

Aus dem Arbeitsbereich klinische Immunologie

Mittendrin oder nur dabei?

Ein Vergleich der persönlichen Netzwerke von deutschen und internationalen
Medizinstudierenden an der Universität Rostock

Inauguraldissertation zur
Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin
der Universitätsmedizin Rostock

Vorgelegt von

Timo Astfalk, geb. am 03.12.1990 in Lüneburg

Rostock, 16.01.2020



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung - Nicht-kommerziell -
Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International
Lizenz.

Dekan: Prof. Dr. Emil C. Reisinger

1. Gutachterin

Prof. Dr. Brigitte Müller-Hilke

Arbeitsbereich Klinische Immunologie

Universitätsmedizin Rostock

2. Gutachter: Prof. Dr. Attila Altiner

Institut für Allgemeinmedizin

Universitätsmedizin Rostock

3. Gutachter: PD Dr. Michael Knipper

Institut für Geschichte der Medizin

Justus-Liebig-Universität Giessen, FB 11

Die Verteidigung erfolgte am 03.03.2021.

Danksagung

Die vorliegende Qualifikationsarbeit wurde durch mehrere Menschen und Institutionen intensiv begleitet und unterstützt, wofür ich ihnen meinen herzlichen Dank aussprechen möchte. Hier müssen zuallererst die 27 Rostocker Medizinstudierenden erwähnt werden, die mir durch ihre ehrlichen und offenen Gespräche einen Einblick in ihre Lebenswelten gewährt haben. Darüber hinaus gilt mein Dank Frau Professor Brigitte Müller-Hilke für die intensive, geduldige und motivierende Betreuung dieser Doktorarbeit. Der Weg zu ihr führte über eine Empfehlung durch Professor Altiner, dem hierfür ebenfalls außerordentlich gedankt sei. Da sich die Arbeit auf das Medizinstudium in Rostock bezog, gab es einen regen Austausch mit dem Studiendekanat. Hier gilt der Dank insbesondere Frau Müller für die Unterstützung bei der Rekrutierung von TeilnehmerInnen. Den Mitgliedern des Fachschaftsrats Medizin und medizinische Biotechnologie, dem Projekt RONIamed sowie Herrn Abderrazak Tabassi möchte ich für die vielfältigen Anregungen, inhaltlichen Diskussionen und anekdotischen Erzählungen ihrer Erfahrungen mit dem Thema ebenfalls herzlich danken. Auch für die Unterstützung bei den verschiedenen Qualifizierungsmaßnahmen zu qualitativen Forschungsmethoden möchte ich mich bedanken, wobei hier insbesondere das Projekt Qualitätsdialog, der Fonds des Prorektors für Studium und Lehre sowie durch die Graduiertenakademie der Universität Rostock erwähnt seien. Nicht zuletzt möchte ich meiner Ehefrau, Sarah Astfalk, danken. Sie hat die Entstehung dieser Arbeit von der ersten Idee bis zum Druck langjährig begleitet und durch ihre fachlichen und sprachlichen Hinweise und Anregungen bereichert und motiviert.

Hinweis zur Verwendung gendergerechter Sprache

In der vorliegenden Arbeit wurde auf die Verwendung gendergerechter Sprache geachtet. Aus Gründen der leichteren Leserlichkeit wurden hierfür primär genderneutrale Begriffe gewählt. In jenen Fällen bei denen keine neutrale Form gewählt werden konnte, wurde das Binnen-I (z.B. *ÄrztInnen*) genutzt. Wörtliche Zitate aus den analysierten Interviews wurden wortgetreu in ihrer jeweiligen, häufig männlichen, Form übernommen.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	I
Tabellenverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis.....	VI
1 Einleitung.....	1
2 Allgemeiner Hintergrund.....	4
2.1 Definition der Zielgruppe.....	4
2.2 Studienzulassung von internationalen Medizinstudierenden.....	4
2.3 Soziodemographie von internationalen Medizinstudierenden.....	5
2.4 Studienprobleme von internationalen Medizinstudierenden.....	7
2.5 Bisherige Erklärungsansätze der Studienprobleme.....	9
2.5.1 Sprachkompetenz.....	9
2.5.2 Didaktische Sozialisation.....	11
2.6 Erklärungsansatz der sozialen Integration und des Lernumfelds.....	11
3 Theoretischer Hintergrund.....	14
3.1 Soziale Integration als Abbild sozialer Identität und Habitus.....	14
3.1.1 Soziale Identität und Selbstkategorisierung nach Tajfel und Turner.....	14
3.1.2 Zusammenwirken unterschiedlicher Identitäten.....	15
3.1.3 Der Habitus nach Bourdieu.....	16
3.2 Soziale Integration als Abbild sozialen Kapitals.....	16
3.2.1 Soziales Kapital auf der Ebene von Individuen.....	17
3.2.2 Soziales Kapital auf der Ebene von Gruppen.....	18
3.2.3 Das soziale Kapital nach Bourdieu.....	18
3.3 Soziale Integration im soziokulturellen Kontext.....	19
3.3.1 Das soziale Feld nach Bourdieu.....	19
3.3.2 Das Feld der medizinischen Fachkultur.....	20
3.4 Soziale Integration im Medizinstudium.....	22
3.4.1 Lovells Modell der Gruppendynamik unter Medizinstudierenden.....	23
3.4.2 Soziale Integration bei internationalen Medizinstudierenden.....	24
4 Forschungslücken und eigene Fragestellung.....	26
5 Methodik.....	28
5.1 Methodologische Überlegungen.....	28

5.1.1	Qualitative Forschung und die Grounded Theory Methodologie	28
5.1.2	Soziale Netzwerkanalyse als quantitativ-qualitativer Zugangsweg	29
5.1.3	Gegenstandsangemessenheit der Methodik	30
5.2	Datenerhebung	31
5.2.1	Rekrutierung der Stichprobe	31
5.2.2	Ablauf der Datenerhebung	33
5.2.3	Fragebogen	33
5.2.4	Netzwerkkarte	34
5.2.5	Leitfadeninterview	37
5.2.6	Rahmenbedingungen von Datenerhebung und Analyse	38
5.2.7	Ethik und Datenschutz	40
5.3	Datenanalyse	41
5.3.1	Datenaufbereitung	41
5.3.2	Quantitative Netzwerkanalyse.....	42
5.3.3	Qualitative Textanalyse.....	46
6	Ergebnisse	48
6.1	Beschreibung der Stichprobe.....	48
6.2	Quantitative Analyse	51
6.2.1	Struktur der Netzwerke	51
6.2.2	Ressourcen der Netzwerke	54
6.3	Qualitative Textanalyse.....	57
6.3.1	Kategorie 1: Wahrnehmung von Gruppenzugehörigkeit	59
6.3.2	Kategorie 2: Kosten-Nutzen-Bewertung von Netzwerkkontakten.....	65
6.3.3	Kategorie 3: Rahmenbedingungen der Kontaktbildung.....	71
6.3.4	Kategorie 4: Umgang mit Kontakten	75
7	Diskussion	81
7.1	Bildung und Erhaltung von Netzwerken	81
7.2	Zusammensetzung und Nutzung von Netzwerken.....	84
7.3	Erweiterung von Lovells Modell.....	86
7.4	Einordnung in die bestehende Literatur	87
7.5	Limitationen	88
8	Ausblick	91
9	Literaturverzeichnis.....	94
	Anhang	VI

A1 Leitfaden Interviewdurchführung.....	VII
A2 Fragebogen	VIII
A3 Netzwerkfragen	XI
A4 Interviewleitfaden.....	XVI
A5 Zeiten der 27 Interviews.....	XVIII
A6 Soziodemographie der einzelnen Studienteilnehmenden.....	XIX
A7 Netzwerkmaße der einzelnen Studienteilnehmenden.....	XX
A8 Test auf Normalverteilung der Variablen.....	XXII
A9 Test auf Gruppenunterschiede der Variablen.....	XXV
10 Zusammenfassung.....	XXVIII
11 Thesen	XXIX
12 Selbständigkeitserklärung	XXXI
13 Lebenslauf.....	XXXII

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Häufigste Herkunftsländer bei internationalen Studierenden in allen Fächergruppen sowie in der Medizin/Gesundheitswissenschaften.	7
Tabelle 2: Namensgeneratoren, Attributfragen und Verortung von Alteri im Netzwerk.	36
Tabelle 3: Themenkomplexe und Fragen zum Interviewabschnitt des Leitfadeninterviews... ..	38
Tabelle 4: Definition der analysierten Netzwerkparameter.	44
Tabelle 5: Anwendung der analysierten Netzwerkparameter in den zwei Subnetzwerken.	45
Tabelle 6: Antworten der Fragebögen der Studierenden in den drei Vergleichsgruppen.	49

