,162) und die Förderung der professionellen Entwicklung im Vordergrund stehen (146,147,150). Bezüglich der professionellen Entwicklung ist hervorzuheben, dass die Interaktion mit dem Mentor zu einer Sozialisierung in den Arztberuf beitrug, auch wenn bei A² im ersten Mentoring-Jahr der Austausch und die Reflexion von Arzt-Sein inhaltlich nicht wie von der Programmorganisation erwartet im Vordergrund standen. So zeigte sich, dass einzelne Mentees, die von einer übermäßigen Ehrfurcht und Unsicherheit im Umgang mit Ärzten berichteten, durch die Beziehung zum Mentor positive Erfahrungen sammeln, Vorurteile abbauen und selbstsicherer werden konnten. Auch was das Studium und die Lehre betrifft, ermöglichte der Austausch mit dem Mentor neue Perspektiven und mehr Transparenz. Es bestätigt sich damit, dass Mentoring Ängstlichkeit und Anonymität zwischen Studierenden und Ärzten bzw. Dozierenden reduzieren kann (40).

Insgesamt wurde durch die qualitative Analyse deutlich, dass sich die Benefits der Mentees darin begründen, dass durch das Mentoring ein Raum für Aspekte des Arzt-Werdens entsteht, den das

reguläre (Medizin-)Studium nicht bietet (vgl. (35)). Kalén et al. beschreiben Ähnliches von einem longitudinalen Eins-zu-eins-Mentoring, das den Mentees eine *“free zone in which they could talk about things they could not address elsewhere, i.e. their lives and their experiences of becoming a doctor”* ermöglichte (159). Die Bewältigung des Studiums mit jemandem zu reflektieren der laut Mentees *„den Weg schon gegangen“* und damit ein Hoffnungsträger ist, spielte für die A²-Mentees dabei eine wichtige Rolle für den empfundenen emotionalen Rückhalt. Einen weiteren wichtigen Aspekt des durch das Mentoring entstehenden „Raums“ stellte neben der beschriebenen Möglichkeit für Austausch in einem geschützten Rahmen und dem Gefühl einen vertrauensvollen Ansprechpartner zu haben, die longitudinale Begleitung durch den Mentor dar (*„Fixpunkt im Massenstudium“*, M10) (33,160). Das reguläre Medizinstudium bzw. die klinische Ausbildung sind von ständig wechselnden und relativ anonymen Begegnungen mit verschiedenen Ärzten und Dozierenden geprägt (27,38). Es ist daher nachvollziehbar, dass die (A²-)Mentees davon profitieren, in ihrem Mentor jemanden zu finden, der eine kontinuierliche Begleitung ermöglicht und ihnen das Gefühl gibt, persönlich eine Rolle zu spielen (159). Die Ausführungen von Kalén et al. fassen treffend zusammen: *“Space is the basic condition needed to be organised by the university [...] Belief in the future is what the mentor contributes by creating motivation and personal involvement and Transition is the process that occurs within the student [...]”* (159).

Neben der Beziehung zum Mentor wurde deutlich, dass auch die Mentee-Gruppe einen wichtigen Beitrag zur persönlichen und professionellen Entwicklung der Mentees leistete sowie zusätzlichen emotionalen Rückhalt und Möglichkeiten zur Vernetzung bot (vgl. (145)). Interessant ist, dass die Beziehung zum Mentor vor allem für Studierende ohne Ärzte in der Familie einen hohen Stellenwert hatte, die Benefits der Gruppe jedoch besonders von Mentees hervorgehoben wurden, die bereits ärztliche Ansprechpartner im privaten Umfeld haben. Innerhalb von Gruppen, in denen Studierende besonders heterogener Semester vertreten waren, entwickelte sich zusätzlich eine Peer-Mentoring-Dynamik. Dies war zwar nicht unerwartet (163), ist jedoch als günstiger Verlauf und damit positiv für den Mehrwert des Mentoring-Programms A² zu werten. So profitierten insbesondere die vorklinischen Mentees vom Informations- und Erfahrungsaustausch mit den fortgeschritteneren Kommilitonen (161,164,165). Jedoch auch die Mentees, die aufgrund ihres Studienfortschritts bzw. ihrer Lebenserfahrung die Rolle eines (*near-*)Peer-Mentors innerhalb der Gruppe übernahmen, beschrieben es als bereichernd, anderen helfen und Führungsqualitäten entwickeln zu können. Diese Ergebnisse sind konsistent mit den in Studien belegten Benefits für Peer-Mentees bzw. Peer-Mentoren (35,144,150,166,167). Singh et al. (155) stellen heraus, dass (*near-*)Peer-Mentoren im Vergleich zu Mentoren der Fakultät weniger einschüchternd wirken, sich besser in die Mentees hineinversetzen und sie besser verstehen können, da sie in kurzem zeitlichen Abstand selbst ähnliches erlebt haben (vgl. auch (153,154)). Akinla et al. fassen in ihrem systematischen Review zusammen, dass Peer-Mentoring einen positiven Einfluss auf die persönliche und professionelle Entwicklung hat und vor allem im ersten Studienjahr die Transitionsphase von der Schule zur Universität unterstützen sowie zur Stressreduktion beitragen kann (144). Insgesamt lässt sich ableiten, dass Gruppen-Mentoring-Programme besonders förderlich sind, wenn die Gruppenzusammenstellung heterogen ist und damit ein zusätzliches Peer-Mentoring ermöglicht.

Was die Mentoren betrifft, ist die Untersuchung der Benefits von Mentoring-Programmen an Medizinischen Fakultäten erst in den letzten zehn Jahren in den Fokus gerückt (26,37,79,145). Die in der vorliegenden Studie erhobenen Daten reißen sich in die aktuelle Literatur ein und bestätigen, dass es den Mentoren Freude bringt, die Entwicklung der Studierenden zu verfolgen und die Beziehung zur Mentoring-Gruppe insgesamt einen persönlichen und beruflichen Mehrwert für sie

hat (102,105,162,168). Bei den untersuchten A²-Mentoren waren dabei zwei Aspekte besonders auffällig. Erstens hoben sie hervor, dass besonders für sie als Lehrpersonal der Austausch und die Reflexion über das Studium sowie das persönliche Kennenlernen der Studierenden sehr hilfreich war (40). Auch Dimitriadis et al. stellen die Interaktion zwischen Mentoren und Mentees als hocheffektive Möglichkeit dar, Themen und Probleme der Studierenden zu identifizieren und adressieren und schreiben Mentoring daher eine hohe Bedeutung für den bidirektionalen Informationsfluss zwischen Fakultät und Medizinstudierenden zu (152). Der zweite auffällige Aspekt bezieht sich insbesondere auf die weiblichen A²-Mentorinnen. Diese beschrieben alle, selbst Erfahrungen als Mentees gemacht zu haben und es als sinnstiftend zu empfinden, etwas weiter- und wiederzugeben, d. h. an der Weitergabe von Erfahrungswissen teilzuhaben. Sie deuteten an, sich als Teil eines Kreislaufs zu verstehen, was ihrer professionellen Rolle zusätzlich Bedeutung zu verleihen schien. Dieser Aspekt findet sich in ähnlicher Form auch in den Ausführungen von Lutz et al. (168) wieder, die das entstehende Gefühl der Generativität (169) als „*win-win Situation*“ für Mentees und Mentoren beschreiben (vgl. auch (73)).

4.1.4 Gestaltung der Mentoring-Interaktion

Es fiel auf, dass nicht alle Mentor-Mentee-Konstellationen gleichermaßen vom Mentoring profitieren konnten, da die Beziehungsentwicklung nicht immer den gleichen Fortschritt zeigte. Während im Folgenden deutlich gemacht wird, warum eine variable Beziehungsentwicklung bereits zu erwarten war, werden im Anschluss die die Beziehung definierenden Parameter der Interaktion diskutiert.

Die variable Beziehungsentwicklung lässt sich durch zwei Aspekte erklären, die bereits die Konzeption des Programms A² mit sich bringt. Erstens wurden von Seiten der Programmorganisation keine konkreten Vorgaben für die Interaktion zwischen den Mentoren und Mentees gemacht, sondern sie konnten ihre Beziehung frei gestalten. Dies stellt einerseits ein großes Potential dar, andererseits weisen Studien darauf hin, dass Unklarheiten bezüglich der Ziele und Benefits sowie Unsicherheiten bezüglich der Bedingungen der Interaktion hinderliche Faktoren für die Beziehungsentwicklung sein können (40,168). In ihrem systematischen Review raten Skjevik et al. daher zum Beispiel zu Einführungskursen (145). Zweitens waren in der Untersuchung sehr unterschiedliche Mentoren vertreten, sowohl was Geschlecht, Alter, Erfahrungshintergrund, akademischen Grad als auch Persönlichkeit betrifft. Goncalves et al. propagieren, dass es drei Typen von Mentoren-Persönlichkeiten gibt, deren Herangehensweise entweder „*thinking oriented*“, „*action*“ oder „*emotion/intuition*“ geleitet ist (104). Die Mentoren der vorliegenden Studie können nicht ad hoc einem dieser Typen zugeordnet werden, jedoch erscheint es nachvollziehbar, dass sich je nach Herangehensweise des Mentors und entsprechender Kompatibilität mit der Mentee-Gruppe Unterschiede in der Beziehungsentwicklung ergeben. Zusammenfassend überrascht es in Anbetracht der oben genannten Aspekte nicht, dass sich der Großteil der Mentor-Mentee-Konstellationen nach einem Jahr Mentoring einem Spektrum von distanziert-professioneller bis persönlich-freundschaftlicher Beziehungsform zuordnen lässt (81). Es war jedoch unerwartet, dass auch Extremfälle vertreten waren, bei denen im ersten Mentoring-Jahr kaum ein Beziehungsaufbau stattfand, oder bei denen nach einem Jahr Mentoring nahezu eine Freundschaft entstanden war. Letztlich spricht es für die Güte und Aussagekraft der qualitativen Untersuchung, dass diese vielseitige Mentoren-Attribute und auch extreme Formen von Beziehungsverläufen abbildet (vgl. (126)). So wurde anhand der einzelnen Falldarstellungen deutlich, inwieweit sich die

Beziehungsentwicklung durch die Interaktion zwischen den teilnehmenden Mentoren und Mentees definierte. Wichtige Parameter waren dabei (A) die Anzahl (Kontinuität), (B) die Art (Gruppe/Einzeln) sowie (C) der Ort der Interaktion.

(A) Anzahl der Treffen: Während die Interaktion zu Beginn auf das Kennenlernen und „erste Fragen loswerden“ fokussiert war, entwickelte sich abhängig von der Kontinuität der Treffen und der zwischenmenschlichen Dynamik zwischen Mentor und Mentees eine tiefergehende Mentoring-Beziehung. Insgesamt kam der Großteil der Mentor-Mentee-Konstellationen der Programm-Empfehlung von A² nach und traf sich zwei (oder mehr) mal im Semester. Die Literatur zeigt, dass ein bis drei Treffen pro Semester eine übliche Anzahl von Treffen in medizinischen Mentoring-Programmen darstellt (40,152,159). Untersuchungen aus Schweden zeigen, dass Mentoring-Beziehungen mit sehr seltenen Treffen (eins/Semester) erfolgreich sein können, wenn sie verpflichtend und über mehrere Jahre kontinuierlich fortgeführt werden, aus Gruppen- und Einzel-Elementen bestehen, zeitlich fest in das Curriculum integriert sind und einen hohen Strukturierungsgrad (vorgegebene Themen und Aktivitäten) aufweisen (149,160). Für freiwillige und frei gestaltbare Mentoring-Beziehungen gilt jedoch, dass eine höhere Anzahl Treffen bzw. viel Interaktionszeit mit einer höheren Zufriedenheit der Mentees korreliert (76,170) und insbesondere regelmäßige Treffen für die Beziehungsentwicklung entscheidend sind (171–174). Entsprechend wird dies auch für Gruppen-Mentoring-Programme empfohlen (40,104). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen die Relevanz von Kontinuität und zeigen, dass die Beziehungsentwicklung stagnierte, wenn die Abstände zwischen den Treffen zu groß waren (*„Ich fange immer wieder neu an [...] nehme immer wieder neu die Fäden auf und die (Mentees) genau so, ja. [...] Also es ist nicht wie beim ERSTEN Mal, aber so wie beim zweiten Mal, es ist immer wieder beim zweiten Mal, ja, so, es kommt nicht MEHR zusammen.“* M3). Im Gegensatz dazu entwickelten sich die Mentor-Mentee-Konstellationen am besten, die sich mehr als zwei Mal im Semester trafen. Es stellte sich außerdem heraus, dass das fünfte Treffen eine besondere Stellung in der Beziehungsentwicklung einnahm. Interessanterweise traf dies sowohl auf Konstellationen zu, die das fünfte Treffen schnell erreichten, als auch auf Konstellationen, die es erst am Ende des ersten Mentoring-Jahrs erreichten. Innerhalb der ersten vier Treffen vollzog sich die Anfangsphase der Beziehung, auf deren Basis sich beim fünften Treffen relevante Änderungen in der Beziehungsebene ergaben – oder ausblieben. D. h. es zeichnete sich entweder ab, dass sich die vorbereitete Themenliste erschöpfte und Unsicherheit über den weiteren Inhalt der Interaktion bestand, oder es erfolgte beim fünften Treffen z. B. ein Wechsel vom „Sie“ zum „Du“, Mentees berichteten von sich selbst entwickelnden Gesprächsthemen und einem entstehenden „Wir-Gefühl“. Zusammengefasst können für Mentoring-Programme, die wie A² viel Raum für die freie Gestaltung der Beziehung lassen, die bestehenden Empfehlungen der Literatur zu regelmäßigen Treffen bekräftigt werden. Außerdem kann auf Basis der bisherigen Ergebnisse empfohlen werden, insbesondere im ersten Jahr eine Mindestanzahl von fünf Treffen anzustreben.