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einschlusskriterien zur Rekrutierung der Teilnehmenden in drei Vergleichsgruppen.	32
Abbildung 2: Zeitliche Gliederung der Untersuchung.	33
Abbildung 3: Haftzettel für die Benennung und Charakterisierung der Alteri durch die Studierenden.	34
Abbildung 4: Netzwerkkarte mit zentralem Ego und fünf Abstufungen der Wichtigkeit von Alteri.	37
Abbildung 5: Aufbereitungsprozess der Daten aus der Netzwerkkarte.	42
Abbildung 6: Extraktion des Alteri-Medizinstud Subnetzwerks aus dem Alteri-komplett Netzwerk.	43
Abbildung 7: Analyseprozess der Interviewtranskripte anhand der GTM.	47
Abbildung 8: Netzwerkgrößen bei deutschen, EU und Nicht-EU Studierenden im Subnetzwerk Alteri-Komplett.	52
Abbildung 9: Netzwerkgrößen bei deutschen, EU und Nicht-EU Studierenden im Subnetzwerk Alteri-Medizinstud. Milder Ausreißer mit Kreis, extremer Ausreißer mit Sternchen gekennzeichnet.	52
Abbildung 10: Netzwerkdichte bei deutschen, EU und Nicht-EU Studierenden in dem Subnetzwerk Alteri-Komplett.	53
Abbildung 11: Netzwerkdichte bei deutschen, EU und Nicht-EU Studierenden in in dem Subnetzwerk Alteri-Medizinstud.	53
Abbildung 12: Anteil an motivierenden Kontakten bei deutschen, EU und Nicht-EU Studierenden in in dem Subnetzwerk Alteri-Komplett.	55
Abbildung 13: Anteil an Kontakten mit Zugang zu Altfragen bei deutschen, EU und Nicht-EU Studierenden in in dem Subnetzwerk Alteri-Medizinstud.	55
Abbildung 14: Anteil an Kontakten mit den Merkmalen Arzt/Ärztin bei deutschen, EU und Nicht-EU Studierenden in dem Subnetzwerk Alteri-Komplett.	56
Abbildung 15: Anteil an deutschsprachigen Kontakten bei deutschen, EU und Nicht-EU Studierenden in dem Subnetzwerk Alteri-Medizinstud.	57

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AdH	Auswahlverfahren der Hochschulen
BAföG	Bundesausbildungsförderungsgesetz
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
bvmd	Bundesvereinigung der Medizinstudierenden in Deutschland
DAAD	Deutscher Akademischer Austauschdienst
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
GTM	Grounded Theory Methodologie
HRK	Hochschulrektorenkonferenz
HZB	Hochschulzugangsberechtigung
IFMSA	International Federation of Medical Students' Associations
Non-EU	Staaten außerhalb der Europäischen Union
SN	Studennummer der Teilnehmenden
u.a.	unter anderem
UMR	Universitätsmedizin Rostock
usw.	und so weiter

1 Einleitung

Internationale Studierende stellen in der deutschen Hochschullandschaft eine schnell wachsende Gruppe dar. Ihre Zahl steigt in Deutschland seit dem Wintersemester 2001/2002 kontinuierlich an und erreichte im Jahr 2018 mit 375.000 internationalen Studierenden eine neue Höchstmarke (DAAD & DZHW, 2019). Dass Deutschland bei internationalen Studierenden beliebter wird, zeigt sich auch im weltweiten Vergleich der Hochschulstandorte. Hier liegt Deutschland unter den sechs beliebtesten Destinationen für internationale Studieninteressierte (OECD, 2018). Als Gründe hierfür werden u.a. die guten Studienbedingungen, die hohen persönlichen Freiheiten sowie die - im internationalen Vergleich - günstigen Studienkosten genannt (DAAD & DZHW, 2019). Die Zunahme der Zahlen von internationalen Studierenden an deutschen Hochschulen wird in der Bildungspolitik gemeinhin positiv aufgefasst. Wenngleich der internationale Austausch insbesondere an medizinischen Fakultäten oft schon eine lange Tradition hat (Werz, 2014), wird der rasche Zuwachs in den vergangenen Jahren als das Ergebnis erfolgreicher Internationalisierungsstrategien gewertet (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2018). Diese wurden seit der Jahrtausendwende insbesondere durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) sowie andere hochschulpolitische Akteure, wie dem Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD) und die Hochschulrektorenkonferenz (HRK), geprägt (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2008; Hochschulrektorenkonferenz, 2012). Zwar überwiegt der Zuwachs an internationalen Studierenden bislang vor allen in den technischen und naturwissenschaftlichen Fächern, doch bleibt das Medizinstudium von dieser Entwicklung nicht ausgeschlossen. So lag laut Statistischem Bundesamt der durchschnittliche Anteil von internationalen Studierenden unter Medizinstudierenden im Wintersemester 2017/2018 bei 12,7% (Statistisches Bundesamt, 2018c) und unter medizinischen Erstsemestern bei 21,9% (Statistisches Bundesamt, 2018e). Diese Zahlen verteilen sich regional sehr ungleich, so dass 2017/2018 die medizinischen Fakultäten in den Stadtstaaten wie Berlin im Vergleich zu Flächenländern wie Mecklenburg-Vorpommern höhere Anteile an internationalen Medizinstudierenden (17,7% und 7,4%) (Statistisches Bundesamt, 2018d) und medizinischen Erstsemestern (41,9% und 11,8%) (Statistisches Bundesamt, 2018f) verzeichneten¹. Wenngleich die Erfassung der Studierendenzahlen auf lokaler Ebene methodischen Ungenauigkeiten unterliegt (Huhn et al., 2015), so verdienen sie trotzdem Beachtung angesichts der

¹ Berechnung der Quoten auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes.

vergleichsweise strengen und quotierten bundesweiten Zulassungsbestimmungen im Fach Humanmedizin. So können internationale Studieninteressierte nicht allein über die sogenannte *Ausländerquote* (5 % aller Studienplätze) zugelassen werden, sondern bei Vorliegen einer deutschen Hochschulzulassungsberechtigung (HZB) auch über die gleichen Quoten wie deutsche Studieninteressierte (ca. 90% aller Studienplätze) (Stiftung für Hochschulzulassung, 2019). Dabei wird klar, dass auch das deutsche Medizinstudium mit seiner anhaltenden hohen Beliebtheit (Stiftung für Hochschulzulassung, 2018a) in den kommenden Jahren mit einer weiteren Zunahme von Bewerbungen und Immatrikulationen durch internationale Medizinstudierende rechnen darf.

Im Zusammenhang mit diesen Zahlen imponieren seit einigen Jahren Berichte aus Studiendekanaten und Lehrkörpern über die ausgeprägten akademischen, sprachlichen und sozialen Probleme von internationalen Medizinstudierenden (Heinen, Guse, Fischer, Jacobs, Albrecht & Kurrè, 2014; Huhn et al., 2015). Diese machen sich insbesondere durch geringere Studienleistungen und eine längere Studiendauer (Huhn et al., 2014; Huhn et al., 2017) bemerkbar und werden bislang mehrheitlich auf sprachliche Barrieren und mangelnde schulische Vorbildung zurückgeführt (Heinen et al., 2014; Heublein, 2015; Thies, Marschall & Friederichs, 2014). Gleichzeitig mehren sich aber Hinweise, dass diese Betrachtungsweise der Komplexität der Studienprobleme von internationalen Medizinstudierenden nicht gerecht wird. Dabei gewinnt der bislang wenig betrachtete Aspekt der Integration am Studienort als Erklärungsansatz für Studienprobleme an Relevanz (Heublein, 2015). Dieser wird oftmals eher als ein zweitrangiges Phänomen angesehen, welches nicht primär in kausalem Zusammenhang mit akademischen Problemen steht.

Vor dem Hintergrund der Studienprobleme von internationalen Medizinstudierenden erstaunen die bisher geringe Auseinandersetzung an medizinischen Fakultäten und der limitierte Wissensstand in der deutschsprachigen medizinischen Ausbildungsforschung zu dieser Studierenden-Gruppe (Chenot, Simmenroth-Nayda & Scherer, 2007; Huhn & Nikendei, 2018). Während sich die medizinischen Fakultäten zwar in der grundsätzlichen Befürwortung der Internationalisierung als eine erstrebenswerte Entwicklung einig sind, stellt sich zunehmend die Frage nach dem richtigen Umgang mit den Herausforderungen ebendieser Internationalisierung (Knipper & Putz, 2016). Darüber hinaus gilt es, Wege zu finden, wie mögliche Vorteile einer interkulturellen Medizinstudierendenschaft genutzt werden können.

In beiden Fällen bietet der Blick auf die Integration der internationalen Medizinstudierenden an deutschen medizinischen Fakultäten einen wichtigen Ansatz. Die vorliegende Arbeit soll hier einen Beitrag zur weiteren Analyse leisten.

Hierfür wird im *Allgemeinen Hintergrund* dieser Arbeit die Zielgruppe der *internationalen Medizinstudierenden* anhand von Studienzulassung, Soziodemographie und Studienproblemen beschrieben. Abschließend werden die bisherigen Erklärungsansätze dieser Probleme erläutert sowie der zentrale Erklärungsansatz der vorliegenden Arbeit vorgestellt. Im darauffolgenden *Theoretischen Hintergrund* werden essentielle Theorien zur Wirkweise und dem Nutzen sozialer Integration im Studium vorgestellt sowie die aktuelle Forschungslage zur sozialen Integration bei internationalen Medizinstudierenden beleuchtet. Abschließend werden vor diesem Hintergrund vorhandene *Forschungslücken* aufgezeigt und die daraus erwachsenden *Forschungsfragen* dieser Untersuchung vorgestellt. Im Abschnitt *Methodik* wird das Studiendesign mit seinem Fokus auf der qualitativ-quantitativen Analyse anhand von Interviewtranskripten und visuellen Netzwerkkarten genauer erläutert. Hier erfolgt die Beschreibung der Rekrutierung der Teilnehmenden sowie der Datenerhebung und Datenauswertung. Die Ergebnisse letzterer werden im *Ergebnisteil* präsentiert. Die abschließende *Diskussion* beleuchtet daraufhin die Ergebnisse dieser Untersuchung im Licht vorhergehender empirischer Untersuchungen und bettet sie in einen theoretischen Rahmen ein. Darüber hinaus erfolgt eine kritische Würdigung der Methodik sowie der Ergebnisse hinsichtlich ihrer möglichen Limitationen und Übertragbarkeit auf andere Standorte.

2 Allgemeiner Hintergrund

2.1 Definition der Zielgruppe

In der Forschung über internationale Medizinstudierende liegen unterschiedliche Definitionen ebendieser Gruppe vor, was die fachliche Auseinandersetzung erschwert und die Vergleichbarkeit wissenschaftlicher Untersuchungen begrenzt. Der Großteil der verbreiteten Definitionen orientiert sich an objektivierbaren Kriterien wie der Nationalität (AusländerInnen), der Muttersprache oder dem Ort des Erwerbs der Hochschulzugangsberechtigung (bei im Ausland erworbener HZB: BildungsausländerInnen, beim im Inland erworbener HZB: BildungsinländerInnen) (Statistisches Bundesamt, 2018b). Während diese zwar eine vermeintlich klare und objektiv messbare Differenzierung erlauben, sind sie oft durch die kulturelle Heterogenität der Studierendenschaft begrenzt. So haben beispielsweise viele Studieninteressierte in Deutschland eine ausländische oder doppelte Staatsangehörigkeit, eine nicht-deutsche Muttersprache, aber gleichzeitig eine deutsche HZB.

Eine etwas weitere Erfassung bietet die Definition anhand des Migrationshintergrundes, zu welchem das Statistische Bundesamt alle Personen zählt, die die deutsche Staatsangehörigkeit nicht von Geburt an besitzen oder die mindestens ein Elternteil haben, auf das dies zutrifft (Statistisches Bundesamt, 2017). Diese Definition erlaubt so die Erfassung von Migrationsgeschichten in zweiter Generation. Gleichzeitig vermag sie aber nicht ethnische, sprachliche oder kulturelle Minderheiten der Gesellschaft zu erfassen, wie es in der angelsächsischen Forschung üblich ist. Diese sind in der deutschsprachigen medizinischen Ausbildungsforschung nicht üblich und oftmals negativ konnotiert. Gleiches gilt auch für den Begriff AusländerIn, weswegen sich seit einigen Jahren der Begriff der *internationalen Medizinstudierenden* in der englisch- und deutschsprachigen Ausbildungsforschung eingebürgert hat. Vor diesem Hintergrund wird auch in der vorliegenden Untersuchung von internationalen Medizinstudierenden gesprochen. Dabei sind grundsätzlich Studierende mit einer nicht-deutschen Staatsangehörigkeit gemeint, wobei der Fokus insbesondere auf diejenigen liegt, die mit einer HZB aus dem Ausland (BildungsausländerInnen) für ihr Medizinstudium nach Deutschland eingewandert sind und so eine selbst erlebte Migrationsgeschichte aufweisen.

2.2 Studienzulassung von internationalen Medizinstudierenden

Die Zulassung von internationalen Studieninteressierten zum Medizinstudium in Deutschland ist über eine Reihe von Wegen reguliert. Dabei spielt in erster Linie die Nationalität der Studieninteressierten eine Rolle, da sich jene aus Ländern außerhalb der Europäischen Union (im

Folgenden mit dem Zusatz *Nicht-EU* gekennzeichnet) auf maximal fünf Prozent der Studienplätze bewerben können (Stiftung für Hochschulzulassung, 2019). Sie müssen sich dabei zentral über den Verein *uni-assist e.V.* - einer Einrichtung bundesdeutscher Hochschulen, der HRK und des DAAD - bewerben (Stiftung für Hochschulzulassung, 2018b). Anders verhält es sich bei Studieninteressierten aus Staaten der Europäischen Union (im Folgenden mit dem Zusatz *EU* gekennzeichnet), welche aufgrund der freien Mobilität zwischen EU-Mitgliedstaaten eine größere Freiheit hinsichtlich ihrer Studienbewerbungen genießen. Sie können sich wie deutsche Studieninteressierte über das Onlineportal *hochschulstart.de* der Stiftung für Hochschulzulassung bewerben (Stiftung für Hochschulzulassung, 2018b). Darüber hinaus haben aber auch Nicht-EU Studieninteressierte die Möglichkeit, sich auf Studienplätze außerhalb der fünf-Prozent-Quote zu bewerben, sofern sie ihre HZB als sogenannte BildungsinländerInnen in Deutschland oder an einer deutschen Auslandsschule erworben haben. Diese sind, unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit, deutschen Studieninteressierten rechtlich gleichgestellt, was wiederum bei der Bewerbung über die Stiftung für Hochschulzulassung sowie bei der staatlichen Studienfinanzierung (u.a. mittels BAföG) relevant ist (Stiftung für Hochschulzulassung, 2018b).

2.3 Soziodemographie von internationalen Medizinstudierenden

Die Beurteilung der Soziodemografie bei internationalen Medizinstudierenden gestaltet sich für den deutschen Sprachraum aufgrund der geringen Datenlage schwierig. Allerdings bietet eine Reihe an Untersuchungen über internationale Studierende in unterschiedlichen Fächergruppen einen allgemeinen Überblick.

Hinsichtlich der Altersstruktur zeigt sich, dass sowohl internationale als auch deutsche Medizinstudierende zu Beginn ihres Studiums meist Anfang zwanzig sind, wobei internationale Medizinstudierende in der Tendenz etwas jünger sind als ihre deutschen Mitstudierenden (Huhn et al., 2014; Karay, Restel, Marek & Schlüter de Castro, 2018; Kolbert-Ramm & Ramm, 2011). Die Geschlechterverteilung unter internationalen Medizinstudierenden (45% männlich und 55% weiblich) ist dabei ausgeglichener als bei ihren deutschen Kommilitoninnen und Kommilitonen (38% männlich und 62% weiblich)² (Statistisches Bundesamt, 2018d).

In Untersuchungen zu internationalen Studierenden unterschiedlicher Fächergruppen bilden sich deutliche Unterschiede bei den familiären Bildungshintergründen ab. So haben insbeson-

² Eigene Berechnung auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes.

dere bei BildungsinländerInnen lediglich 33% einen akademischen Bildungshintergrund im Elternhaus, während es bei deutschen Studierenden 51% sind. Im Fall von BildungsausländerInnen ist dieser Anteil mit 63% wiederum deutlich höher (Burkhart, Heublein & Wank, 2011). Auch die finanziellen Ressourcen der Studierenden in allen Fächergruppen zeigen klare Unterschiede. So stellt das Deutsche Studentenwerk fest, dass internationale Studierende in allen Fächergruppen seltener durch ihre Eltern finanziert werden, häufiger BAföG erhalten und oftmals ihr Studium komplett selbst finanzieren (Apolinarski & Brandt, 2017; Middendorff et al., 2017). Ähnliche Ergebnisse fanden sich auch bei Medizinstudierenden mit Migrationshintergrund (Kurré, Scholl, Bullinger & Petersen-Ewert, 2011).

Insbesondere in Hinblick auf häufig vermutete kulturelle Missverständnisse zwischen deutschen und internationalen Medizinstudierenden sind die vertretenen Nationen (und damit indirekt die jeweiligen Kulturen) unter diesen relevant (Thies, Marschall & Friederichs, 2014). Hier zeigt die amtliche Studierendenstatistik (siehe Tabelle 1), dass der Großteil der internationalen Medizinstudierenden aus Ländern der EU und Asien stammt (Statistisches Bundesamt, 2018b). Während allerdings in allen Fächergruppen der Großteil der asiatischen Studierenden aus fernöstlichen Nationen (u.a. China und Indien) entstammt, sind es in der Medizin oft Studierende aus dem Nahen Osten (u.a. Syrien). Auch Studierende mit türkischer Staatsangehörigkeit stellen eine der größten Gruppen unter internationalen Medizinstudierenden dar, wobei hier ein hoher Anteil an Medizinstudierenden mit doppelter Staatsbürgerschaft und einem Status als BildungsinländerInnen vermutet werden kann (Burkhart et al., 2011). Darüber hinaus imponiert auch der hohe Anteil von österreichischen Medizinstudierenden.

Mit Blick auf die hohen akademischen Anforderungen während des Medizinstudiums gelten eine gute schulische Vorbildung und Hochschulzugangsberechtigung allgemein als Prädiktoren für den Studienerfolg. Hier stellt sich der Vergleich ausländischer HZB als schwierig dar, wobei die Leistungsfähigkeit der schulischen Vorbildung in Ländern außerhalb Deutschlands meist nur eingeschränkt beurteilt und verglichen werden kann (Loy, Hell & Robra, 2009). Gleichzeitig gibt es Hinweise, dass internationale Medizinstudierende in ihren Heimatländern schulische Leistungstragende waren und den Schritt zu einem Medizinstudium in Deutschland auf Basis starker Leistungen in der Schulzeit machen (Morris-Lange, 2017; Thies et al., 2014).

Tabelle 1: Häufigste Herkunftsländer bei internationalen Studierenden in allen Fächergruppen sowie in der Medizin/Gesundheitswissenschaften.

Alle Fächergruppen		Humanmedizin/Gesundheitswiss.	
Land	Anzahl Studierende	Land	Anzahl Studierende
China	39541	Österreich	1547
Türkei	39338	Syrien, Arab. Republik	1006
Indien	17570	Türkei	986
Italien	14485	China	912
Russische Föderation	14322	Bulgarien	806
Österreich	13194	Italien	770
Ukraine	9388	Zypern	525
Syrien, Arab. Republik	9035	Griechenland	522
Iran, Islam. Republik	8525	Russische Föderation	506
Frankreich	8408	Polen	502

Anmerkungen. Eigene Zusammenstellung aus: Statistisches Bundesamt, 2018a, S.392-404.