(B) Art der Treffen: In circa der Hälfte der untersuchten Konstellationen erfolgten auch Treffen zwischen einzelnen Mentees und dem Mentor, die sich in persönlichen Anliegen oder im Interesse am Fachgebiet des Mentors begründeten. Mentees und Mentoren bewerteten diese zusätzlichen Treffen positiv. Eine Mentorin fühlte sich durch ein Einzeltreffen dazu inspiriert, sich in Zukunft auch mit ihren anderen Mentees separat zu treffen, um den Kennenlernprozess zu unterstützen. Außerdem ermöglichen Einzeltreffen den Mentees Fragen zu stellen, die sie nicht im Beisein der Gruppe stellen würden (38). Kalén et al. (160) betonen ebenfalls, dass es neben Gruppen-Mentoring Eins-zu-eins-Elemente braucht, da diese einen privaten und damit geschützteren Rahmen für Gespräche über Gefühle, Zweifel und Ängste sowie Reflexion der persönlichen

Entwicklung bieten (vgl. auch (150)). Für die Relevanz der individuellen Zuwendung spricht sich im Hinblick auf die unterschiedlichen Voraussetzungen und Bedürfnisse der einzelnen Mentees auch Lödermann aus (35). Die dafür bezüglich der zeitlichen und persönlichen Ressourcen des Mentors notwendige Beschränkung der Gruppen-Größe auf vier bis sechs Mentees wäre bei A² gegeben. Wichtig sei jedoch auch, dass Einzelgespräche „als Bestandteil des Mentoring definiert und ausgewiesen werden“ (35). Insgesamt legen die erhobenen Daten und die Literatur also nahe, dass es auch für A² als Gruppen-Mentoring förderlich sein könnte Einzeltreffen zu implizieren.

(C) Ort der Treffen: Neben Anzahl und Art der Treffen definierte auch die Wahl der Umgebung, in der die Interaktion zwischen Mentor und Mentee(s) stattfand, den Prozess der Beziehungsentwicklung. Eine im Verlauf erfolgende Verlagerung der Treffen vom Büro des Mentors/der Universität zu öffentlichen Orten wie Restaurants oder dem privaten Umfeld von Mentor oder Mentee förderte dabei den Kennenlernprozess und den Vertrauensaufbau. Dies steht in Zusammenhang mit dem identifizierten Einflussfaktor „Sich-Einlassen als Mensch“, denn ein öffentliches bzw. privates Umfeld ermöglichte den Teilnehmenden eher, sich aus der Funktionalität „Student-Dozent“ zu lösen (s.u.). Die Mentees, die ihren Mentor im privaten Umfeld trafen, schätzten die vertrauensvolle Atmosphäre und das Erleben der Person hinter der Berufsrolle. Diese Form der sehr persönlichen Ebene zwischen Mentor und Mentee(s) ist bezeichnend für informelle, gewachsene Mentoring-Beziehungen (33,99), kann sich jedoch auch in formalen, arrangierten Mentoring-Beziehungen entwickeln (96). Die Berichte der Mentoren und Mentees legen nahe, dass diese Form der Beziehung erstrebenswert für Mentoring-Programme wie A² ist, deren Fokus auf der persönlichen Beziehung von angehenden und erfahrenen Ärzten und dem „ganzheitlichen“ Erleben von Arzt-Sein liegt (vgl. (173)). Die Literatur zeigt, dass sich auf die Professionalisierung ausgerichtete Gruppen-Mentoring-Programme meist zweier anderer Optionen bedienen, um Studierenden eine frühe Integration in den Arztberuf zu ermöglichen. Eine Option stellt die strukturierte Gestaltung des Mentoring-Prozesses im universitären Rahmen durch mediale Anregungen wie Videos schwieriger Arzt-Patienten-Kommunikation, geleitete Gruppen-Diskussionen und Fragebogen-gestützte Selbst-Reflexion dar (149,168). Dabei konnten die Gruppen-Mentoring-Studien aus Schweden zeigen, dass eine Mentoring-Beziehung als erfolgreich und auch persönlich erlebt werden kann, ohne „closeness“ zwischen Mentor und Mentee (149). Eine zweite Option stellt die Begleitung des Mentors in seinem beruflichen Kontext dar. Kalén et al. betonen dabei die Relevanz, den Mentor sowohl als Person hinter der professionellen Rolle als auch im Rahmen des klinischen Alltags zu erleben (149). Die Programmorganisation von A² machte diesbezüglich keine Vorgaben und von den untersuchten A² Mentees berichtete nur einer, den Mentor in der Klinik begleitet zu haben. Ein möglicher Grund für den fehlenden Impuls, sich im klinischen Alltag zu treffen, könnte das Düsseldorfer Curriculum sein, das per se auf patientenorientiertes Lernen in der Klinik fokussiert (z. B. „Unterricht am Krankenbett“). Die Beziehung zum Mentor ist laut den Beschreibungen der Teilnehmer jedoch eine andere als zu ständig wechselnden lehrenden Ärzten in der Klinik (vgl. auch (27)). Es erscheint daher sinnvoll, bei A² auch eine Begleitung im klinischen Kontext als Impuls für die Gestaltung der Interaktion zu empfehlen. Anhand von Kohortenstudien könnte überprüft werden, inwieweit die Beziehungsentwicklung bei A² davon profitiert, nicht nur Raum für persönliche Begegnungen zu ermöglichen, sondern auch eine gewisse Struktur und die Klinik als Umgebung für Mentoring-Interaktionen anzubieten.

4.1.5 Fünf Einflussfaktoren

Während in der Zusammenschau der Falldarstellungen deutlich wurde, inwieweit Anzahl, Art und Ort der Interaktion die Beziehungsgestaltung definierten, konnten anhand des erarbeiteten Kategoriensystems fünf Faktoren identifiziert werden, die einen relevanten Einfluss auf die Dynamik der Beziehungsgestaltung hatten. Neben den beschriebenen Extremfällen bewegte sich der Großteil der Mentor-Mentee-Konstellationen diesbezüglich in einem Mittelfeld. Dabei entwickelten sich einige dieser Konstellationen eher schleppend, während andere die Beziehungsebene kontinuierlich vertiefen konnten. Die Faktoren, die die Beziehungsentwicklung in diesem Mittelfeld positiv beeinflussen konnten, sind also von besonderem Interesse. Auf Basis der durchgeführten qualitativen Analyse stehen diesbezüglich (1) ein „Sich-Einlassen als Mensch“ und (2) eine „Proaktive Gestaltung der Beziehung“ im Vordergrund. Daneben spielten (3) die „Mentor-Mentee-Kompatibilität“, (4) der „Stellenwert im studentischen Alltag“ sowie (5) die „Gruppen-Konstellation“ eine Rolle. Vor allem die beiden erst genannten Faktoren sind jedoch auch deshalb von Relevanz, da sie ausschließlich von den Teilnehmern selbst beeinflusst werden können. Dabei ist hervorzuheben, dass sich beide Faktoren auf Mentoren und Mentees beziehen.

(1) Sich-Einlassen als Mensch: Mentoren und Mentees äußerten zu Beginn ausnahmslos, sich eine Beziehung auf Augenhöhe zu wünschen. Nach dem ersten Mentoring-Jahr stellte sich jedoch heraus, dass einige Mentoren eine schleppende Beziehungsdynamik darauf zurückführten, dass die Mentees sich nicht wirklich öffnen und auf die Beziehung einlassen konnten. Ebenso wurde deutlich, dass auf Seiten der Mentees teilweise ein großer Respekt und Sorge über die Bewertung des Mentors bestanden. Berk führt aus, dass Eingeschüchtertheit der Mentees zu den schlechtesten Voraussetzungen für eine Mentoring-Beziehung gehören (92). Auch in der vorliegenden Studie zeigte sich, dass einige Mentees sich zum Beispiel nicht trauten, mit dem Mentor über Zweifel bezüglich des Studiums zu sprechen, während eben dieses Gesprächsthema in einer anderen Gruppe eine wesentliche Vertiefung der Beziehung ermöglichte. Insgesamt wurde deutlich, dass es den Mentees sehr half, sich aus der Hierarchie-geprägten Rolle des Studierenden zu lösen, wenn der Mentor sich selbst zugänglich, authentisch und auch verletzlich zeigte. Sanfey et al. schreiben „*a mentee may witness private moments when the mentor lets his or her guard down*“ (90) und auch andere Studien bestätigen die Relevanz der Offenheit des Mentors (40) sowie des Ausdrucks von Gefühlen und dem Zulassen von Verletzlichkeit (175). In der Kommunikationspsychologie bzw. psychotherapeutischen Beziehung ist dies ebenfalls ein wichtiges Thema, wobei die Offenlegung persönlicher Gefühle und Erfahrungen als *self-disclosure* bezeichnet wird (176). Neben der Empfehlung, dass die Mentees sich persönlich einbringen und ihr Zögern überwinden (40), können daher die Mentoren wesentlich dazu beitragen, eine Mentoring-Beziehung zu etablieren, in der offen über Schwächen, Unwissenheit oder Fehler gesprochen werden kann (81).

(2) Proaktive Gestaltung der Beziehung: Eine proaktive Gestaltung der Beziehung nicht nur durch die Mentees, sondern auch durch den jeweiligen Mentor erwies sich als förderlich für eine dynamische Beziehungsentwicklung. Was die untersuchten Mentoren betrifft, beriefen sich einige auf die vom Programmkonzept her den Mentees zugeschriebene Holschuld und erklärten, sich daher bewusst zurückgehalten zu haben. Es zeigte sich jedoch in anderen Gruppen, dass es die Dynamik der Mentees positiv beeinflusste, wenn der Mentor selbst Angebote machte und sich aktiv in die Beziehung einbrachte. Ebenso wichtig war es, dass die Mentees sich engagierten und ihre Vorstellungen und Bedürfnisse dem Mentor gegenüber kommunizierten. Die Literatur zeigt, dass es üblich ist den Mentees als unerfahreneren Mentoring-Partnern die Holschuld zuzuschreiben

(74). Gleichzeitig hat die wissenschaftliche Untersuchung der Mentoring-Prozesse und der Mentoren-Benefits (s.o.) dazu beigetragen, dass die Mentoring-Beziehung mittlerweile als „gleichberechtigte Austauschbeziehung“ bezeichnet werden kann (71,73). Ihr wird ein bidirektionaler Charakter zugeschrieben, in dem die Mentees proaktiv Antworten einholen dürfen und sollen (177–179), jedoch auch das Engagement und die Bereitschaft des Mentors gefragt ist, sich einzubringen und die Beziehung zu pflegen (33,91). Alisic et al. (161) betonen auf Basis ihrer qualitativen Untersuchung, dass dem Mentor insbesondere zu Beginn des Beziehungsaufbaus eine wichtige, aktive Rolle zugeschrieben werden sollte (vgl. auch (180)).

(3) Mentor-Mentee-Kompatibilität: Angesichts der oben beschriebenen Unterschiedlichkeit der Mentoren war zu erwarten, dass die Mentor-Mentee-Kompatibilität eine Rolle für die Entwicklung der Mentoring-Beziehung spielen würde. In diesem Kontext waren neben formalen Inkongruenzen einerseits Rollenkonflikte (Mentor gleichzeitig Dozent/Prüfer) und andererseits die „Chemie“ zwischen Mentor und Mentees relevant. Die Literatur zeigt, dass diese Aspekte bereits aus der Konzeption und Untersuchung (vor allem dyadischer) Mentoring-Beziehungen bekannt sind. Auch wenn es in der Literatur Hinweise gibt, dass eine konstruktive Reibung wertvoll für den Mentoring-Prozess sein kann (100,101), wird insgesamt empfohlen durch ein gutes *matching* möglichst kompatible Mentoring-Partner zusammenzubringen und damit hinderliche Inkongruenzen zu vermeiden (36,74,92,97,98,181). Dabei sollte sich am demografischen und fachlichen Hintergrund, persönlichen Interessen und Werten sowie Bedarf und Zielen der Teilnehmer orientiert werden (35,95,182). Viele Autoren empfehlen außerdem eindringlich, Konstellationen zu vermeiden, in denen der Mentor gleichzeitig Prüfer oder Dozent der Mentees ist (91,159,161,183). In der vorliegenden Untersuchung entstanden derartige Rollenkonflikte nur bei einigen Mentees. Es bestätigte sich jedoch, dass die Doppelrolle des Mentors sie bereits vor Beginn des Mentorings (T1) beunruhigte und tatsächlich eine erhebliche Hürde darstellte, was Vertrauen und Offenheit der Mentees anging.

Anders als formale Inkongruenzen und Rollenkonflikte kann ein *matching* Prozess nicht unbedingt eine passende „Chemie“ zwischen Mentor und Mentees garantieren (92,96). So beschrieben in der vorliegenden Arbeit manche Mentee-Gruppen, davon zu profitieren, dass sie mit dem Mentor „auf einer Wellenlänge seien“. In anderen Gruppen wurde hingegen durch beiläufige Bemerkungen deutlich, dass durch den Vergleich untereinander ein gewisses Gefühl des Unmuts bzw. der Sehnsucht nach einer von guter „Chemie“ zwischen Mentor und Mentees getragenen Beziehungsdynamik entstand. Auch in anderen Studien wird die Relevanz dieses Aspekts hervorgehoben (27,40,94,104) und dabei neben dem Begriff „Chemie“ Umschreibungen wie beispielsweise „*resonance*“ (184) gebraucht. Eine vielversprechende Option den *matching* Prozess diesbezüglich zu optimieren, scheint die an *Speed Dating* angelehnte Methode des „*Speed Mentorings*“ (92,93) oder „*Mentoring Speed Datings*“ (94) zu sein. In kurzen Gesprächen von fünf bis zehn Minuten haben verschiedene Mentoren und Mentees hier die Gelegenheit sich kennenzulernen, auf Basis des persönlichen Eindrucks ein intuitives Urteil über das Gegenüber zu machen und anhand gegenseitiger *Ratings* im Nachhinein einem möglichst passenden Mentoring-Partner zugeordnet zu werden. Des Weiteren sollte im Verlauf des Mentorings eine regelmäßige Evaluation erfolgen sowie ein unkompliziertes und transparentes Prozedere für eine Neuordnung von Mentor und Mentee möglich sein (38,161,178). Da die persönliche „Chemie“ so wichtig ist für den Erfolg der Mentoring-Beziehung (92,96) und da insbesondere Gruppen-Mentoring-Programme hier vor einer Herausforderung stehen (145), sollte der Untersuchung dieses Themas mehr Beachtung geschenkt werden.