2.4 Studienprobleme von internationalen Medizinstudierenden

Während in den vergangenen Jahren die Entwicklung der Zahlen von internationalen Studierenden über alle Fächergruppen hinweg deutlich über den Erwartungen lag, entwickelten sich die Zahlen der AbsolventInnen nicht äquivalent (Winde & Schröder, 2015). So liegen die Studienabbruchszahlen sowohl unter BildungsinländerInnen als auch unter BildungsausländerInnen in Bachelor- und Masterstudiengängen aller Fächergruppen deutlich über denen der Deutschen (Heublein & Schmelzer, 2018). Ebenfalls auffällig sind die längere Studiendauer und geringere Studienleistungen bei internationalen Studierenden, welche zudem oft von Problemen bei der Bewältigung der Studienaufgaben berichten (Heublein, Sommer & Weitz, 2004). Diese Problemwahrnehmung findet sich ebenfalls bei vielen Dozierenden an medizinischen Fakultäten in Deutschland. Wenngleich erste Berichte hierzu bereits bis in die 1950er Jahre zurückreichen (Kingma, 1957), wurden sie erst ab 2007 mit einem Forschungsauftrag von Chenot et al. (2007) zunehmend innerhalb der deutschsprachigen medizinischen Ausbildungsforschung thematisiert. Seitdem konnten Differenzen in den Studienleistungen bei internationalen und deutschen Medizinstudierenden quantitativ nachgewiesen werden. So weisen internationale Medizinstudierende im direkten Vergleich mit ihren deutschen Mitstudierenden geringere Punktzahlen in universitätsinternen Leistungsnachweisen (Huhn et al., 2014; Huhn et al., 2017) sowie im ersten Staatsexamen (Physikum) vor (Lorenz & Shahla, 2014). Ähnliche Tendenzen

zeigen sich indirekt in der Korrelation zwischen den niedrigeren Physikumerfolgsraten von Fakultäten bei steigendem Anteil von internationalen Medizinstudierenden (Bussche, Wegschneider & Zimmermann, 2006). Darüber hinaus zeigen sich uneinheitliche Ergebnisse bei der Studiendauer von internationalen und deutschen Medizinstudierenden. Eine lokale Studie fand bei internationalen Medizinstudierenden eine längere Studiendauer (Huhn et al., 2014), während eine breiter angelegte Untersuchung hier eine Differenzierung zwischen BildungsinländerInnen sowie BildungsausländerInnen nachweisen konnte. Hierbei fand sich eine längere Studiendauer insbesondere bei BildungsinländerInnen, also Studierenden mit ausländischer Staatsangehörigkeit aber deutscher HZB (Burkhart et al., 2011). Darüber hinaus fanden qualitative Befragungen unter internationalen Medizinstudierenden ausgeprägte Sorgen rund um ihr Studium sowie den Rahmenbedingungen und Anforderungen dieses Studiums (Huhn et al., 2016). Diese Sorgen scheinen sich dabei nicht allein auf die akademische Leistungsfähigkeit zu beziehen, sondern sich auch auf das persönliche Wohlbefinden der internationalen Medizinstudierenden auszuwirken (Huhn et al., 2018; Kurré et al., 2011). Interessanterweise sind diese Problemfelder im Grundsatz sowohl den internationalen Medizinstudierenden selbst als auch vielen Dozierenden und den Studiendekanaten an medizinischen Fakultäten bekannt (Thies et al., 2014). Gleichwohl scheinen letztere aber nur selten über ausreichende Maßzahlen zur Bewertung der Problemlage zu verfügen. Darüber hinaus wissen viele Dozierende wenig über Betreuungsmöglichkeiten von internationalen Medizinstudierenden an ihren medizinischen Fakultäten (Huhn et al., 2015).

Mit Blick auf den englischsprachigen Kulturraum fällt auf, dass hier die Diskussion häufig über die Migrationsgeschichte hinaus geht und um die Frage nach der sozialen Durchlässigkeit des Medizinstudiums (*widening access*) ergänzt wird (Gore, Patfield, Holmes & Smith, 2018). Dabei werden ebenfalls Medizinstudierende ethnischer, sozioökonomischer, sprachlicher und kultureller Minderheiten der Bevölkerung thematisiert (Brosnan et al., 2016). Des Weiteren finden sich häufig Untersuchungen zu anderen akademischen Gesundheitsberufen wie der Zahnmedizin, der Pharmazie und den Pflegewissenschaften (Gilligan & Outram, 2012). Auch hier finden sich Unterschiede in der Studienleistung bei Studierenden der inländischen Mehrheiten im Vergleich zu ihren Mitstudierenden aus inländischen Minderheiten sowie ihren internationalen Mitstudierenden (Stegers-Jäger, Steyerberg, Cohen-Schotanus & Themmen, 2012; Woolf, Potts & McManus, 2011). Auch der Studienabbruch wurde mehrfach untersucht, wobei hier die Studienergebnisse uneinheitliche Aussagen zu dem Risiko von internationalen Medizinstudierenden und jenen aus inländischen Minderheiten lieferten (O'Neill, Wallstedt, Eika & Hart-

vigsen, 2011). Bezogen auf die Beurteilung der Lebens- und Studiensituation von Medizinstudierenden inländischer Minderheiten sowie von internationalen Medizinstudierenden existieren vielfach qualitative und quantitative Untersuchungen weltweit. Dabei stehen das Erleben der akademischen Probleme, Isolation am neuen Studienort, Kulturunterschiede im Gastland, Verständigungsprobleme durch Sprachbarrieren sowie Diskriminierung und Stigmatisierung aufgrund von Sprachakzenten im Vordergrund (Gilligan & Outram, 2012; Henning, Krägeloh, Moir, Doherty & Hawken, 2012; Malau-Aduli, 2011; McGarvey, Brugha, Conroy, Clarke & Byrne, 2015; Sanner & Wilson, 2008). Darüber hinaus sind internationale Studierende und Studierende aus inländischen Minderheiten offenbar häufig innerhalb ihrer Fakultäten als solche identifizierbar und werden vermutlich mit Stereotypen im Vergleich zu der Mehrheitsgruppe konfrontiert (Woolf, Cave, Greenhalgh & Dacre, 2008). Allgemein findet sich ein erhöhtes Stressempfinden sowie erniedrigtes Wohlbefinden bei internationalen Medizinstudierenden (Henning et al., 2012). Finanzierungsprobleme stellen interessanterweise oft nur ein geringeres Problem dar, was angesichts der hohen Studiengebühren in vielen englischsprachigen Ländern erstaunt und die Vermutung nahelegt, dass jene internationalen Medizinstudierenden oft aus finanziell gut situierten Familien ihrer Heimatländer kommen (Apolinarski & Brandt, 2017; Henning et al., 2012).

2.5 Bisherige Erklärungsansätze der Studienprobleme

Angesichts der Studienprobleme von internationalen Medizinstudierenden ist an vielen medizinischen Fakultäten ein Problembewusstsein für jene Studierendengruppe entstanden. Die Erklärung deren Studienprobleme gestaltet sich allerdings schwierig, da die Gründe als komplex gelten. Dabei wurde bisher sprachlichen und didaktischen Aspekten ein hoher Stellenwert beigemessen, welcher aber in der bildungs- und sprachwissenschaftlichen Literatur zunehmend kritisiert wird (Benzie, 2010).

2.5.1 Sprachkompetenz

Die Vermutung, dass sprachliche Barrieren ein wichtiger Grund für Studienprobleme sind, ist an medizinischen Fakultäten weit verbreitet (Chenot et al., 2007). Sie fußt oft auf den persönlichen Erfahrungen von Dozierenden zu den Kommunikationsschwierigkeiten mit internationalen Medizinstudierenden (Thies et al., 2014). Zudem betont eine Vielzahl an Interviewstudien mit internationalen Studierenden in der Medizin und den Gesundheitswissenschaften deren eigene Einschätzung, dass eine hohe Sprachkompetenz der Studiensprache für das erfolgreiche Studium relevant ist (Gilligan & Outram, 2012; Malau-Aduli, 2011; McGarvey et al., 2015).

Kern dieser Überlegungen ist die Erwartung, dass unzureichende Sprachkenntnis zu fehlendem Verständnis in Vorlesungen oder Seminaren führt (Benzie, 2010; Chenot et al., 2007; Heublein, 2015). Wenngleich dies in Teilen zutrifft, so erklärt es als einzelner Prädiktor nur unzureichend die ausgeprägten Unterschiede zwischen inländischen und internationalen Medizinstudierenden (Green, 2015). Dies liegt zum einen darin begründet, dass internationale Medizinstudierende bereits höchste Sprachanforderungen bei der Bewerbung und Immatrikulation erfüllen müssen. Im Fall des deutschsprachigen Medizinstudiums sind dies häufig die höchstmöglichen Anforderungen aller Studienfächer. So werden an vielen Studienorten die Sprachtests für Deutsch als Fremdsprache *TestDaF 4x4*, *DSH-2* oder die *Goethe-Zertifikate C1* und *C2* bei Bewerbung oder Immatrikulation verlangt (ApoBank Stiftung, 2017). Gemessen an offiziellen Sprachzertifikaten erfüllen internationale Medizinstudierende entsprechend die an sie gestellten Erwartungen, wenngleich auch die Aussagekraft dieser Zertifikate oftmals hinterfragt wird (Chenot et al., 2007). Zum anderen zeigen sich auch bei BildungsinländerInnen ähnliche Studienprobleme wie bei ihren Mitstudierenden mit ausländischer HZB (Burkhart et al., 2011). Diese Probleme können dabei aufgrund der langjährigen und erfolgreichen Schulbildung als BildungsinländerInnen in Deutschland nicht primär auf inhaltliche Verständnisprobleme zurückgeführt werden (Morris-Lange, 2017). Auch im englischsprachigen Ausland konnten vergleichbare Beobachtungen bei Medizinstudierenden aus kulturellen Minderheiten gemacht werden, welche zwar ebenfalls eine langjährige Schulbildung im jeweiligen Land vorwiesen, aber trotzdem geringere Studienleistungen als ihre Mitstudierenden aus der kulturellen Mehrheit erbrachten (Mann, Canny, Lindley & Rajan, 2010).

Vor diesem Hintergrund lässt sich in der Literatur eine zunehmende Abkehr des alleinigen Erklärungsansatzes der Sprachkompetenz feststellen. Diese sei nach Benzie et al. (2010) nicht allein als ein Set an grammatikalischen Regeln aufzufassen, welches auswendig gelernt werden müsse. Stattdessen gewinnt die Frage nach der Symbolfunktion von Sprache an Relevanz, bei der jene sprachlichen Informationsinhalte im Vordergrund stehen, die neben den reinen Sachinhalten vermittelt werden. Hierbei spielen neben der hohen Kontextabhängigkeit von Sprache (hier insbesondere der akademische im Vergleich zum privaten Kontext) auch die positiven und negativen Konnotationen von Sprachformen und Sprachakzenten eine Rolle, welche durch internationale Studierende erlebt werden (Morris-Lange, 2017; Sanner & Wilson, 2008).

2.5.2 Didaktische Sozialisation

Fächerübergreifend wird in Zusammenhang mit internationalen Studierenden oft eine unterschiedliche Qualität und didaktische Ausrichtung der schulischen Vorbereitung in den Heimatländern vermutet (Heublein, 2015). Gemeint sind dabei sowohl die eigentliche fachliche Vorbereitung, also die Vermittlung von studienrelevantem Wissen, als auch die Lernstile oder die didaktische Sozialisation, also die „prägenden Erfahrungen für die Ausgestaltung des Lern- und Lehrverhaltens“ gegenüber jeder Lerntätigkeit (Haller, 1997, S. 161). Die innerhalb der Staaten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) vergleichende PISA Studie untermauert zu einem gewissen Grad die Vermutungen bezüglich einer geringeren fachlichen Vorbereitung an Schulen im Ausland, da insbesondere Staaten des Nahen Ostens schlechtere Ergebnisse vorweisen als die Staaten der EU (OECD, 2016). Gleichzeitig sind die Unterschiede innerhalb der EU vergleichsweise gering und können fachliche Unterschiede nicht in dem gleichen Ausmaß erklären. Bezüglich der Lernstile und der didaktischen Sozialisation bei internationalen Studierenden stellt sich die theoretische und empirische Datenlage schwierig dar. So existiert eine Vielzahl an unterschiedlichen Lernstiltypologien (Lehmann, 2010), welche im unterschiedlichen Maße auf eine kulturelle Dimension untersucht wurden (Joy & Kolb, 2009). Dabei ist die grundlegende Annahme, dass verschiedene Kulturen mit unterschiedlich ausgeprägten Lernstilen assoziiert sein können (Hofstede, 1986; Yamazaki, 2005) weniger ein Streitpunkt, als die primäre Verbindung von kulturell geprägten Lernstilen mit geringerer akademischer Leistungsfähigkeit (Benzie, 2010). Hierzu fanden kulturübergreifende Untersuchungen, dass bei der Bewertung der akademischen Leistungsfähigkeit diverse Einflüsse der kulturellen, akademischen und sozialen Kontexte von Relevanz sind (Wong, 2004; Yamazaki, 2005). Die in der Vergangenheit angenommene Assoziation von Lernverhalten mit bestimmten Kulturen erfolgte entsprechend verfrüht und erzeugte kulturelle Stereotype (u.a. auswendiglernende Kulturen des Ostens im Gegensatz zu hinterfragenden Kulturen des Westens), welche sich bis heute halten (Queis, 2009; Hofstede, 1986). Die unreflektierte Übernahme solcher Stereotype beinhaltet dabei die Gefahr die Ursachen von akademischen Leistungsunterschieden nicht korrekt zu erfassen (Hofstede, 1986; Kennedy, 2002).

2.6 Erklärungsansatz der sozialen Integration und des Lernumfelds

Ein weiterer, der vorliegenden Untersuchung zugrundeliegender, Erklärungsansatz ist die Sicht auf die Integration von internationalen Medizinstudierenden am Studienort sowie den dadurch geformten persönlichen Netzwerken und dem daraus erwachsenem Lernumfeld. Hier stehen weniger individuelle Faktoren der internationalen Studierenden im Fokus. Stattdessen werden

die relationalen, also aus der Interaktion erwachsenden, und kontextualen, also umweltbedingten, Faktoren stärker beleuchtet (Nicholson & Cleland, 2017).

Im Gegensatz zu den Aspekten Sprache und didaktische Sozialisation, ist Integration in der deutschsprachigen medizinischen Ausbildungsforschung bisher selten ein Thema (Chenot et al., 2007; Kurré et al., 2011). In den Bildungswissenschaften ist sie jedoch bereits ein etablierter Forschungsgegenstand mit den grundlegenden Theoriekonzepten von Spady (1970) und Tinto (1975). Beide postulieren, dass die Integration von Studierenden die zentralen Einflussgrößen bei der Entscheidung von Studienabbrüchen darstellen und damit indirekt den Studienerfolg beeinflussen. Insbesondere Tinto unterteilt Integration dabei in eine akademische Seite, also auf die formellen Strukturen des Studiums und des Lernens bezogene, sowie eine soziale Seite, also auf die Interaktion mit Individuen im Studium bezogene (Tinto, 1975). Die soziale Herkunft, die schulische Vorbildung und weitere individuelle Attribute der Studierenden stellen für sie Mediatoren dar, welche die akademische und soziale Integration beeinflussen. Wenngleich ihre ausgeprägte Fokussierung auf die individuelle Einflussgröße der Integration und das Auslassen institutioneller Faktoren auf die Integration kritisiert wurde, behielten ihre grundlegenden Konzepte bis heute ihre Relevanz innerhalb der Bildungswissenschaften (Petzold-Rudolph, 2018).

Dies liegt nicht zuletzt an den diversen empirischen Belegen für die Verbindung zwischen sozialer Integration am Hochschulort und der Studienleistung. Dabei verdeutlichen insbesondere die Arbeiten von Heublein zum Studienabbruch in Bachelor- und Masterstudiengängen unterschiedlicher Studienfächer (Heublein, Hutzsch, Schreiber, Sommer & Besuch, 2009) sowie speziell unter internationalen Studierenden (Heublein et al., 2004), wie fehlende soziale Integration das Risiko für einen Studienabbruch erhöht. Auch unter Medizinstudierenden konnten Untersuchungen den Effekt sozialer Integration auf das Studium nachweisen. So zeigten amerikanische Medizinstudierende bessere Prüfungsleistungen, wenn sie ihr soziales Studienumfeld positiv bewerteten (Wayne, Fortner, Kitzes, Timm & Kalishman, 2013). Darüber hinaus konnten Netzwerkanalysen ein Zusammenhang zwischen der Zentralität der Netzwerkpositionen einzelner Medizinstudierender und ihren Prüfungsleistungen nachweisen (Hommes et al., 2012). Die Gründe hierfür werden häufig in den praktischen Hilfen unter Medizinstudierenden bei der Bewältigung der Studienanforderungen sowie der emotionalen Unterstützung zwischen Studierenden gesehen (Nicholson & Cleland, 2017). Im Fall von internationalen Medizinstudierenden wurde ebenfalls ein positiver Effekt von Integration in mehrheitlich deutschsprachige Gruppen auf die Fremdsprachkompetenz postuliert (Heublein, 2015). Darüber hinaus bietet die soziale Integration in der medizinischen Fakultät auch eine Orientierungsmöglichkeit für neue

Medizinstudierende hinsichtlich der eigenen Rolle und Leistung sowie den Normen in dem Tätigkeitsfeld (Reimann, 2013). Während diese Normen und Rollen zum Studienstart zwar noch größtenteils auf das Verhalten im Medizinstudium begrenzt sind, beziehen sie sich im Verlauf zunehmend auch auf die ärztliche Rolle (Burford & Rosenthal-Stott, 2017). Dies fördert die Ausbildung einer eigenen Position in der medizinischen Fachkultur sowie zur Entwicklung einer professionellen ärztlichen Identität. Die Integration in Netzwerke im Studium hat somit nicht allein eine hohe Relevanz für die konkrete Bewältigung des studentischen Alltags, sondern hat darüber hinaus eine langfristige Kontroll- und Motivationsfunktion. Diese kann sowohl die Adhärenz von Medizinstudierenden fördern als auch ihre professionellen Einstellungen jenseits der explizit vermittelten curricularen Studieninhalte beeinflussen.

3 Theoretischer Hintergrund

3.1 Soziale Integration als Abbild sozialer Identität und Habitus

Die Begriffe soziale Integration, Identität und Habitus werden häufig in Form des Konzepts einer *Sozialen Identität* miteinander in Verbindung gebracht. Sie stellt in den Sozialwissenschaften und insbesondere in der Sozialpsychologie ein zentrales Theorienset dar, welches auch in der medizinischen Ausbildungsforschung seit Jahren an Relevanz gewinnt (Monrouxe, 2013). Hier wurde und wird soziale Identität zumeist im Kontext der Ausbildung einer professionellen Identität als angehende ÄrztInnen betrachtet (Monrouxe, 2010). Dabei gilt es insbesondere die Arbeiten von Hafferty zu dem *Hidden Curriculum* hervorzuheben, die zwar den Begriff der sozialen Identität nicht aktiv nutzen, aber durch den Fokus auf die implizite Vermittlung von Wissen und Verhaltensweisen eines ärztlichen Habitus auch die soziale Identität von Medizinstudierenden aufgreifen (Hafferty, 1988; Hafferty, 1998). Dieser findet sich ebenfalls in der Untersuchung von Reimann zur den Sozialisationsprozessen von Medizinstudierenden, welche durch geteilte Gruppenerlebnisse und einen gemeinsamen Habitus ein verbindendes Gefühl der Gruppenzugehörigkeit erleben (Reimann, 2013).