(4) Stellenwert im studentischen Alltag: Es überrascht, dass in einem Mentoring auf freiwilliger Basis bzw. mit aktiver Bewerbung der Mentees sowohl die zeitliche Eingebundenheit der Mentees als auch ein geringer Mentoring-Bedarf Faktoren waren, die zu wenigen Treffen und damit zu einer stagnierenden Beziehungsentwicklung geführt haben. Auch von Mentees und Mentoren wurde dieses Problem bei Beginn des Mentorings nicht antizipiert. Im Gegenteil äußerten einige Mentoren und Mentees, dass die berufliche Eingebundenheit der Mentoren einen kritischen Faktor darstellen könnte – was sich hier nicht bewahrheitete. Durch andere Untersuchungen ist bekannt, dass sowohl die Eingebundenheit der Mentees (27,40,103,104) als auch der Mentoren (27,104,105,183) einen limitierenden Faktor darstellen und zu Frustration beim Mentoring-Partner führen kann. Auf Basis ihrer Untersuchung eines Gruppen-Mentoring-Programms für Medizinstudierende weisen Goncalves et al. entsprechend auf folgendes hin „*there is a need for institutional strategies to protect the time allocated to mentoring meetings in medical schools.*“ (104). Diese Ansicht wird von weiteren Autoren unterstützt (40,83,153,185). Eine Abstimmung auf das Gesamtcurriculum (182,186) erscheint vor allem für Gruppen-Mentoring-Programme sinnvoll. Denn hier müssen mehrere Studierende gemeinsame Termine mit einem Mentor abstimmen und es besteht die Gefahr, dass dies vernachlässigt wird, wenn die Termine zu stark mit anderen Aktivitäten des Lehrplans konkurrieren (145).

Es bleibt die Frage offen, wie sinnvoll zusätzlich eine Verpflichtung zur Teilnahme an Mentoring wäre. Skjevik et al. fassen in ihrem Review zusammen, dass der Großteil der eingeschlossenen Gruppen-Mentorings einen verpflichtenden Charakter hatte (neun von 14) und keiner der Autoren diesbezüglich negative Erfahrungen berichtete (145). Des Weiteren argumentieren sie, dass eine Verpflichtung zur Teilnahme die Bedeutung des Mentorings für die ärztliche Ausbildung aus Sicht der Fakultät widerspiegeln würde. Andere Autoren wenden jedoch ein, dass Freiwilligkeit ein relevantes Charakteristikum von Mentoring ist (35,74,81) und wesentlich zum Gelingen einer persönlichen Beziehung beiträgt (33,161,174). Es erscheint daher empfehlenswert eher einen Fokus darauf zu setzen, wie Studierende, die tatsächlich einen hohen Mentoring-Bedarf haben, motiviert werden können, freiwillig an einem entsprechenden Programm teilzunehmen. In der vorliegenden Arbeit zeigte sich zunächst (bei T1), dass sich viele Mentees Ansprechpartner („*Rettungsanker*“) und persönliche Begleitung wünschten (vgl. auch (187)). Dies spiegelt auch die Bedarfsanalyse an der medizinischen Fakultät in München wider, in der 86% der Studierenden das Bedürfnis nach persönlicher und professioneller Unterstützung äußerten (38). Trotzdem zeigte sich nicht nur bei A², sondern auch bei anderen Mentoring-Programmen, dass unter den freiwillig teilnehmenden Mentees teilweise wenig akuter Bedarf für Fragen oder Anliegen besteht (27,40). Dies führte in den betroffenen Mentoring-Beziehungen zu seltenen Treffen und damit möglicherweise zu einer stagnierenden Beziehungsentwicklung. Jedoch zeigte die vorliegende Studie in Triangulation mit den untersuchten Benefits auch, dass bei nicht aus Ärzte-Familien stammenden Mentees die Beziehung zu einem Mentor einen deutlich höheren Stellenwert hatte. Dieses Ergebnis ist konsistent mit den Daten anderer Studien (149,159) und könnte einen sinnvollen Ansatzpunkt für die Ausrichtung und Bewerbung des Programms bzw. die Akquise von Mentees darstellen. Des Weiteren zeigen Whittle et al., dass der DREEM als Lehr-/Lernkultur-Fragebogen dafür genutzt werden kann Bereiche zu identifizieren, in denen Defizite bestehen (z. B. „*support system*“) und dass mit entsprechenden Angeboten darauf reagiert werden kann („*Student support poster*“, „*Stressful Experience report form*“) (111). Es wäre daher interessant zu untersuchen, ob Erhebungen mittels DREEM bzw. LB-F sich eignen, um Studierende mit besonderem Mentoring-Bedarf zu identifizieren, die auf das entsprechende Angebot der Fakultät aufmerksam gemacht werden könnten.

(5) Gruppen-Konstellation: In der Literatur gibt es bisher kaum Beschreibungen, oder Empfehlungen, bezüglich der Zusammenstellung von Mentee-Gruppen und deren Einfluss auf die Beziehungsdynamik in Gruppen-Mentoring-Programmen für Medizinstudierende. Die Mehrheit der longitudinalen Gruppen-Mentoring-Programme beginnt mit dem ersten Studienjahr und enthält daher zwar ggf. alters- jedoch kaum semesterheterogene Mentee-Gruppen (145). Mentoring-Gruppen, die wie bei A² auch aus Studierenden deutlich unterschiedlicher Semester zusammengesetzt sind, entstehen vor allem durch die ergänzende Teilnahme von (*near-*)Peer-Co-Mentoren (150,155,162,168). Dabei weisen Lutz et al. auf zwei wichtige Aspekte hin, die einerseits die Heterogenität und andererseits eine zufällige Zusammenstellung der Gruppe betreffen. Eine heterogen und per Zufallsverteilung zusammengestellte Gruppe kommt demnach am ehesten den Konditionen nahe, in denen Teamarbeit im medizinischen Kontext stattfindet und auf die Medizinstudierende auf diese Weise entsprechend vorbereitet werden können. Es zeigte sich außerdem, dass die untersuchten Mentees diese Form der Gruppen-Zusammenstellung insgesamt zu schätzen wussten: *“Although not all participants fitted well into the group in which they had been placed, the mentees generally valued a randomized composition of the group with unfamiliar and diverse group members since it allowed more new perspectives to be gained and gave more mirroring possibilities.”* (168). Ähnliches beschrieben bereits Woessner et al. (40) und auch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bestätigen diesen Eindruck. Obwohl initial teilweise Zweifel bezüglich der Heterogenität der Gruppe auf Seiten der A²-Mentoren und Mentees geäußert wurden, bestand nach dem ersten Mentoring-Jahr Konsens darüber, dass die Heterogenität der Gruppe hinsichtlich Alter und Semester sehr lohnend war (*„Horizont-erweiternde Reflexionsmöglichkeiten“*, *„Erfahrungsaustausch“*). Die Mentees hoben dabei ebenfalls hervor, dass sie davon profitierten, Teil einer Gruppe Studierender zu sein, mit denen sie nicht bereits vorher (eng) befreundet waren. Ein gewisser emotionaler Abstand war hier förderlich. So ermöglichte das Zusammenkommen *„aus einem bestimmten Grund“* (Arzt-Werden) einen anregenden Austausch (beispielsweise von Erlebnissen mit Patienten oder Dozenten) und regte zu kritischer (Selbst-)Reflexion an. Mentoren und Mentees schätzten die Gruppen-Situation außerdem in dem Sinne, dass sie die *„Ebene lockerer macht“*, sie den Mentees half, anfängliche Scheu zu überwinden und ins Gespräch zu kommen. Insgesamt ermöglichte die heterogene Gruppen-Konstellation sowohl den Mentoren Einblick und Zugang zu Studierenden verschiedener Semester als auch die Entwicklung von Peer-Mentoring Prozessen zwischen den Mentees. Damit kommt A² den oben erwähnten Mentoring-Programmen sehr nahe, die den Aufwand betreiben (*near-*)Peers als Co-Mentoren zu akquirieren. Da Studien zeigen, dass der *peer support* sehr wichtig ist (144,188) und eine höhere Anzahl von Treffen unterstützen kann (155) ist die Konzeption von A² diesbezüglich empfehlenswert und sollte weiterhin die Teilnahme von Studierenden sehr unterschiedlicher Semester unterstützen.

Die aus der Diskussion der Ergebnisse abgeleiteten Empfehlungen werden im abschließenden Kapitel 4.3 „Schlussfolgerungen und Ausblick“ zusammengefasst und können für die Optimierung von A² bzw. Implementierung ähnlich konzipierter Gruppen-Mentoring-Programme genutzt werden. Zuvor wird im Folgenden auf Limitationen und Stärken der vorliegenden Arbeit eingegangen.

4.2 Limitationen und Stärken

Es sollten drei Limitationen bezüglich des quantitativen Teils der vorliegenden Arbeit beachtet werden. Erstens umfasst die Kohorte lediglich eine kleine Anzahl von Mentoring-Teilnehmern. Dies ist darin begründet, dass die gleiche Kohorte genutzt wurde, die auch für die qualitative Befragung gewählt wurde. Aus diesem Grund ist jedoch die Aussagekraft der statistischen Analyse limitiert. Insbesondere im Fall der Mentoren können sich Signifikanzen der Nachweisbarkeit entzogen haben. Zweitens wurde keine Kontrollgruppe in die Befragung eingeschlossen. Dies liegt darin begründet, dass der Schwerpunkt der Arbeit auf das qualitative Forschungs-Design gelegt wurde. Anhand einer größeren Kohorte bzw. einer repräsentativen Kontrollgruppe aus Studierenden, die nicht am Mentoring teilnehmen, könnte eine fundiertere Aussage über eine Änderung der wahrgenommenen Lehr-/Lernkultur gemacht werden. Drittens basieren die Ergebnisse nur auf einem einjährigen Beobachtungszeitraum. Dieser wurde so gewählt, um die initiale Phase der Beziehungsentwicklung in den Fokus der Untersuchung zu rücken. Eine Folgeuntersuchung nach mehreren Jahren wäre jedoch sinnvoll, um zu eruieren, inwieweit sich die Wahrnehmung der Lehr-/Lernkultur mit zunehmender Etablierung der Mentoring-Beziehungen verändert.

Bezüglich des qualitativen Teils der vorliegenden Arbeit sollten drei Limitationen beachtet werden, die sich auf Stichprobenszusammensetzung, Interviewdurchführung und Datenauswertung beziehen. Erstens konnte bei zwei der neun in die Untersuchung eingeschlossenen Mentoren die zugehörige Mentee-Gruppe trotz wiederholter Anfragen nicht rekrutiert werden. Aus diesem Grund fehlt hier jeweils die zur Mentor-Aussage reziproke Perspektive der Mentees. Zweitens ist bei Daten aus Interviews zu berücksichtigen, dass diese auf der Erinnerungsfähigkeit und subjektiven Wahrnehmung der Teilnehmer basieren. Ein Interviewer mit langjähriger Erfahrung hätte gegebenenfalls versiertere Nachfragen stellen und noch tiefergehende Informationen erhalten können. Das Training mit der Pilot-Kohorte hat rückblickend jedoch eine solide Basis für die Interviewführung ermöglicht. Drittens wurde die Qualität der Datenauswertung in der vorliegenden Arbeit nicht durch eine umfangreiche Zweitcodierung mit Berechnung der Interrater-Reliabilität sichergestellt (126,128). Es erfolgte jedoch eine stichprobenartige Rater-Überprüfung durch einen internen und einen externen Zweitcodierer („*kommunikative Validierung*“ (128)), was angesichts des gewählten strukturierten Auswertungsverfahrens als ausreichend angesehen werden kann (vgl. auch „*konsensuelles Codieren*“ nach Kuckartz (126)). Des Weiteren wird an dieser Stelle erneut darauf hingewiesen, dass die an der Forschung Beteiligten selbst in das Mentoring-Programm involviert waren. Wie im Abschnitt „Gütekriterien und Reflexion“ erläutert, ist die Funktion der Forschenden als „teilnehmende Beobachter“ aber als der gewählten qualitativen Herangehensweise inhärent und nicht per se als Limitation zu werten (131). Ein möglicher Einfluss auf die Authentizität des Antwortverhaltens der Teilnehmer kann allerdings nicht ausgeschlossen werden.

Die Stärke der vorliegenden Arbeit begründet sich in ihrem vielschichtigen Einblick in die Entwicklung von Gruppen-Mentoring Beziehungen. Dieser basiert zum einen auf der Einbeziehung beider Teilnehmer-Perspektiven (Mentees und Mentoren) und zum anderen auf der Verwendung quantitativer und qualitativer Methoden. Erstmals wurde hier ein Mentoring-Programm tatsächlich mit der wahrgenommenen Lehr-/Lernkultur in Beziehung gesetzt. Die qualitative Untersuchung zeichnet sich dabei insbesondere dadurch aus, dass sie ein breites Spektrum an Teilnehmer-Merkmalen umfasst. So konnte die Beziehungsentwicklung mit Mentoren unterschiedlichen Geschlechts, Alters, Erfahrungshintergrunds und akademischen Grads abgebildet werden. Insgesamt ermöglichte das verwendete longitudinale *mixed methods* Design neben der

Identifikation von Einflussfaktoren eine differenzierte Aussage über den Stellenwert des Programms A² nicht nur für Mentoren und Mentees, sondern auch für die Lehr-/Lernkultur der medizinischen Fakultät.

4.3 Schlussfolgerungen und Ausblick

An einer medizinischen Fakultät kommen verschiedenste Studierende auf ihrem Weg zum Arzt-Sein zusammen und bilden mit den dort tätigen Ärzten und Dozenten eine Lehr- und Lerngemeinschaft (8). Die gelebte Kultur dieser Gemeinschaft wirkt sich auf den Prozess des Arzt-Werdens aus und wird sowohl durch das formale, informelle, als auch das *hidden Curriculum* beeinflusst (24,44). A² als neu implementiertes Mentoring-Programm stellt hier zunächst einen Randbereich und damit einen kleinen Baustein im vielschichtigen Prozess der Professionalisierung zum Arzt dar (158,189). Erwartungsgemäß zeigen sich daher nach dem ersten Mentoring-Jahr noch keine großen Veränderungen bezüglich der quantitativ erfassten Lehr-/Lernkultur. Die untersuchten Mentoren und Mentees nahmen diese als mittelmäßig war und entsprechen damit sowohl lokal als auch international dem Durchschnitt von Lehrenden und Studierenden medizinischer Fakultäten (67,113,132).

In der vorliegenden qualitativen Untersuchung wurde deutlich, dass das Gruppen-Mentoring-Programm A² sowohl auf persönlicher als auch professioneller Ebene einen Mehrwert für Mentoren und Mentees bietet. Es stellt einen Verknüpfungspunkt von Studierenden und Dozierenden dar, der den Austausch von Erwartungen und Erfahrungen sowie gemeinsame Reflexion des Studiums ermöglicht. Diese Erkenntnisse machen deutlich, dass das Gruppen-Mentoring einen wertvollen Beitrag zur gemeinsamen Gestaltung einer inspirierenden Lehr-/Lernkultur leisten kann.

Die Entwicklung einer gelingenden Gruppen-Mentoring-Beziehung hängt dabei laut den Ergebnissen der vorliegenden Studie von verschiedenen Faktoren ab. Einerseits bestätigen diese bereits bestehende Erkenntnisse aus der Mentoring-Literatur (36,39,161,173,174,190), andererseits liefern sie eine bisher oft fehlende Bestätigung bezüglich der Relevanz für Gruppen-Mentoring-Programme. Sowohl im Interesse der Programmorganisation als auch um „den Teilnehmenden zu verdeutlichen, wie das Arrangement am besten ‚genutzt‘ werden kann“ (35) werden diese Faktoren im Folgenden als Empfehlungen für die Beziehungsentwicklung in Gruppen-Mentoring-Programmen formuliert:

- ✓ Regelmäßige Treffen sind insbesondere bei Gruppen-Mentoring wichtig, da sowohl Mentor und Mentees als auch die Mentees untereinander sich kennenlernen und eine Beziehung aufbauen müssen. Im ersten Mentoring-Jahr ist eine Mindestanzahl von fünf Treffen empfehlenswert.
- ✓ Im Verlauf der Beziehungsentwicklung stattfindende Treffen im privaten Umfeld von Mentor oder Mentees fördern sowohl den Beziehungsaufbau als auch den Mehrwert des Mentorings.
- ✓ Gruppen-Mentoring-Programme können und sollten ergänzende Einzel- und Peer-Mentoring-Prozesse implizieren. Während die Treffen zwischen Mentor und Mentee-Gruppe im Vordergrund stehen, unterstützen Einzeltreffen mit dem Mentor ein persönliches Kennenlernen und eine individuelle Beratung; Treffen der Mentee-Gruppe ermöglichen einen Peer-Austausch bezüglich studienbezogener Themen und fördern den Gruppenentwicklungsprozess.
- ✓ Für auf Freiwilligkeit beruhende Programme ist es wichtig, Mentees zu akquirieren, die tatsächlich einen Mentoring-Bedarf haben. Daher empfiehlt es sich bei der Darstellung und

Bewerbung des Programms hervorzuheben, dass in einem Gruppen-Mentoring wie A² gerade Studierende ohne Ärzte im Familien- und Bekanntenkreis von einem ärztlichen Ansprechpartner profitieren können und zusätzlich die Möglichkeit für Austausch und Reflexion in einer Peergroup besteht.

- ✓ Um eine Beziehungsebene zu fördern, die über eine reguläre Studenten-Dozenten Interaktion hinausgeht, sollten sich Mentoren und Mentees persönlich „als Mensch“ auf die Beziehung einlassen. Vor allem das initiale Verhalten des Mentors hat einen Einfluss auf den Umgang der Mentees mit ihm. Indem er sich authentisch und nahbar zeigt, trägt er zum Vertrauensaufbau bei und ermöglicht den Mentees sich ebenfalls zu öffnen. Die Mentees sollten sich ihrer Chance bewusst sein und die Courage haben, auf den Mentor zuzugehen.
- ✓ Mentoren und Mentees wünschen sich eine Begegnung auf Augenhöhe und sollten sich daher gleichermaßen aktiv in die Gestaltung der Interaktion einbringen (dürfen). Denn, obwohl die Mentees mehr als die Mentoren eine „suchende“ Rolle innehaben, konterkariert die ihnen allein zugeschriebene Funktion der „Holschuld“ den für die Mentees per se oft schwierigen Prozess, sich aus der hierarchiegeprägten Rolle des Medizinstudierenden zu lösen.
- ✓ Um eine möglichst hohe Mentor-Mentee-Kompatibilität zu gewährleisten, sollte ein Fokus auf das *matching* gelegt werden, wobei insbesondere zu beachten ist, dass der Mentor nicht Dozent oder Prüfer der Mentees ist.
- ✓ Die Semester-Heterogenität stellt aufgrund der zeitlichen Eingebundenheit der unterschiedlichen Studierenden eine potenzielle Hürde für regelmäßige Treffen dar. Trotzdem ist es für Gruppen-Mentorings empfehlenswert eine möglichst semester-heterogene Gruppe zusammenzustellen, da diese wertvolles Peer-Mentoring ermöglicht. Es ist außerdem vorteilhaft, wenn die Mentees nicht bereits im Vorhinein (eng) befreundet gewesen sind.

Neben den hier ausgesprochenen Empfehlungen lassen sich aus der vorliegenden Untersuchung außerdem Anhaltspunkte für weitere Forschung ableiten. So deutete sich bei den untersuchten Mentor-Mentee-Konstellationen an, dass ein „mittlerer“ Abstand zwischen Mentor und Mentees ein für eine florierende Beziehungsentwicklung besonders günstiges Verhältnis aus Nähe (ähnliche Erlebniswelt) und Distanz (Fachwissen, Lebenserfahrung) darstellte. Dies bezieht sich auf Einzelbeispiele, in denen der Mentor circa 10 bis 20 Jahre weiter in seiner Karriere fortgeschritten war als die Mentees. Es wäre interessant den hier entstandenen Eindruck zu überprüfen und weiter zu erforschen. Außerdem wurde in der vorliegenden Untersuchung kein Fokus auf den potenziellen Einfluss des Geschlechts des Mentors oder der Zusammenstellung der Mentee-Gruppe aus weiblichen bzw. männlichen Studierenden gelegt. Zwar gibt es bereits Studien, die sich mit der *Gender* Thematik bei Mentoring beschäftigen (36,161,191,192), es wäre jedoch interessant, dies speziell als weiteren potenziellen Einflussfaktor für Gruppen-Mentoring-Prozesse näher zu untersuchen.

Insgesamt setzt die hier vorliegende Arbeit erstmalig die Wahrnehmung der Lehr-/Lernkultur von Mentoring-Teilnehmern und die Entwicklung von Gruppen-Mentoring-Beziehungen in Beziehung. Die Wahrnehmung der Lehr-/Lernkultur steht sowohl mit Verhalten und Ausbildungsergebnissen der Studierenden als auch mit ihrer Lebensqualität, psychischen Belastung und Vorbereitung zur ärztlichen Tätigkeit in Zusammenhang (58,59,132). Es erscheint daher relevant, die hier präsentierten Ergebnisse, die sich zunächst auf das erste Mentoring-Jahr beziehen, als Basis für Langzeituntersuchungen zu nutzen. Diese sollten die fortschreitende Beziehungsentwicklung verfolgen, um den Stellenwert des Mentorings für die Lehr-/Lernkultur im Verlauf weiter definieren und entsprechend modulieren zu können.

5 Literatur- und Quellenverzeichnis

1. Troschke J v. Die Rolle des Arztes in unserer Gesellschaft. DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift. 4. Dezember 2003;128(49):2608–11.
2. Ollenschläger G. Die Kunst, heutzutage ein guter Arzt zu sein. Ärzteblatt Baden-Württemberg. 2004;59(3):113–4.
3. Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. Medical Teacher. Januar 2007;29(7):642–7.
4. Abele AE. Arztberuf: Zwischen Erwartung und Realität. Deutsches Ärzteblatt. 2001;98(46):3008–13.
5. Daten der bundesweit zulassungsbeschränkten Studiengänge an Universitäten [Internet]. [zitiert 4. November 2018]. Verfügbar unter: https://hochschulstart.de/fileadmin/user_upload/bew_zv_ws17.pdf
6. Köhler S, Kaiser R, Napp L. Medizinstudium – und was dann? Hessisches Ärzteblatt. Oktober 2004;565–8.
7. Wissenschaftsrat. Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge. Dresden 11.07.2014 [Internet]. [zitiert 21. September 2021]. Verfügbar unter: https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/4017-14.pdf?__blob=publicationFile&v=3
8. Genn JM. AMEE Medical Education Guide No. 23 (Part 1): Curriculum, environment, climate, quality and change in medical education—a unifying perspective. Medical Teacher. Januar 2001;23(4):337–44.
9. Genn JM. AMEE Medical Education Guide No. 23 (Part 2): Curriculum, environment, climate, quality and change in medical education – a unifying perspective. Medical Teacher. Januar 2001;23(5):445–54.
10. Hundert EM, Hafferty F, Christakis D. Characteristics of the informal curriculum and trainees’ ethical choices. Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges. 1996;71(6):624-642.
11. Winkel S, Petermann F, Petermann U. Lernpsychologie (Vol. 2817). UTB; 2006.
12. Kollwe T, Sennekamp M, Ochsendorf F. Medizindidaktik. Springer Berlin Heidelberg; 2018.
13. Hafferty F, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. Academic Medicine. November 1994;69(11):861–71.
14. Chuang AW, Nuthalapaty FS, Casey PM, Kaczmarczyk JM, Cullimore AJ, Dalrymple JL, u. a. To the point: reviews in medical education—taking control of the hidden curriculum. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Oktober 2010;203(4):316.e1-316.e6.
15. Fraser BJ. Australian Research on Classroom Environment: State of the Art. Australian Journal of Education. November 1981;25(3):238–68.

16. Moos RH. Evaluating classroom learning environments. *Studies in Educational Evaluation*. Januar 1980;6(3):239–52.
17. O'Reilly R. Classroom Climate and Achievement in Secondary School Mathematics Classes. US Department of Health, Education & Welfare National Institute of Education. 1975;2–18.
18. Cavanaugh S, Simmons P. Evaluation of a school climate instrument for assessing affective objectives in health professional education. *Evaluation & the health professions*. 1977;20(4):455–78.
19. DeYoung AJ. Classroom climate and class success a case study at the university level. *The Journal of Educational Research*. 1977;70(5):252–7.
20. Pace CR. Thoughts on Evaluation in Higher Education. American College Testing Program, ACT Publications, Iowa City; 1972.
21. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students: *Academic Medicine*. April 2006;81(4):354–73.
22. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, u. a. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 6. Dezember 2016;316(21):2214–36.
23. Seipp B, Schwarzer C. Angst und Leistung - Eine Meta-Analyse empirischer Befunde. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*. 1991;5(2):85–97.
24. Gofton W, Regehr G. What we don't know we are teaching: Unveiling the Hidden Curriculum. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. Mai 2006;(449):20–7.
25. Sambunjak D, Straus SE, Marušić A. Mentoring in Academic Medicine: A Systematic Review. *JAMA*. 6. September 2006;296(9):1103–15.
26. Frei E, Stamm M, Buddeberg-Fischer B. Mentoring programs for medical students-a review of the PubMed literature 2000-2008. *BMC medical education*. 2010;10(32).
27. Kalén S, Stenfors-Hayes T, Hylén U, Larm MF, Hindbeck H, Ponzer S. Mentoring medical students during clinical courses: A way to enhance professional development. *Medical Teacher*. August 2010;32(8):e315–21.
28. Darbyshire D, Gordon M, Baker P, Agius S, McAleer S. Systematic review of interventions to encourage careers in academic medicine. *Medical Teacher*. 2. Januar 2019;41(1):61–7.
29. Berk RA, Berg J, Mortimer R, Walton-Moss B, Yeo TP. Measuring the effectiveness of faculty mentoring relationships. *Academic Medicine*. 2005;80(1):66–71.
30. Hafferty FW. Cadaver Stories and the Emotional Socialization of Medical Students. *Journal of Health and Social Behavior*. Dezember 1988;29(4):344–56.
31. Maudsley RF. Role Models and the Learning Environment. *Academic Medicine*. Mai 2001;76(5):432–4.

32. Jochemsen-van der Leeuw HGAR, van Dijk N, van Etten-Jamaludin FS, Wieringa-de Waard M. The Attributes of the Clinical Trainer as a Role Model: A Systematic Review. *Academic Medicine*. Januar 2013;88(1):26–34.
33. Rose GL, Rukstalis MR, Schuckit MA. Informal Mentoring Between Faculty and Medical Students: *Academic Medicine*. April 2005;80(4):344–8.
34. Petersen R, Grümmer R, Jendrossek V, Sauerwein W, Schara U. Mentoring in a medical faculty: a chance for organisational learning. *International Journal of Learning and Change*. 2018;10(3):198–219.
35. Lödermann A-M. Das Mentoring-Programm als soziales Lernarrangement im wissenschaftlichen Qualifikationsprozess: Ein Beitrag zur theoretischen Fundierung von Mentoring-Programmen (Dissertation). Universität Augsburg; 2013.
36. Sambunjak D, Straus SE, Marusic A. A Systematic Review of Qualitative Research on the Meaning and Characteristics of Mentoring in Academic Medicine. *Journal of General Internal Medicine*. 2009;25(1):72–8.
37. Buddeberg-Fischer B, Herta K-D. Formal mentoring programmes for medical students and doctors – a review of the Medline literature. *Medical Teacher*. Januar 2006;28(3):248–57.
38. von der Borch P, Dimitriadis K, Störmann S, Meinel FG, Moder S, Reincke M, u. a. A novel large-scale mentoring program for medical students based on a quantitative and qualitative needs analysis. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*. 2011;28(2).
39. Meinel FG, Dimitriadis K, von der Borch P, Störmann S, Niedermaier S, Fischer MR. More mentoring needed? A cross-sectional study of mentoring programs for medical students in Germany. *BMC medical education*. 2011;11(68).
40. Woessner R, Honold M, Stehle I, Stehr S, Steudel WI. Faculty mentoring programme – ways of reducing anonymity. *Medical Education*. Juli 1998;32(4):441–3.
41. Kurré J, Bullinger M, Petersen-Ewert C, Guse AH. Differential mentorship for medical students: development, implementation and initial evaluation. *International Journal of Medical Education*. 13. November 2012;3:216–24.
42. A² Mentoring-Programm [Internet]. [zitiert 22. September 2021]. Verfügbar unter: <https://www.medizin.hhu.de/studium-und-lehre/einrichtungen-und-programme/a2-mentoring-programm>
43. Jackson PW. *Life in Classrooms*. Teachers College Press; 1990.
44. Hafferty FW. Beyond Curriculum Reform: Confronting Medicine's Hidden Curriculum. 1998;73(4):403–7.
45. Rothman AI, Ayoade F. The development of a learning environment. *Journal of Medical Education*. Oktober 1970;45(10):754–9.
46. Roff S, McAleer S, Ifere OS, Bhattacharya S. A global diagnostic tool for measuring educational environment: comparing Nigeria and Nepal. *Medical Teacher*. Januar 2001;23(4):378–82.