Arbeiten zur sozialen Identität ist gemeinsam, dass sie Identitätsbildung als einen grundlegenden kognitiven und sozialen Prozess definieren, der es Individuen ermöglicht, ihre erlebte Umwelt zu strukturieren und ihr Sinn zu geben (Burford, 2012; Monrouxe, 2010). Dabei waren die sozialpsychologischen Arbeiten von Tajfel und Turner prägend für den Begriff sowie seine spätere weite Verbreitung (Tajfel & Turner, 1979; Turner, Hogg, Oakes, Reicher & Wetherell, 1987). Doch auch innerhalb der Soziologie finden sich Elemente dieses Konzeptes, welche insbesondere durch Bourdieu in seiner *Theorie der Praxis* Anwendung fanden (Bourdieu, 1979).

3.1.1 Soziale Identität und Selbstkategorisierung nach Tajfel und Turner

Die *Theorie der Sozialen Identität* von Tajfel und Turner (Tajfel & Turner, 1979) erweitert das Verständnis von personaler Identität um die Komponente der Gruppenmitgliedschaft. Soziale Identität stellt somit jenen Teil des Individuums dar, der sich aus seinem Wissen um seine Mitgliedschaft in sozialen Gruppen sowie aus dem Wert und der emotionalen Bedeutung ableitet, mit der diese Mitgliedschaft besetzt ist. Dabei streben Individuen nach positiven Selbstbildern und entsprechend auch nach positiven sozialen Identitäten, was zur Aufwertung der eigenen Gruppe (*Ingroup*) sowie zur Abwertung fremder Gruppen (*Outgroup*) führt. Dies geschieht im Rahmen des Gruppenvergleichs anhand von relevanten Dimensionen, was in der Konsequenz eine weitere Differenzierung von Gruppen einleitet. Als Bedingung hierfür nennen Tajfel und

Turner die internalisierte Gruppenmitgliedschaft. Diese kann nicht allein von außen durch Andere zugeschrieben werden, sondern muss durch das Individuum selbst angenommen werden. Auch entsteht der Vergleich nicht entlang beliebiger Dimensionen in diversen Kontexten, sondern bildet sich nur unter sozial passenden Rahmenbedingungen heraus.

Die *Theorie der Selbstkategorisierung* (Turner et al., 1987) stellt eine Erweiterung der Theorie der Sozialen Identität dar. Sie thematisiert dabei insbesondere die Wirkung der sozialen Identität als Mitglieder einer In- oder Outgroup auf das Selbstbild dieser Individuen. Da Individuen positive und konsistente Selbstbilder durch ihre sozialen Identitäten anstreben, schreiben Turner et al. ihnen Wahrnehmungs-, Deutungs- und Handlungsmuster zu, welche konsistent zur Ingroup sind. Hierdurch entsteht eine Tendenz unter Gruppenmitgliedern, homogene Merkmale innerhalb ihrer Ingroup wahrzunehmen und sich einem normativen Prototyp ihrer Gruppe anzunähern. Spiegelbildlich hierzu werden im Vergleich mit Outgroups die Prototypen anderer Ausprägungen in den fremden Gruppen wahrgenommen. Welche Merkmale dabei wahrgenommen werden ist kontextsensibel, da die Merkmale den Vergleich zwischen Gruppen sowie eine Auf- oder Abwertung der Gruppen ermöglichen müssen (Burford, 2012).

3.1.2 Zusammenwirken unterschiedlicher Identitäten

Vor dem Hintergrund der Theorie der Selbstkategorisierung von Turner et al. sowie der unterschiedlichen Salienz von Identitäten in Abhängigkeit des Kontextes, wird deutlich, dass Individuen mehrere soziale Identitäten aufweisen können. Diese sind in Teilen, wie im Fall von Geschlechts- oder Kulturidentitäten, sehr grundlegend und bilden sich früh im Leben aus. Darüber hinaus gibt es weitere Identitäten, die sich erst im späteren Lebensverlauf entwickeln, wie im Fall der professionellen Identität. Die Zunahme solcher sozialen Identitäten führt zu differenzierten Selbstbildern von Individuen. Diese Selbstbilder müssen organisiert werden, was Linville als Selbstkomplexität definiert (Linville, 1985). Die Organisation solcher Selbstkomplexität stellt Individuen, insbesondere in Situationen in denen unterschiedliche Identitäten salient werden, vor Herausforderungen. So sind beispielsweise ein abgrenzender und kompartimentalisierender Umgang möglich, bei denen unterschiedliche Identitäten in den jeweiligen relevanten Kontexten aktiviert und genutzt werden (Roccas & Brewer, 2002). Entsprechend kann sich dabei auch das Verhalten ändern, welches sich an die jeweils aktive Identität sowie Kontexte anpasst. Während diese Strukturierung eher zu abgeschlossenen und exklusiven Identitäten führt, ergibt sich auch die Möglichkeit einer Zusammenführung unterschiedlicher Identitäten. Sie reduziert die Kontextabhängigkeit und ermöglicht die inklusive Nutzung von sozialen Identitäten gegenüber Personen einer Outgroup. Schlägt eine fruchtbare Organisation der

eigenen Selbstkomplexität fehl, so werden Individuen potentiell vor erhebliche Hürden gestellt. Costello spricht im Maximalfall von einer *Identitätsdissonanz*, bei der bereits existierende persönliche Identitäten mit neuen Identitäten nicht in Einklang gebracht werden können (Costello, 2010). Dieses Phänomen wurde insbesondere im Vergleich von kulturellen, sozialen und geschlechtlichen Minderheits- und Mehrheitsgruppen an Hochschulen gefunden und erforscht (Costello, 2010; Burford, 2012; Monrouxe, 2010). Hier zeigte sich, dass Mitglieder von Minderheiten öfter eine Identitätsdissonanz aufwiesen und Schwierigkeiten hatten, ihre persönliche Identität als Mitglieder einer kulturellen oder sozioökonomischen Minderheitsgruppe mit der neuen professionellen Identität zusammenzuführen. Dadurch könnten Konflikte entstehen, die sich auf die Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden auswirken (Costello, 2010).

3.1.3 Der Habitus nach Bourdieu

Elemente der Theorie der Sozialen Identität lassen sich ebenfalls in Bourdieus Theorie der Praxis finden, welcher sie in einen größeren soziologischen Rahmen einbettet (Bourdieu, 1979). Dabei spiegelt sich der Aspekt der sozialen Identität in Bourdieus Begriff des *Habitus*. Dieser stelle die verinnerlichteten Grundannahmen dar, welche die Wahrnehmungen und Präferenzen von Individuen beeinflussen (Fuchs-Heinritz & König, 2011). Sie werden nach Bourdieu insbesondere in der frühesten Kindheit durch das soziale Umfeld geformt, wobei auch spätere Lebensphasen einen Einfluss auf den Habitus haben (Brosnan, 2014). Nach Bourdieu schärft dieser die Sinne von Individuen, um für unterschiedliche Lebenssituation die adäquaten „Spielregeln“ zu erkennen und entsprechend handeln zu können (Brosnan, 2014, S. 1). Er spiegelt sich dabei insbesondere in der Nutzung einer spezifischen Sprache sowie in anderen Formen von Symbolen und Ritualen. Diese lassen für Bourdieu die *feinen Unterschiede* zwischen Personen unterschiedlicher Milieus in Erscheinung treten, was daraufhin die Differenzierung von Machtgefügen und der Zuordnung von Personen zu bestimmten Milieus erlaube (Bourdieu, 1982). So könne das Gruppenerleben strukturiert, Rollen und Hierarchien ausgebildet und Grenzen zu anderen Gruppen gezogen werden (Fuchs-Heinritz & König, 2011).

3.2 Soziale Integration als Abbild sozialen Kapitals

Innerhalb der jüngeren Forschung zu sozialer Integration in Gesellschaften sowie deren Effekte, gewinnt der Begriff des sozialen Kapitals zunehmend an Bedeutung (Kadushin, 2012). Das trifft nicht zuletzt auch auf das Feld der medizinischen Ausbildungsforschung zu, in dem das Konzept zunehmend bei der Erklärung von Leistungsunterschieden, dem Studienabbruch sowie der soziodemografischen Zusammensetzung der Studierendenschaften herangezogen wird

(Nicholson & Cleland, 2017; Vaughan, Sanders, Crossley, O'Neill & Wass, 2015). Dahinter steht die von Putnam verdichtete Grundaussage, dass der Integration in soziale Netzwerke eine Funktion oder gar „ein Wert an sich“ innewohne (Putnam, 2000, S. 19). Dieser Wert müsse dabei als Ressource begriffen und damit, in Anlehnung an den ökonomischen Kapitalbegriff, als Kapital verstanden werden. So sieht beispielsweise Coleman soziales Kapital als eine Summe von Entitäten mit zwei gemeinsamen Eigenschaften: sie basieren auf sozialen Strukturen und erleichtern Handlungen von Individuen innerhalb dieser Strukturen (Coleman, 1990). Ähnlich betrachtet es auch Putnam auf der Ebene größerer Gruppen, in denen er die Produktivität von Individuen durch das soziale Kapital der Gemeinschaft beeinflusst sieht (Putnam, 2000).