47. Soemantri D, Herrera C, Riquelme A. Measuring the educational environment in health professions studies: A systematic review. *Medical Teacher*. Dezember 2010;32(12):947–52.
48. Ostapczuk MS. Entwicklung, Adaptation und Validierung deutschsprachiger Inventare zur Erfassung des Lehr- und Lernklimas an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Dissertation). Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf; 2014.
49. Genn JM, Harden RM. What is Medical Education Here Really Like? Suggestions for action research studies of climates of medical education environments. *Medical Teacher*. Januar 1986;8(2):111–24.
50. Pace CR, Stern GG. An approach to the measurement of psychological characteristics of college environments. *Journal of Educational Psychology*. 1958;49(5):269–77.
51. Hutchins EB. The AAMC longitudinal study: Implications for medical education. *Academic Medicine*. 1964;39(3):265–77.
52. Nwankwo JI. The School Climate as a Factor in Students' Conflict in Nigeria. *Educational Studies*. 1979;10(3):267–79.
53. Lüddemann S. *Kultur: eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010.
54. Till H. Climate studies: can students' perceptions of the ideal educational environment be of use for institutional planning and resource utilization? *Medical Teacher*. Juni 2005;27(4):332–7.
55. Thistlethwaite DL. College Environments and the Development of Talent: Characteristics of colleges are related to the percentage of graduates who attain the Ph. D. Science. 1959;130(3367):71–6.
56. Haertel GD, Walberg HJ, Haertel EH. Socio-psychological Environments and Learning: a quantitative synthesis. *British Educational Research Journal*. Januar 1981;7(1):27–36.
57. Pimparyon, S. M Caleer, S. Pemba, S P. Educational environment, student approaches to learning and academic achievement in a Thai nursing school. *Medical Teacher*. Januar 2000;22(4):359–64.
58. Kusurkar RA, Ten Cate ThJ, Vos CMP, Westers P, Croiset G. How motivation affects academic performance: a structural equation modelling analysis. *Advances in Health Sciences Education*. März 2013;18(1):57–69.
59. Dijkstra IS, Pols J, Rimmelts P, Rietzschel EF, Cohen-Schotanus J, Brand PLP. How educational innovations and attention to competencies in postgraduate medical education relate to preparedness for practice: the key role of the learning environment. *Perspectives on Medical Education*. Dezember 2015;4(6):300–7.
60. Murray HA. *Explorations in Personality*. Oxford University Press; 1938.
61. Lewin K. *Principles of Topological Psychology*. New-York: McGraw-Hill; 1936.
62. Anderson CS. The Search for School Climate: A Review of the Research. *Review of Educational Research*. 1982;52(3):368–420.

63. Hutchins EB. The 1960 medical school graduate: his perception of his faculty, peers, and environment. *Academic Medicine*. 1961;36(4):322–9.
64. Roff S, McAleer S, Harden RM, Al-Qahtani M, Ahmed AU, Deza H, u. a. Development and validation of the Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM). *Medical Teacher*. Januar 1997;19(4):295–9.
65. Miles S, Swift L, Leinster SJ. The Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM): A review of its adoption and use. *Medical Teacher*. September 2012;34(9):e620–34.
66. Dunne F, McAleer S, Roff S. Assessment of the undergraduate medical education environment in a large UK medical school. *Health Education Journal*. Juni 2006;65(2):149–58.
67. Rotthoff T, Ostapczuk MS, De Bruin J, Decking U, Schneider M, Ritz-Timme S. Assessing the learning environment of a faculty: Psychometric validation of the German version of the Dundee Ready Education Environment Measure with students and teachers. *Medical Teacher*. November 2011;33(11):e624–36.
68. Gade S, Chari S. Students Perception Of Undergraduate Educational Environment In Multiple Medical Institutes Across Central India Using DREEM Inventory. *National Journal of Integrated Research in Medicine*. 4(5):124–30.
69. Stratulat SI, Candel OS, Tăbîrțu A, Checheriță LE, Costan VV. The perception of the educational environment in multinational students from a dental medicine faculty in Romania. *Eur J Dent Educ*. Mai 2020;24(2):193–8.
70. Roscher WH (Hrsg). *Ausführliches Lexikon der Griechischen und Römischen Mythologie*. Bd. 2,2. B. G. Teubner, Leipzig; 1897.
71. Jacobi M. Mentoring and Undergraduate Academic Success: A Literature Review. *Review of Educational Research*. 1991;61(4):505–32.
72. Kram KE. *Mentoring at Work: Developmental Relationships in Organizational Life*. University Press of America; 1988.
73. Schönfeld S, Tschirner N. Mentoring: Konzept und Erfahrungen. *Wirtschaftspsychologie*. 2002;1:85–91.
74. Pflaum S, Wüst L. *Der Mentoring Kompass für Unternehmen und Mentoren: Persönliche Erfahrungsberichte, Erfolgsprinzipien aus Forschung und Praxis*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2019.
75. Ragins BR, Cotton JL. Mentor Functions and Outcomes: A Comparison of Men and Women in Formal and Informal Mentoring Relationships. *Journal of Applied Psychology*. 1999;84(4):529–50.
76. Lankau MJ, Riordan CM, Thomas CH. The effects of similarity and liking in formal relationships between mentors and protégés. *Journal of Vocational Behavior*. Oktober 2005;67(2):252–65.
77. Peters S, Schmicker S, Weinert S (Hrsg). *Flankierende Personalentwicklung durch Mentoring*. München/Mering: Rainer Hampp Verlag; 2004.

78. Ensher EA, Thomas C, Murphy SE. Comparison of traditional, step-ahead, and peer mentoring on protégés' support, satisfaction, and perceptions of career success: A social exchange perspective. *Journal of Business and Psychology*. 2001;15(3):419–38.
79. Stenfors-Hayes T, Kalén S, Hult H, Dahlgren LO, Hindbeck H, Ponzer S. Being a mentor for undergraduate medical students enhances personal and professional development. *Medical Teacher*. Januar 2010;32(2):148–53.
80. Eby LT, Durley JR, Evans SC, Ragins BR. The relationship between short-term mentoring benefits and long-term mentor outcomes. *Journal of Vocational Behavior*. Dezember 2006;69(3):424–44.
81. Lödermann A-M. Die interpersonale Beziehung im Mentoring-Prozess: Eine qualitative Studie zur Aufklärung des Zusammenspiels von Beziehungsqualität und der Gestaltung des Lern-und Austauschprozesses (Diplomarbeit). Augsburg: OPUS; 2007.
82. Zink BJ, Hammoud MM, Middleton E, Moroney D, Schigelone A. A Comprehensive Medical Student Career Development Program Improves Medical Student Satisfaction With Career Planning. *Teaching and Learning in Medicine*. 1. Februar 2007;19(1):55–60.
83. Macaulay W, Mellman LA, Quest DO, Nichols GL, Haddad J, Puchner PJ. The Advisory Dean Program: A Personalized Approach to Academic and Career Advising for Medical Students: *Academic Medicine*. Juli 2007;82(7):718–22.
84. Zier K, Friedman E, Smith L. Supportive Programs Increase Medical Students' Research Interest and Productivity: *Journal of Investigative Medicine*. Mai 2006;54(4):201–7.
85. Reynolds HY. In *Choosing a Research Health Career, Mentoring is Essential*. Lung. Februar 2008;186(1):1–6.
86. Keyser DJ, Lakoski JM, Lara-Cinisomo S, Schultz DJ, Williams VL, Zellers DF, u. a. Advancing Institutional Efforts to Support Research Mentorship: A Conceptual Framework and Self-Assessment Tool: *Academic Medicine*. März 2008;83(3):217–25.
87. Murr AH, Miller C, Papadakis M. Mentorship through Advisory Colleges. *Academic Medicine*. 2002;77(11):1172–3.
88. Scheckler WE, Tuffli G, Schalch D, MacKinney A, Ehrlich E. The Class Mentor Program at the University of Wisconsin Medical School: a unique and valuable asset for students and faculty. *Wisconsin Medical Journal*. 2004;103(7):46–50.
89. Kosoko-Lasaki O, Sonnino RE, Voytko ML, Carolina N. Mentoring for Women and Underrepresented Minority Faculty and Students: Experience at Two Institutions of Higher Education. *Journal of the National Medical Association*. 2006;98(9):1449–59.
90. Sanfey H, Hollands C, Gantt NL. Strategies for building an effective mentoring relationship. *The American Journal of Surgery*. November 2013;206(5):714–8.
91. Taherian K, Shekarchian M. Mentoring for doctors. Do its benefits outweigh its disadvantages? *Medical Teacher*. Januar 2008;30(4):e95–9.
92. Berk RA. Where's the chemistry in mentor-mentee academic relationships? Try speed mentoring! *International Journal of Mentoring and Coaching*. 2010;8(1):85–138.

93. Cook DA, Bahn RS, Menaker R. Speed mentoring: An innovative method to facilitate mentoring relationships. *Medical Teacher*. August 2010;32(8):692–4.
94. Guse J, Schweigert E, Kulms G, Heinen I, Martens C, Guse AH. Effects of Mentoring Speed Dating as an Innovative Matching Tool in Undergraduate Medical Education: A Mixed Methods Study. *PLOS ONE*. 9. Februar 2016;11(2):e0147444.
95. Schäfer M, Pander T, Pinilla S, Fischer MR, von der Borch P, Dimitriadis K. A prospective, randomised trial of different matching procedures for structured mentoring programmes in medical education. *Medical Teacher*. September 2016;38(9):921–9.
96. Jackson VA, Palepu A, Szalacha L, Caswell C, Carr PL, Inui T. “Having the right chemistry”: a qualitative study of mentoring in academic medicine. *Academic Medicine*. 2003;78(3):328–34.
97. Wanberg CR, Kammeyer-Mueller J, Marchese M. Mentor and protégé predictors and outcomes of mentoring in a formal mentoring program. *Journal of Vocational Behavior*. Dezember 2006;69(3):410–23.
98. Chao GT. Formal mentoring: Lessons learned from past practice. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2009;40(3):314–20.
99. Chao GT, Walz PM, Gardner PD. Formal and informal mentorships: a comparison on mentoring functions and contrast with nonmentored counterparts. *Personnel Psychology*. 1992;45(3):619–36.
100. Vermunt JD, Verloop N. Congruence and friction between learning and teaching. *Learning and Instruction*. Juni 1999;9(3):257–80.
101. Abrahamson ED, Puzzar C, Ferro MS, Bailey S. Peer mentors’ experiences and perceptions of mentoring in undergraduate health and sports science programmes. *JPR*. 8. August 2019;3(2):21–37.
102. Steinert Y, Boudreau JD, Boillat M, Slapcoff B, Dawson D, Briggs A, u. a. The Osler Fellowship: An Apprenticeship for Medical Educators: *Academic Medicine*. Juli 2010;85(7):1242–9.
103. Bhatia A, Singh N, Dhaliwal U. Mentoring for first year medical students: humanising medical education. *IJME*. April 2013;10(2).
104. Gonçalves M de CN, Bellodi PL. Mentors also need support: a study on their difficulties and resources in medical schools. *Sao Paulo Med J*. 2012;130(4):252–8.
105. Usmani A, Omaer Q, Sultan ST. Mentoring undergraduate medical students: Experience from Bahria University Karachi. *J Pak Med Assoc*. 2011;61(8):790–4.
106. Huizing RL. Mentoring Together: A Literature Review of Group Mentoring. *Mentoring & Tutoring: Partnership in Learning*. Februar 2012;20(1):27–55.
107. SelmaMeyerMED+ [Internet]. [zitiert 24. September 2021]. Verfügbar unter: <https://www.mentoring.hhu.de/mentees/med>

108. Roff S. The Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM)—a generic instrument for measuring students' perceptions of undergraduate health professions curricula. *Medical Teacher*. Juni 2005;27(4):322–5.
109. McAleer S, Roff S. A practical guide to using the Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM). *AMEE Education Guide*. 2001;23:29–33.
110. Vieira JE, do Patrocinio Tenorio Nunes M, de Arruda Martins M. Directing student response to early patient contact by questionnaire. *Med Educ*. Februar 2003;37(2):119–25.
111. Whittle S, Whelan B, Murdoch-Eaton D. DREEM and beyond; studies of the educational environment as a means for its enhancement. *Education for Health*. 2007;20(1):1–9.
112. Lai N, Nalliah S, Jutti R, Hla Y, Lim V. The Educational Environment and Self- perceived Clinical Competence of Senior Medical Students in a Malaysian Medical School. *Education for Health*. 2009;22(2):1–15.
113. Rotthoff T, Ostapczuk MS, de Bruin J, Kröncke K-D, Decking U, Schneider M, u. a. Development and evaluation of a questionnaire to measure the perceived implementation of the mission statement of a competency based curriculum. *BMC Medical Education*. Dezember 2012;12(109).
114. Leitbild „Lehre“ der Medizinischen Fakultät Düsseldorf [Internet]. [zitiert 13. September 2021]. Verfügbar unter: <https://www.medizin.hhu.de/studium-und-lehre/unser-leitbild>
115. Helfferich C. Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur N., Blasius J. (Hrsg) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS; 2014.
116. Helfferich C. *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011.
117. Zwick MM, Schröter R. Konzeption und Durchführung von Fokusgruppen am Beispiel des BMBF-Projekts „Übergewicht und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als systemisches Risiko“. In: Schulz M, Mack B, Renn O (Hrsg) *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2012.
118. Richter D, Fleer B. Fokusgruppen als Evaluationsinstrument der Zufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*. August 2004;9(4):236–40.
119. Gerlach H, Becker N, Abholz H-H. Welche Erfahrungen haben deutsche Hausärzte mit Patienten mit Migrationshintergrund? Ergebnisse einer Fokusgruppendifkussion mit Hausärzten. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. Oktober 2008;84(10):428–35.
120. Othman C, Wollny A, Abholz H-H, Altiner A. Die Gesundheitsuntersuchung – Ein ungeliebtes Stiefkind? Eine qualitative Untersuchung. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. Juli 2008;84(07):280–5.
121. Flick U. *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2017.