3.2.1 Soziales Kapital auf der Ebene von Individuen

Bei der Betrachtung von sozialen Kapitals aus der Perspektive einzelner Individuen stehen deren soziale Netzwerke mit den darin innewohnenden Kontakten im Vordergrund. Dies erlaubt die Betrachtung konkreter Funktionen dieser Kontakte sowie den damit verbundenen Ressourcen für einzelne Individuen (Kadushin, 2012). So definiert Lin (2001) soziales Kapital als die Ressourcen, die in dem sozialen Netzwerk einer Person eingebettet sind und mittels Netzwerkkontakten erreicht sowie mobilisiert werden können. Dabei sind diverse Arten von Ressourcen möglich, welche stets auch von den jeweiligen Zwecken abhängen. Beispielsweise findet sich in der Literatur oftmals der Aspekt der Unterstützung beim Streben nach bestimmten gesellschaftlichen Positionen oder Tätigkeiten, wie in Granovetters Untersuchung *Getting a job* dargestellt (Granovetter, 1974). Hier steht weniger das grundsätzliche Vertrauen in eine übergeordnete Gruppe im Vordergrund. Stattdessen werden die einzelnen Kontakte und die direkt damit assoziierten Möglichkeiten für ein Individuum betrachtet. Soziales Kapital ist in dieser Betrachtungsweise entsprechend stark in Netzwerkstrukturen verankert, welche wiederum Rückschlüsse auf die Menge an sozialem Kapital erlauben (Jansen, 2006). Beispielsweise bietet der Blick auf die Tätigkeiten (bestimmte Berufe) und Hintergründe (gesellschaftliche Positionen) von Kontakten in einem Netzwerk sowie die Kontaktintensität wichtige Hinweise zu den damit verbundenen Ressourcen sowie deren Erreichbarkeit (Kadushin, 2012). Weiterhin konnten bestimmte Netzwerkstrukturen mit unterschiedlichen Ressourcen und Funktionen in Verbindung gebracht werden. So bieten lose Verbindungen in sozialen Netzwerken Individuen die Chance, über ihren engeren Kreis hinwegzugehen und so an neue und potentiell relevante Information zu gelangen (Kadushin, 2012). Dies geht hingegen auf Kosten der Verbundenheit und Stabilität ihrer Kontakte, was sich beispielsweise in der emotionalen Unterstützung durch das Netzwerk

niederschlagen kann. Stabile soziale Netzwerke gelten stattdessen emotional als besonders unterstützend, aber potentiell auch anfälliger für soziale Kontrolle der so verbundenen Individuen (Kadushin, 2012). Angesichts dieser unterschiedlichen Möglichkeiten, die aus Netzwerkstrukturen erwachsen, hängt der konkrete Nutzen eines Netzwerks in einem hohen Maße von dem Kontext der zu bewältigenden Herausforderungen eines Individuums ab. Individuen, die in einem hohen Maße von neuen Informationen abhängig sind, könnten so eher von losen Netzwerkstrukturen profitieren, während ein dichtes Netzwerk eher bei der emotionalen Bewältigung von belastenden Situationen hilfreich sein kann.

3.2.2 Soziales Kapital auf der Ebene von Gruppen

Bei der Betrachtung der Gruppenebene von sozialem Kapital stellen Vertrauen, Reziprozität sowie soziale Normen zentrale Aspekte dar (Kadushin, 2012). Ihre Wirkung lässt sich nicht direkt in einzelnen Kontakten in Netzwerken eines Individuums erfassen. Stattdessen beeinflussen sie diese Kontakte indirekt durch ihre Wirkung auf Normen und Verhaltensweisen in kompletten Gruppen und Gesellschaften. So können beispielsweise Individuen dank des sozialen Kapitals auf der Gruppenebene bei der Ausbildung ihrer individuellen Kontakte auf gesellschaftliche Vorannahmen und Erwartungen zurückgreifen. Diese könnten dann beispielsweise helfen, die Vertrauenswürdigkeit von Kontakten einzuschätzen (Kadushin, 2012). Das ist insbesondere dort wichtig, wo in Anspruch genommene Ressourcen auf der individuellen Ebene nicht sofort und in identischer Form zurückgegeben werden können. Stattdessen erfolgt die Nutzung von Ressourcen zwischen Individuen vor dem Hintergrund generalisierten sozialen Vertrauens und einer verallgemeinerten Reziprozität zwischen den Individuen einer Gesellschaft. Für Putnam entsteht dieses Vertrauen in solch eine Reziprozität sowie eine generelle Solidarität innerhalb einer Gesellschaft durch die Interaktion von Individuen in kleinen Gruppen wie im Fall von Vereinen. Dies führe zur Einhaltung gesellschaftlicher Normen und darüber zu diversen Vorteilen im gesellschaftlichen Zusammenleben, wie es die Sicherheit oder soziale Gerechtigkeit sind (Kadushin, 2012; Putnam, 2000).

3.2.3 Das soziale Kapital nach Bourdieu

Eingebettet in den größeren systemischen Rahmen seiner *Theorie der Praxis* entwickelte Bourdieu eine differenzierte Ausarbeitung zu diversen Kapitalformen (Bourdieu, 1979). Soziales Kapital stellt für ihn nur eine von mehreren Kapitalformen dar, zu denen ebenfalls das ökonomische, kulturelle sowie das symbolische Kapital gehören (Bourdieu, 1983). Vereinfacht be-

trachtet, bezieht sich hier das ökonomische Kapital auf die finanziellen Ressourcen, das kulturelle Kapital auf die Wissensbestände und das symbolische Kapital auf das gesellschaftliche Prestige von Individuen. Das soziale Kapital stellt sich hingegen als ein Aggregat aus den realen oder potentiellen Ressourcen dar, die an das Vorhandensein eines sozialen Netzwerks geknüpft sind. Die Menge an sozialem Kapital einer Person ist dementsprechend abhängig von „der Ausdehnung und Qualität des Netzes von Beziehungen (welche er tatsächlich mobilisieren kann)“ sowie dem „Umfang des (ökonomischen, kulturellen oder symbolischen) Kapital das diejenigen besitzen, mit denen er in Beziehung steht“ (Bourdieu, 1983, S. 191). Soziales Kapital dient als Instrument für diverse Ziele und Handlungen von Individuen innerhalb einer definierten Umgebung. Ändert sich diese, so ändert sich gegebenenfalls auch der Nutzen des vorhandenen Netzwerks und damit das ihm innewohnende soziale Kapital. Bourdieu betont, dass sich soziales Kapital unter bestimmten Bedingungen in andere Kapitalformen (beispielsweise in symbolisches oder ökonomisches Kapital) umformen lässt. Diese Umformung ermöglicht so in gewissem Maße die längerfristige Nutzbarmachung des sozialen Kapitals (Bourdieu, 1983).

3.3 Soziale Integration im soziokulturellen Kontext

Integration in soziale Netzwerke geschieht nicht in einem inhaltlichen Vakuum, in dem einzelne Individuen ohne Vorkenntnisse und Annahmen miteinander interagieren. Vielmehr geschieht sie in einem konkreten sozialen und kulturellen Rahmen, welcher durch unterschiedliche Wissensbestände, Vorannahmen und damit verbundenen Machtpositionen geformt wird.

3.3.1 Das soziale Feld nach Bourdieu

Insbesondere Bourdieu hat diesen soziokulturellen Rahmen, in dem sich die soziale Integration vollzieht, näher differenziert. Als *soziales Feld* ist er ein weiteres zentrales Element in Bourdieus Theorie der Praxis (Bourdieu, 1979). In diesem Feld wirken die vorhergehend beschriebenen Begriffe des Habitus und des Kapitals. Ein soziales Feld kann unterschiedlicher Natur sein, wobei Bourdieu insbesondere die Felder der Ökonomie, Politik aber auch der Bildung benennt (Bourdieu, 1979). Diese Felder sind kulturell vorgeprägt und liefern somit keinesfalls eine inhaltsleere Plattform für die in ihnen agierenden Individuen. Stattdessen beinhalten sie Anforderungen an diese Individuen sowie mehr und weniger erwünschte Positionen des Feldes (Fuchs-Heinritz & König, 2011). Individuen in einem Feld erhalten so die Möglichkeit des gegenseitigen Vergleichs hinsichtlich der eigenen Position, was wiederum ein Spannungsfeld unterschiedlicher Positionen schafft. Das Erreichen erwünschter Positionen erfordert den Einsatz von Kapital, was zu einem Konkurrenzverhalten zwischen Individuen um dieses Kapital führt.

Gleichzeitig betont Bourdieu die Relevanz der Regeln und Symbole eines Feldes, welche erst verstanden und in Form des Habitus verinnerlicht werden müssen, um effektiv im Feld agieren zu können (Brosnan, 2014). Dabei begründet sich das Streben nach wünschenswerten Positionen im Feld für Bourdieu nicht allein auf den externen Anforderungen dieses Feldes, sondern ebenfalls durch die Akzeptanz des gesteckten Rahmens durch die Individuen im Feld (Fuchs-Heinritz & König, 2011). Diese erkennen diesen Rahmen als gegeben an, inkorporieren ihn in ihrem eigenen Habitus und reproduzieren so wiederkehrend diesen Rahmen des Feldes. Die Wandlung der Rahmenbedingungen eines sozialen Feldes erfordert dementsprechend einerseits veränderte externe Anforderungen (beispielsweise in Form von veränderten Strukturen), andererseits aber auch Veränderungen in dem Habitus der in ihm tätigen Individuen, da sie es sind, die die konkreten Rahmenbedingungen des Feldes letztlich generieren (Brosnan, 2010).