122. Dresing T, Pehl T. Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende [Internet]. 2013 [zitiert 12. April 2015]. Verfügbar unter: <https://www.audiotranskription.de/praxisbuch>
123. Titscher S, Meyer M, Wodak R, Vetter E. *Methods of Text and Discourse Analysis*. London: SAGE Publications; 2000.
124. Carrera-Fernández MJ, Guàrdia-Olmos J, Però-Cebollero M. Qualitative methods of data analysis in psychology: an analysis of the literature. *Qualitative Research*. Februar 2014;14(1):20–36.
125. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey G., Mruck K. (Hrsg.) *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer; 2020.
126. Kuckartz U. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz Juventa; 2018.
127. Schreier M. Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung*. 2014;15(1).
128. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz; 2010.
129. Steinke I. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U., von Kardoff, E. & Steinke, I. (Hrsg) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. In Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2000.
130. Flick U. Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In: Baur N., Blasius J. (Hrsg) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS; 2014.
131. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Academic Medicine*. September 2014;89(9):1245–51.
132. Chan CYW, Sum MY, Tan GMY, Tor P-C, Sim K. Adoption and correlates of the Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM) in the evaluation of undergraduate learning environments – a systematic review. *Medical Teacher*. 2. Dezember 2018;40(12):1240–7.
133. Miles S, Leinster SJ. Comparing staff and student perceptions of the student experience at a new medical school. *Medical Teacher*. Januar 2009;31(6):539–46.
134. Pinnock R, Shulruf B, Hawken SJ, Henning MA, Jones R. Students' and teachers' perceptions of the clinical learning environment in years 4 and 5 at the University of Auckland. *NZMJ*. 2011;124(1334):63–70.
135. Shehnaz SI, Sreedharan J, Gomathi KG. Faculty and Students' Perceptions of Student Experiences in a Medical School Undergoing Curricular Transition in the United Arab Emirates. *SQUMJ*. Februar 2012;12(1):77–85.
136. Sadiq N, Aurangzeb W, Farooq A, Rauf S, Salman S. A call for mentoring of medical students in the backdrop of integrated curriculum. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2013;25(1–2):74–7.

137. Patil AA, Chaudhari VL. Students' perception of the educational environment in medical college: a study based on DREEM questionnaire. *Korean J Med Educ.* 1. September 2016;28(3):281–8.
138. Edgren G, Haffling A-C, Jakobsson U, Mcaleer S, Danielsen N. Comparing the educational environment (as measured by DREEM) at two different stages of curriculum reform. *Medical Teacher.* Januar 2010;32(6):e233–8.
139. Rojas-Bolivar D, Bardalez-Garcia B, Bravo-Vasquez ML, Arroyo-Ramirez FA, Yon-Leau C. Percepción del ambiente educacional y rendimiento académico en una escuela de medicina de Lima: un estudio longitudinal. *Educación Médica.* Januar 2021;22(5):409–13.
140. Demiroren M, Palaoglu O, Kemahli S, Ozyurda F, Ayhan IH. Perceptions of Students in Different Phases of Medical Education of Educational Environment: Ankara University Faculty of Medicine. *Medical Education Online.* Dezember 2008;13(1):4477.
141. Messarra LC. Sources of Stress for First Year Students and Their Perception of the University Employed Support Services: A Case Study (Dissertation). University of Leicester; 2005.
142. Krause K-L, Hartley R, James R, McInnis C. The first year experience in Australian universities: findings from a decade of national studies. Australian Government, Department of Education, Science and Training; 2005.
143. Bassols AM, Okabayashi LS, Silva AB da, Carneiro BB, Feijó F, Guimarães GC, u. a. First- and last-year medical students: is there a difference in the prevalence and intensity of anxiety and depressive symptoms? *Rev Bras Psiquiatr.* 24. März 2014;36(3):233–40.
144. Akinla O, Hagan P, Atiomo W. A systematic review of the literature describing the outcomes of near-peer mentoring programs for first year medical students. *BMC Med Educ.* Dezember 2018;18(98).
145. Skjevik EP, Boudreau JD, Ringberg U, Schei E, Stenfors T, Kvernenes M, u. a. Group mentorship for undergraduate medical students—a systematic review. *Perspect Med Educ.* Oktober 2020;9(5):272–80.
146. Elliott DD, May W, Schaff PB, Nyquist JG, Trial J, Reilly JM, u. a. Shaping professionalism in pre-clinical medical students: Professionalism and the practice of medicine. *Medical Teacher.* Januar 2009;31(7):e295–302.
147. Fleming A, Cutrer W, Moutsios S, Heavrin B, Pilla M, Eichbaum Q, u. a. Building Learning Communities: Evolution of the Colleges at Vanderbilt University School of Medicine. *Academic Medicine.* September 2013;88(9):1246–51.
148. Duke P, Grosseman S, Novack DH, Rosenzweig S. Preserving third year medical students' empathy and enhancing self-reflection using small group "virtual hangout" technology. *Medical Teacher.* 3. Juni 2015;37(6):566–71.
149. Kalén S, Ponzer S, Seeberger A, Kiessling A, Silén C. Longitudinal mentorship to support the development of medical students' future professional role: a qualitative study. *BMC Med Educ.* Dezember 2015;15(97).
150. Andre C, Deerin J, Leykum L. Students helping students: vertical peer mentoring to enhance the medical school experience. *BMC Res Notes.* Dezember 2017;10(176).

151. Aagaard EM, Hauer KE. A cross-sectional descriptive study of mentoring relationships formed by medical students. *Journal of general internal medicine*. 2003;18(4):298–302.
152. Dimitriadis K, von der Borch P, Störmann S, Meinel FG, Moder S, Reincke M, u. a. Characteristics of mentoring relationships formed by medical students and faculty. *Medical Education Online*. 13. September 2012;17(17242).
153. Pololi LH, Knight SM, Dennis K, Frankel RM. Helping medical school faculty realize their dreams: an innovative, collaborative mentoring program. *Academic Medicine*. 2002;77(5):377–84.
154. Bussey-Jones J, Bernstein L, Higgins S, Malebranche D, Paranjape A, Genao I, u. a. Repaving the Road to Academic Success: The IMERGE Approach to Peer Mentoring: *Academic Medicine*. Juli 2006;81(7):674–9.
155. Singh S, Singh N, Dhaliwal U. Near-peer mentoring to complement faculty mentoring of first-year medical students in India. *J Educ Eval Health Prof*. 30. Juni 2014;11(12).
156. Kalet AL, Sanger J, Chase J, Keller A, Schwartz MD, Fishman ML, u. a. Promoting professionalism through an online professional development portfolio: successes, joys, and frustrations. *Academic Medicine*. 2007;82(11):1065–72.
157. Pinilla S, Nicolai L, Gradel M, Pander T, Fischer MR, von der Borch P, u. a. Undergraduate Medical Students Using Facebook as a Peer-Mentoring Platform: A Mixed-Methods Study. *JMIR Medical Education*. 27. Oktober 2015;1(2):e12.
158. Goldie J. The formation of professional identity in medical students: Considerations for educators. *Medical Teacher*. September 2012;34(9):e641–8.
159. Kalén S, Ponzer S, Silén C. The core of mentorship: medical students' experiences of one-to-one mentoring in a clinical environment. *Advances in Health Sciences Education*. August 2012;17(3):389–401.
160. Kalén S, Ponzer S, Seeberger A, Kiessling A, Silén C. Continuous mentoring of medical students provides space for reflection and awareness of their own development. *International Journal of Medical Education*. 9. Dezember 2012;3:236–44.
161. Alisic S, Boet S, Sutherland S, Bould MD. A qualitative study exploring mentorship in anesthesiology: perspectives from both sides of the relationship. *Canadian Journal of Anesthesia*. Juli 2016;63(7):851–61.
162. Boudreau JD, Macdonald ME, Steinert Y. Affirming Professional Identities Through an Apprenticeship: Insights From a Four-Year Longitudinal Case Study. *Academic Medicine*. Juli 2014;89(7):1038–45.
163. Burgess A, van Diggele C, Mellis C. Mentorship in the health professions: a review. *Clin Teach*. Juni 2018;15(3):197–202.
164. Noonan MJ, Ballinger R, Black R. Peer and Faculty Mentoring in Doctoral Education: Definitions, Experiences, and Expectations. *International Journal of Teaching and Learning in Higher Education*. 2007;19(3):251–61.

165. Taylor JS, Faghri S, Aggarwal N, Zeller K, Dollase R, Reis SP. Developing a Peer-Mentor Program for Medical Students. *Teaching and Learning in Medicine*. Januar 2013;25(1):97–102.
166. Kram KE, Isabella LA. Mentoring Alternatives: The Role of Peer Relationships in Career Development. *Academy of Management Journal*. 1. März 1985;28(1):110–32.
167. Altonji SJ, Baños JH, Harada CN. Perceived Benefits of a Peer Mentoring Program for First-Year Medical Students. *Teaching and Learning in Medicine*. 8. August 2019;31(4):445–52.
168. Lutz G, Pankoke N, Goldblatt H, Hofmann M, Zupanic M. Enhancing medical students' reflectivity in mentoring groups for professional development – a qualitative analysis. *BMC Med Educ*. Dezember 2017;17(122).
169. Slater CL. Generativity Versus Stagnation: An Elaboration of Erikson's Adult Stage of Human Development. *Journal of Adult Development*. 2003;10(1):53–65.
170. Lyons BD, Oppler ES. The Effects of Structural Attributes and Demographic Characteristics on Protégé Satisfaction in Mentoring Programs. *Journal of Career Development*. 2004;30(3):215–29.
171. Cottrell DJ, McCrorie P, Perrin F. The personal tutor system: an evaluation. *Medical Education*. November 1994;28(6):544–9.
172. Malik S. Students, tutors and relationships: the ingredients of a successful student support scheme. *Med Educ*. August 2000;34(8):635–41.
173. Cho CS, Ramanan RA, Feldman MD. Defining the Ideal Qualities of Mentorship: A Qualitative Analysis of the Characteristics of Outstanding Mentors. *The American Journal of Medicine*. Mai 2011;124(5):453–8.
174. Straus SE, Chatur F, Taylor M. Issues in the Mentor–Mentee Relationship in Academic Medicine: A Qualitative Study. *Academic Medicine*. Januar 2009;84(1):135–9.
175. Rabatin JS, Lipkin M, Rubin AS, Schachter A, Nathan M, Kalet A. A year of mentoring in academic medicine. *Journal of general internal medicine*. 2004;19(5p2):569–73.
176. Frindte W. Einführung in die Kommunikationspsychologie. Weinheim, Basel: Beltz; 2001.
177. Zerzan JT, Hess R, Schur E, Phillips RS, Rigotti N. Making the most of mentors: a guide for mentees. *Academic Medicine*. 2009;84(1):140–4.
178. Straus SE, Johnson MO, Marquez C, Feldman MD. Characteristics of Successful and Failed Mentoring Relationships: A Qualitative Study Across Two Academic Health Centers. *Academic Medicine*. Januar 2013;88(1):82–9.
179. Graf N, Edelkraut F. Mentoring: Das Praxisbuch für Personalverantwortliche und Unternehmer. Wiesbaden: Springer Gabler; 2017.
180. Hauer KE, Teherani A, Dechet A, Aagaard EM. Medical students' perceptions of mentoring: a focus-group analysis. *Medical Teacher*. Dezember 2005;27(8):732–4.
181. Störmann S, von der Borch P, Dimitriadis K. Online matchmaking enables large-scale individual mentoring. *Medical Education*. Mai 2010;44(5):492–3.

182. Tan YS, Teo SWA, Pei Y, Sng JH, Yap HW, Toh YP, u. a. A framework for mentoring of medical students: thematic analysis of mentoring programmes between 2000 and 2015. *Adv in Health Sci Educ.* Oktober 2018;23(4):671–97.
183. Mahood S, Rojas R, Andres D, Zagozeski C, White G, Bradel T. Educational contracts in family medicine residency training. *Canadian Family Physician.* März 1994;40:549–56.
184. Williams LL. The Good-Enough Mentoring Relationship. *Academic Psychiatry.* 1. Juni 2004;28(2):111–5.
185. Fornari A, Murray TS, Menzin AW, Woo VA, Clifton M, Lombardi M, u. a. Mentoring program design and implementation in new medical schools. *Medical Education Online.* Januar 2014;19(1):24570.
186. Nimmons D, Giny S, Rosenthal J. Medical student mentoring programs: current insights. *AMEP.* März 2019;Volume 10:113–23.
187. Weber J, Skodda S, Muth T, Angerer P, Loerbroks A. Stressoren, Ressourcen, Veränderungswünsche aus der Sicht von Medizinstudierenden einer deutschen Hochschule: eine qualitative Studie. *Das Gesundheitswesen.* August 2019;81(08/09):734–5.
188. DeCastro R, Sambuco D, Ubel PA, Stewart A, Jagsi R. Mentor Networks in Academic Medicine: Moving Beyond a Dyadic Conception of Mentoring for Junior Faculty Researchers. *Academic Medicine.* April 2013;88(4):488–96.
189. O’Sullivan H, van Mook W, Fewtrell R, Wass V. Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No. 61. *Medical Teacher.* Februar 2012;34(2):e64–77.
190. Eller LS, Lev EL, Feurer A. Key components of an effective mentoring relationship: A qualitative study. *Nurse Education Today.* Mai 2014;34(5):815–20.
191. Robinson JD, Cannon DL. Mentoring in the Academic Medical Setting: The Gender Gap. *J Clin Psychol Med Settings.* September 2005;12(3):265–70.
192. Mayer AP, Files JA, Ko MG, Blair JE. Academic Advancement of Women in Medicine: Do Socialized Gender Differences Have a Role in Mentoring? *Mayo Clinic Proceedings.* Februar 2008;83(2):204–7.

6 Anhang

Anhang 1: Ergebnisse der linearen Regressionsanalyse

Mentoren: DREEM

Einflussvariable	B	SE	p	r²
Zielgröße: DREEM Gesamtscore				
<i>Alter (Mentoren)</i>	-0.8382	0.4957	0.23	0.5884
<i>Geschlecht (Mentoren)</i>	5	11.660	0.71	0.0842
<i>Akademischer Grad</i>	1.2	5.3830	0.84	0.0242
Zielgröße: Subskala "Wahrnehmung der Lehre"				
<i>Alter (Mentoren)</i>	-0.111	0.1663	0.54	0.1002
<i>Geschlecht (Mentoren)</i>	-3.25	3.1450	0.36	0.2107
<i>Akademischer Grad</i>	-0.7073	1.5232	0.67	0.0512
Zielgröße: Subskala "Wahrnehmung der Lehrenden"				
<i>Alter (Mentoren)</i>	0.2447	0.1945	0.28	0.2835
<i>Geschlecht (Mentoren)</i>	-1	4.3200	0.83	0.0132
<i>Akademischer Grad</i>	1.773	1.7560	0.37	0.203
Zielgröße: Subskala "Akademische Selbstwahrnehmung"				
<i>Alter (Mentoren)</i>	-0.1243	0.2446	0.64	0.0607
<i>Geschlecht (Mentoren)</i>	3	2.8870	0.36	0.2126
<i>Akademischer Grad</i>	0.6364	1.6689	0.72	0.0351
Zielgröße: Subskala "Wahrnehmung der Atmosphäre"				
<i>Alter (Mentoren)</i>	0.0693	0.1212	0.59	0.0615
<i>Geschlecht (Mentoren)</i>	0.3333	2.2311	0.89	0.0044
<i>Akademischer Grad</i>	1.519	0.8320	0.13	0.4001
Zielgröße: Subskala "Soziale Selbstwahrnehmung"				
<i>Alter (Mentoren)</i>	0.0091	0.0810	0.92	0.0025
<i>Geschlecht (Mentoren)</i>	0.5833	1.4255	0.70	0.0324
<i>Akademischer Grad</i>	0.4038	0.6723	0.57	0.0673
Zielgröße: DREEM Item 49				
<i>Alter (Mentoren)</i>	0.0329	0.0500	0.54	0.0796
<i>Geschlecht (Mentoren)</i>	-0.6667	0.8819	0.48	0.1026
<i>Akademischer Grad</i>	0.7308	0.3053	0.06*	0.543

*Signifikanzniveau <0.1

DREEM = Dundee Ready Educational Environment Measure, B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, p = Signifikanzniveau, r² = Determinationskoeffizient.

Mentoren: LB-F

Einflussvariable	B	SE	p	r²
Zielgröße: LB-F Gesamtscore				
<i>Alter (Mentoren)</i>	0.446	0.6884	0.56	0.1228
<i>Geschlecht (Mentoren)</i>	-7.167	12.574	0.61	0.0977
<i>Akademischer Grad</i>	11.143	5.8060	0.15	0.5511
Zielgröße: Subskala "Lehrende"				
<i>Alter (Mentoren)</i>	0.3344	0.1607	0.11	0.5199
<i>Geschlecht (Mentoren)</i>	-3.25	4.3890	0.50	0.1205
<i>Akademischer Grad</i>	2.366	1.6960	0.24	0.3274
Zielgröße: Subskala "Studierende"				
<i>Alter (Mentoren)</i>	-0.0288	0.2321	0.91	0.0051
<i>Geschlecht (Mentoren)</i>	1.833	4.0540	0.68	0.0638
<i>Akademischer Grad</i>	4.5	0.8797	0.02**	0.8972
Zielgröße: Subskala "Curriculum"				
<i>Alter (Mentoren)</i>	0.0976	0.2105	0.67	0.0509
<i>Geschlecht (Mentoren)</i>	-3.75	3.9390	0.40	0.1847
<i>Akademischer Grad</i>	1.537	1.7670	0.43	0.159
Zielgröße: LB-F Item 01				
<i>Alter (Mentoren)</i>	0.0589	0.0408	0.22	0.3427
<i>Geschlecht (Mentoren)</i>	-0.75	0.9437	0.47	0.1364
<i>Akademischer Grad</i>	0.5122	0.3683	0.24	0.3259
Zielgröße: LB-F Item 26				
<i>Alter (Mentoren)</i>	0.027	0.0368	0.50	0.1188
<i>Geschlecht (Mentoren)</i>	-1	0.6124	0.18	0.4
<i>Akademischer Grad</i>	-0.0488	0.3484	0.90	0.0049
Zielgröße: LB-F Item 34				
<i>Alter (Mentoren)</i>	0.0031	0.0247	0.91	0.0038
<i>Geschlecht (Mentoren)</i>	0.5	0.4330	0.31	0.25
<i>Akademischer Grad</i>	0.3902	0.1035	0.02**	0.7805

**Signifikanzniveau <0.05

LB-F = Leitbild-Fragebogen, B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, p = Signifikanzniveau, r² = Determinationskoeffizient.

Mentees: DREEM

Einflussvariable	B	SE	p	r²
Zielgröße: DREEM Gesamtscore				
<i>Alter (Mentees)</i>	-2.825	2.3620	0.26	0.1151
<i>Geschlecht (Mentees)</i>	-4.262	7.6990	0.59	0.0271
<i>Semester</i>	-2.575	2.1990	0.27	0.1206
<i>Geschlecht (Mentor)</i>	-6.881	7.5250	0.38	0.0707
Zielgröße: Subskala "Wahrnehmung der Lehre"				
<i>Alter (Mentees)</i>	-0.2028	0.5419	0.71	0.0073
<i>Geschlecht (Mentees)</i>	1.444	2.3730	0.55	0.0191
<i>Semester</i>	-0.0287	0.6130	0.96	0.0001
<i>Geschlecht (Mentor)</i>	0.6667	2.3911	0.78	0.0041
Zielgröße: Subskala "Wahrnehmung der Lehrenden"				
<i>Alter (Mentees)</i>	-0.5616	0.3668	0.14	0.1004
<i>Geschlecht (Mentees)</i>	-3.038	1.8350	0.11	0.1155
<i>Semester</i>	-0.8209	0.5461	0.15	0.1115
<i>Geschlecht (Mentor)</i>	-2.364	1.8810	0.22	0.0699
Zielgröße: Subskala "Akademische Selbstwahrnehmung"				
<i>Alter (Mentees)</i>	-0.1853	0.2308	0.43	0.0298
<i>Geschlecht (Mentees)</i>	0.1667	1.3377	0.90	0.0007
<i>Semester</i>	-0.21	0.3499	0.56	0.1962
<i>Geschlecht (Mentor)</i>	-0.5152	1.3335	0.70	0.0071
Zielgröße: Subskala "Wahrnehmung der Atmosphäre"				
<i>Alter (Mentees)</i>	-0.4353	0.5380	0.43	0.0351
<i>Geschlecht (Mentees)</i>	-3.374	2.3110	0.16	0.1059
<i>Semester</i>	-1.0871	0.6664	0.12	0.1426
<i>Geschlecht (Mentor)</i>	-3.2	2.3120	0.18	0.0962
Zielgröße: Subskala "Soziale Selbstwahrnehmung"				
<i>Alter (Mentees)</i>	-0.1227	0.1428	0.40	0.0287
<i>Geschlecht (Mentees)</i>	-0.7088	1.1037	0.53	0.0162
<i>Semester</i>	0.0728	0.2962	0.81	0.0027
<i>Geschlecht (Mentor)</i>	-1.15	1.0950	0.30	0.0423
DREEM Item 49				
<i>Alter (Mentees)</i>	-0.0042	0.0426	0.92	0.0004
<i>Geschlecht (Mentees)</i>	-0.544	0.3082	0.09*	0.1108
<i>Semester</i>	-0.1562	0.0580	0.01**	0.2483
<i>Geschlecht (Mentor)</i>	-0.3	0.3231	0.36	0.0333

*Signifikanzniveau <0.1; **Signifikanzniveau <0.05

DREEM = Dundee Ready Educational Environment Measure, B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, p = Signifikanzniveau, r² = Determinationskoeffizient.

Mentees: LB-F

Einflussvariable	B	SE	p	r²
<i>Alter (Mentees)</i>	-2.323	1.2870	0.09*	0.1691
<i>Geschlecht (Mentees)</i>	1.701	6.8080	0.81	0.0039
<i>Semester</i>	-3.515	1.5530	0.04**	0.2679
<i>Geschlecht (Mentor)</i>	-4.75	6.5850	0.48	0.0315
Zielgröße: Subskala "Lehrende"				
<i>Alter (Mentees)</i>	-0.0941	0.2632	0.72	0.0061
<i>Geschlecht (Mentees)</i>	1.431	2.1050	0.50	0.0215
<i>Semester</i>	-0.4464	0.5907	0.46	0.0308
<i>Geschlecht (Mentor)</i>	-1.754	2.0930	0.41	0.0324
Zielgröße: Subskala "Studierende"				
<i>Alter (Mentees)</i>	-0.7857	0.6539	0.25	0.0783
<i>Geschlecht (Mentees)</i>	2.045	3.1410	0.52	0.0243
<i>Semester</i>	-1.4265	0.8027	0.096*	0.1739
<i>Geschlecht (Mentor)</i>	-0.5455	3.1770	0.87	0.0017
Zielgröße: Subskala "Curriculum"				
<i>Alter (Mentees)</i>	-0.3698	0.2225	0.11	0.1214
<i>Geschlecht (Mentees)</i>	-0.1833	1.8149	0.92	0.0005
<i>Semester</i>	-1.2368	0.4193	0.01**	0.3258
<i>Geschlecht (Mentor)</i>	-1.65	1.7770	0.36	0.0413
LB-F Item 01				
<i>Alter (Mentees)</i>	-0.0298	0.0498	0.55	0.0142
<i>Geschlecht (Mentees)</i>	-0.3736	0.3778	0.33	0.0377
<i>Semester</i>	-0.036	0.1065	0.74	0.0052
<i>Geschlecht (Mentor)</i>	-0.6667	0.3633	0.08*	0.1187
LB-F Item 26				
<i>Alter (Mentees)</i>	0.0679	0.0564	0.24	0.0617
<i>Geschlecht (Mentees)</i>	-0.3916	0.4656	0.41	0.0312
<i>Semester</i>	0.0446	0.1239	0.72	0.0068
<i>Geschlecht (Mentor)</i>	-0.7273	0.4469	0.12	0.1074
LB-F Item 34				
<i>Alter (Mentees)</i>	-0.0932	0.0586	0.13	0.1032
<i>Geschlecht (Mentees)</i>	-0.028	0.4889	0.96	0.0002
<i>Semester</i>	-0.1955	0.1334	0.16	0.1016
<i>Geschlecht (Mentor)</i>	-0.0571	0.4940	0.91	0.0006

*Signifikanzniveau <0.1; **Signifikanzniveau <0.05

LB-F = Leitbild-Fragebogen, B = Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler, p = Signifikanzniveau, r² = Determinationskoeffizient.

Anhang 2: Checkliste zur internen Studiengüte nach Kuckartz (126)

	Antwort	Kommentar
Datenerfassung		
Wurden die Daten fixiert, z. B. bei Interviews in Form von Audio- oder Videoaufnahme?	ja	Audioaufnahme
Wurde eine interviewbegleitende Dokumentation (Postskriptum) erstellt, in dem die Interviewsituation und Besonderheiten festgehalten wurden? Wann wurde das Postskriptum erstellt?	ja	Interviewprotokoll (siehe Kapitel 2.4.3). Postskriptum vor dem Interview vorbereitet, während und nach dem Interview ergänzt
Transkription		
Wurde eine vollständige Transkription des Interviews vorgenommen? Wie sah der Transkriptionsprozess konkret aus? Wer hat transkribiert? Die Forschenden selbst?	ja	Durch FL (= Forschende)
Wurden Transkriptionsregeln benutzt und werden diese offengelegt?	ja	Siehe Anhang 3
Wurde eine Transkriptionssoftware benutzt?	ja	„f4“
Wurden die Daten anonymisiert? In welcher Weise?	ja	pseudonymisiert
Ist das synchrone Arbeiten mit Audio-Aufnahme und Transkription möglich?	ja	In MAXQDA
Wurden die Transkriptionsregeln eingehalten und entspricht die verschriftlichte Fassung dem Gesagten?	ja	Überprüfung jedes Transkripts durch FL
Qualitative Inhaltsanalyse		
Ist die gewählte inhaltsanalytische Methode der Fragestellung angemessen?	ja	Siehe Kapitel 2.8.2
Wird die Wahl der Methode begründet? Wenn ja, wie? Wurde das jeweilige Verfahren in sich richtig angewendet?	ja	Siehe Kapitel 2.8.2
Wurde die Inhaltsanalyse computergestützt durchgeführt?	ja	Mit MAXQDA
Wurde das Material oder Teile desselben durch mehrere Codierende unabhängig voneinander bearbeitet?	ja	stichproben-artig durch internen und externen Zweitcodierer
Wie wurde die Übereinstimmung der Codierenden ermittelt? Welches Vorgehen wurde bei Nicht-Übereinstimmung gewählt?		diskursive Entscheidungsfindung, siehe Kapitel 2.8.2
Ist das Kategoriensystem in sich konsistent? Sind die Kategorien und Subkategorien gut ausgearbeitet?	ja	Siehe Ergebnisse in Kapitel 3.2.2, bzw. Anhang 4
Wie präzise und ausführlich sind die Kategoriendefinitionen?		Da die Forschende Codiererin und Auswerterin war, beschränken sich die Kategoriendefinitionen auf Ankerbeispiele

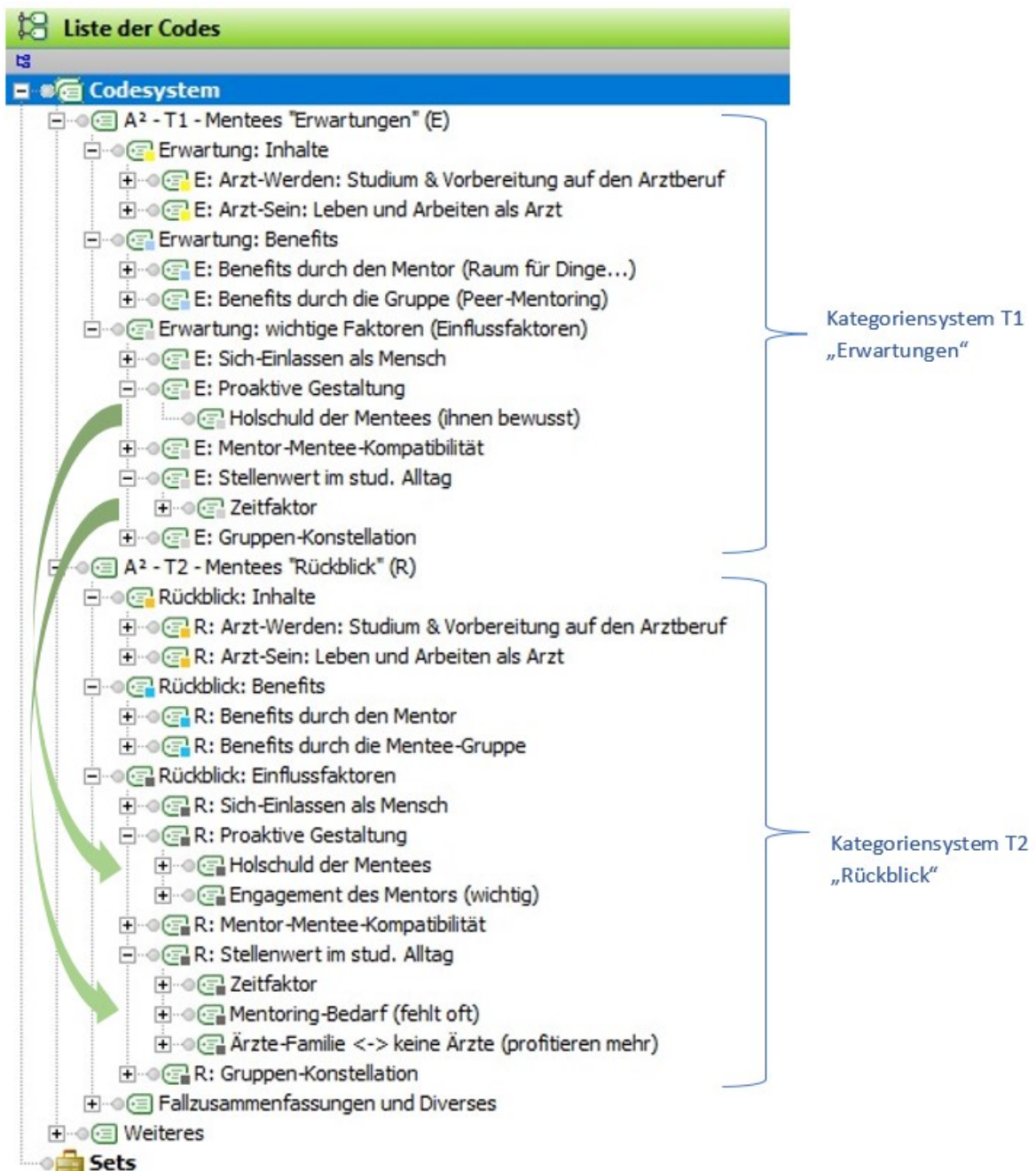
Gibt es konkrete Beispiele (Zitate) als Illustration für die Bedeutung der Kategorien?	ja	Siehe Ankerbeispiele in Kapitel 3.2.2
Wurden alle erhobenen Daten bei der qualitativen Inhaltsanalyse berücksichtigt?	ja	Berücksichtigt ja, ausgewertet mit Fokus auf die Forschungsfrage
Wie oft wurde das Material bis zur endgültigen Codierung durchlaufen?	5-mal	Lesen/markieren, Zusammenfassungen, drei Codier-Durchgänge
Ist Auditierbarkeit, d.h. unter anderem Nachvollziehbarkeit der Codierungen, gegeben?	ja	Durch verschiedene Speicherstände in MAXQDA
Wurden auch abweichende Fälle berücksichtigt? Wird auf Ausnahmefälle und Extremfälle hingewiesen und werden diese analysiert?	ja	Vgl. Kapitel 4.1.4
Wurden im Verlauf der Inhaltsanalyse Memos geschrieben? Wann? Wie sehen beispielhafte Memos aus?	ja	Dokumentmemos, Codememos
Wurde mit Originalzitaten gearbeitet und nach welchen Kriterien wurden diese ausgewählt? Wurden nur Techniken selektiver Plausibilisierung angewendet oder wurde auch auf Gegenbeispiele und Widersprüche hingewiesen?	ja	Siehe Ergebnisse in Kapitel 3.2.2
Sind die gezogenen Schlussfolgerungen jeweils in den Daten begründet?	ja	Diskussion mit externen Wissenschaftlern sowie im internen Forschungsteam (TR, MS), ausgedehnter Aufenthalt im Feld
Was wurde wie und in welcher Form dokumentiert und archiviert?	ja	z. B. Interview-Leitfaden, Transkriptionsregeln etc.

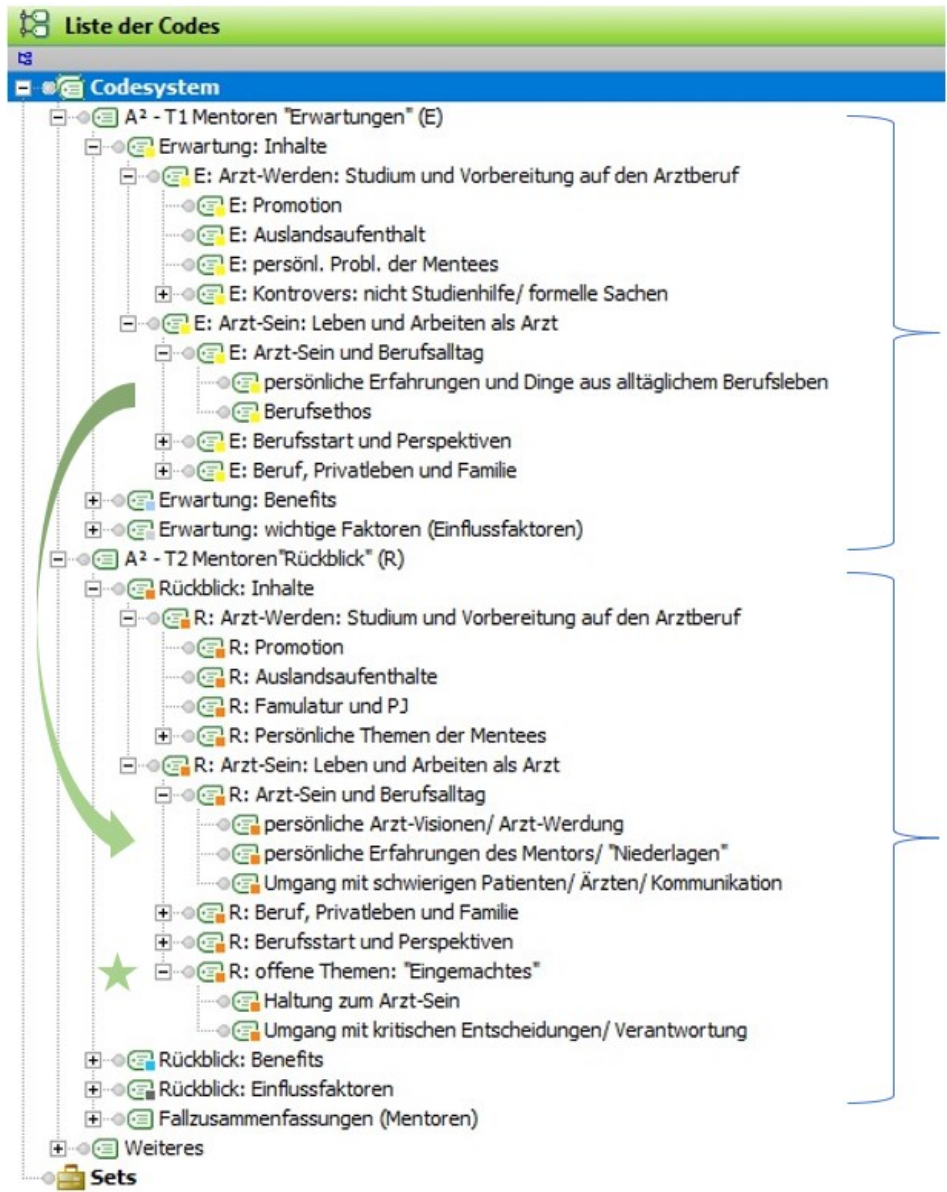
Anhang 3: Transkriptionssystem modifiziert nach Dresing und Pehl (122)

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, zum Beispiel: Ich gehe heuer auf das Oktoberfest.
2. Wortverschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise „Er hatte noch so'n Buch genannt“ wird zu „Er hatte noch so ein Buch genannt“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: „bin ich nach Kaufhaus gegangen“.
3. Wort- und Satzabbrüche werden mit / markiert: „Ich habe mir Sor/ Gedanken gemacht“. Wortdoppelungen werden immer notiert.
4. Interpunktion wird zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder uneindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Dabei sollen Sinneinheiten beibehalten werden.
5. Pausen werden je nach Länge durch Auslassungspunkte in Klammern markiert. Hierbei steht (.) für circa eine Sekunde, (..) für circa zwei Sekunden, (...) für circa drei Sekunden und (Zahl) für mehr als drei Sekunden.
6. Verständnissignale und Fülllaute des Interviewers („mhm, ja, aha, ähm“ etc.) werden transkribiert. Alle Äußerungen des Befragten werden transkribiert. Dies bedeutet auch Fülllaute wie Mhm und Ähm.
7. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch GROSSSCHREIBUNG gekennzeichnet.
8. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwurfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
9. Sprecherüberlappungen werden mit // gekennzeichnet. Bei Beginn des Einwurfes folgt ein //. Der Text, der gleichzeitig gesprochen wird, liegt dann innerhalb dieser // und der Einwurf der anderen Person steht in einer separaten Zeile und ist ebenfalls mit // gekennzeichnet.
10. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
11. Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (unv., Handystörgeräusch) oder (unv., Mikrofon rauscht). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt. Zum Beispiel: (Xylomethanolin?). Generell werden alle unverständlichen Stellen mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine Zeitmarke gesetzt ist.
12. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet. Bei mehreren Interviewpartnern (z.B. Gruppendiskussion) wird dem Kürzel „B“ eine entsprechende Kennnummer oder ein Name zugeordnet (z.B. „B1:“, „Peter:“).

Anhang 4: Kategoriensysteme der Mentees und Mentoren in MAXQDA

Ansicht der jeweiligen Kategoriensysteme für T1 und T2 im Programm MAXQDA (hier englisch *Codesystem* genannt). Die erste Darstellung (Kategoriensystem der Mentees) macht deutlich, dass die Kategoriensysteme hinsichtlich der Strukturierung durch Kategorien und übergeordnete Codes einheitlich sind. Die zugeordneten *Subcodes* spiegeln den jeweils von T1- bzw. T2-Interviews extrahierten Inhalt wider und unterscheiden sich daher (siehe Pfeile). Die zweite Darstellung (Kategoriensystem der Mentoren) gibt ein Beispiel für die unterschiedliche inhaltliche „Füllung“ der *Subcodes* durch *Subsubcodes* (siehe Pfeil) sowie die Nutzung von *Subcodes* zur Hervorhebung von Besonderheiten (siehe Stern).





Kategoriensystem T1
„Erwartungen“

Kategoriensystem T2
„Rückblick“

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Menschen bedanken, die mich bei der Erstellung dieser Doktorarbeit unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Matthias Schneider, der es mir ermöglichte, meine im Jahr 2012 gefasste Idee zu diesem Projekt in die Tat umzusetzen. Ich bin dankbar für die wissenschaftliche und persönliche Begleitung, die Herausforderungen, an denen ich wachsen durfte und die mir entgegengebrachte Geduld.

Ebenso danke ich Thomas Rotthoff, der mich mit seiner Expertise nicht nur bei der Umsetzung dieser Doktorarbeit betreut hat, sondern dessen Rat, Motivation und Freundschaft mich in den letzten zehn Jahren gestützt und gestärkt haben.

Besonders bedanken möchte ich mich außerdem bei allen Mentoren und Mentees, die an der Studie teilgenommen haben und ohne die dieses Projekt nicht möglich gewesen wäre, sowie bei Susan Schahabi als Koordinatorin von A².

Des Weiteren danke ich meinem Mann Alexander, der mich stets und auch bei dieser Arbeit begleitet und unterstützt hat. Meiner Schwester Barbara, meinen Eltern sowie Nina Fischer und Viktor Philippi danke ich für ihre Hilfe, ihr offenes Ohr und ihren Glauben an mich. Für das Korrekturlesen (insbesondere bzgl. der Zeichensetzung) danke ich Sebastian Isele.