3.3.2 Das Feld der medizinischen Fachkultur

Medizinische Ausbildung findet in einem spezifischen soziokulturellen Feld statt, welches über einen ausgeprägten kulturellen Rahmen verfügt, der jedoch nur selten expliziert wird (Taylor & Wendland, 2014). Dieser wurde durch die Untersuchung *Boys in White*, in der die Beziehungen und Rollen unter Medizinstudierenden eines amerikanischen Colleges untersucht wurden, bereits früh zum soziologischen Forschungsgegenstand (Becker, 1961). Dass die Medizin als eigenständige Kultur betrachtet werden kann, wird nicht nur von fachfremden Außenstehenden vertreten, sondern auch durch Medizinstudierende selbst (Burford & Rosenthal-Stott, 2017; Lovell, 2015). Diese erkennen, dass ihr Studien- und Tätigkeitsfeld ein abgegrenztes und für sie initial neues Terrain darstellt, in dem es Regeln gibt, welche Handlungen regulieren, belohnen, sanktionieren oder überhaupt erst ermöglichen (Brosnan et al., 2016). Dieses Regelwerk der medizinischen Fachkultur trennt sich in einen sichtbaren sowie einen unsichtbaren Teil auf. Als sichtbarer Gegenstand dieser Fachkultur gelten nach Liebau und Huber (1985) einerseits die Strukturen des Studiums an sich, mit ihren Lehrveranstaltungen und Stundenplänen sowie dem inhaltlichen Curriculum. Sie bilden einen zeitlichen, räumlichen und inhaltlichen Rahmen, in dem Kontakte stattfinden. Gleiches gilt für die Konzeption von Prüfungen und anderen Leistungsnachweisen. Darüber hinaus wird aber deutlich, dass innerhalb dieser sichtbaren Strukturen nicht nur objektive und abgrenzbare Lehrinhalte bestehen, sondern ebenfalls Normen, Erwartungen und Regeln implizit vermittelt werden. Letzteres verdeutlicht Hafferty mit seinem Konzept des *Hidden Curriculums* (Hafferty, 1998). Es beinhaltet jene Denk- und Handlungsmuster, die nicht explizit gelehrt werden und deren Aneignung auf impliziten Wegen verläuft, wobei dies durch vorbestehende Wissensbestände erleichtert wird. Hafferty zeigt, wie dieses

Wissen wiederum kulturell und moralisch geprägt ist und langfristig studentische und ärztliche Einschätzungen des Guten und des Schlechten im Medizinstudium sowie in der Medizin als Fachgebiet beeinflusst (Brosnan, 2010). Andere Sozialisierungsstudien zu Medizinstudierenden verdeutlichen darüber hinaus, dass sich die konkrete Fachkultur an deutschen sowie englischsprachigen Fakultäten in besonderem Maße an den Idealen von Leistungsfähigkeit, Objektivität, Neutralität sowie Professionalität orientiert (Liebau & Huber, 1985; Taylor & Wendland, 2014; Wilkinson, 2016). Sie verbindet dabei die streng formalisierten Arbeitsweisen der Naturwissenschaften mit den praktischen Elementen klinischer Arbeit, was sich nicht zuletzt in einer streng kodifizierten Fachsprache ausdrückt (Liebau & Huber, 1985).

Das Leistungsnarrativ in der Medizin beginnt mit der medizinischen Ausbildung und erstreckt sich darüber hinaus in die ärztliche Tätigkeit hinein. Insbesondere im Studium zeigt es sich in Form von Erfahrungen mit Erwartungshaltungen rund um akademische Leistungen, Hierarchien und zukünftigen Studien- und Karrierewegen (Bandini et al., 2015). Bereits die ersten Berührungspunkte mit dem Medizinstudium in Form der hohen Zulassungshürden fördern ein Konkurrenzbewusstsein, welches sich im Verlauf des Studiums erhält. Doch auch außerhalb der Leistungsbezogenheit des Studiums existieren Rahmenbedingungen, die sich auf die sozialen Interaktionen von Medizinstudierenden auswirken. So konnte eine Reihe an Untersuchungen eine kollektive Orientierung unter Medizinstudierenden hin zu ausgeprägtem und gemeinsam erlebten Freizeitverhalten feststellen (Keller, Maddock, Laforge, Velicer & Basler, 2007; McNeill, Kerr & Mavor, 2014). Dieses wird dabei oft als das „Druckablassen“ (McNeill et al., 2014, S. 105) beschrieben, welcher im Rahmen des Studiums erst aufgebaut und aufgestaut wird. Das Ablassen dieses Drucks stellt sich paradoxerweise aber nicht immer als gesundheitsförderndes, sondern teilweise als gesundheitsgefährdendes Verhalten dar (Keller et al., 2007). Hier imponiert insbesondere ein intensiver Alkoholkonsum. Diese sichtbaren und unsichtbaren Strukturen innerhalb und außerhalb der offiziellen medizinischen Curricula bilden einen Rahmen, in dem die soziale Interaktion unter Medizinstudierenden stattfindet und der somit einen Orientierungspunkt für diese darstellt. Dieses Umfeld erscheint als äußerst wandlungsresistent, so dass davon ausgegangen werden kann, dass hier die soziale Reproduktion wie sie Bourdieu beschreibt, sehr effektiv abläuft (Brosnan, 2010). Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die häufige Negierung solcher soziokulturellen Reproduktionsprozesse innerhalb der Medizin, und dem damit verbundenen Wunsch nach einer medizinischen „Culture of No Culture“ (Taylor & Wendland, 2014, S. 59). Diese ist durch die studentische und ärztliche Wahrnehmung der

Medizin als neutrales und objektives Fach geprägt, wodurch ein gewisser Glaube an Unbeeinflussbarkeit der medizinischen Ausbildung und ärztlichen Tätigkeit durch soziokulturelle Variablen existiert.

3.4 Soziale Integration im Medizinstudium

Die medizinische Studierendenschaft stellt mit ca. 3,3%³ aller Studierenden in Deutschland eine vergleichsweise kleine Untergruppe aller Studierenden dar (Statistisches Bundesamt, 2018b). Doch trotz - oder gerade aufgrund - dieses kleinen Anteils, wirken medizinische Studierendenschaften auf Außenstehende oftmals als einheitliche Gruppe, die darüber hinaus gegenüber fachfremden Personen als exklusiv gilt (Blakey, Blanshard, Cole, Leslie & Sen, 2008). Gleichzeitig zeigt sie sich aber als besonders inklusiv gegenüber neuen Medizinstudierenden, welche zügig in die Gruppe aufgenommen werden (Weaver, Peters, Koch & Wilson, 2011). Dies äußert sich nicht zuletzt anhand der bundesweit verbreiteten Willkommensveranstaltungen (u.a. in der Form von *Ersti-Rallyes*) für neue medizinische Erstsemester. Doch auch jenseits des Studienstarts existiert eine enge Vernetzung innerhalb der medizinischen Studierendenschaft, was sich insbesondere durch den hohen Organisationsgrad auf lokaler, bundesweiter und internationaler Ebene im Form der medizinischen Fachschaften, der bvmd (Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland, 2019) und der internationalen Vereinigung medizinischer Studierendorganisationen (IFMSA) (International Federation of Medical Students' Associations, 2019) verdeutlicht. Auch auf der Ebene einzelner Individuen veranschaulicht der Vergleich mit anderen Fachrichtungen, wie ausgeprägt die Verbundenheit unter Medizinstudierenden ist. So nennen lediglich 18% der Medizinstudierenden im Rahmen des Studierendensurveys soziale Isolation als Problem im Studium, was den niedrigsten Wert aller Fächer darstellt. Im Umkehrschluss nehmen allerdings auch 20% der Medizinstudierenden einen hohen Konkurrenzdruck innerhalb dieser eng vernetzten Gruppe von Studierenden wahr, was ein Höchstwert unter den Fächern ist (Ramm, Multrus, Bargel & Schmidt, 2019).

Vor diesem Hintergrund kann die Frage nach den Vor- und Nachteilen der unterschiedlichen Aspekte der Theorien zur Sozialen Identität situationsabhängig beantwortet werden (Lovell, 2015). So kann sich die enge Verbundenheit unter Medizinstudierenden dabei förderlich auf das persönliche Wohlbefinden im Studium auszuwirken. Andererseits deuten Berichte zu Konkurrenzdruck unter Medizinstudierenden auch darauf hin, dass eine starke Identifikation als

³ Eigene Berechnung auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes.

Medizinstudierende auch zu verstärkten Problemen durch soziale Kontrolle führen kann (Kolbert-Ramm & Ramm, 2011). Ebenso kann der zunehmende Verlust an Selbstkomplexität durch das relative Überwiegen der Identität als Medizinstudierende potentiell sogar zu einer erhöhten Vulnerabilität und verminderten Resilienz gegenüber Stressoren führen (McNeill et al., 2014). Nicht zuletzt können Widersprüche zwischen der Identität als Medizinstudierende und vorherigen Identitäten aus anderen Lebensbereichen von Medizinstudierenden diese vor erhebliche Konflikte stellen und im Studium belasten (Ferrel, 2017; Wilkinson, 2016).

Mit Blick auf die Theorien des Sozialen Kapitals im Bereich der medizinischen Ausbildung lässt sich feststellen, dass diese eine wachsende Rolle spielen. Angesichts der vielseitigen Anforderungen des Medizinstudiums lässt sich aber bisher keine eindeutige Aussage zu dem Nutzen bestimmter Netzwerkstrukturen und dem daraus erwachsenden sozialen Kapital treffen (Lovell, 2015). Mit Blick auf die persönliche Herausforderung, die das Medizinstudium darstellt, sind wahrscheinlich Strukturen der gegenseitigen Unterstützung von hoher Relevanz. Hier gilt es allgemeingültige Informationen und Lerntipps sowie emotionalen Beistand und Freizeitausgleich durch das soziale Netzwerk im Medizinstudium zu betonen (Astfalk, Zhang, Pérez Anderson, Alhalabi & Schulze, 2018; Nicholson & Cleland, 2017). Ein zu hohes Maß an sozialen Verbindungen scheint allerdings auch negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden zu haben, wobei negative Auswirkungen zwischen dem hohen Zeitaufwand für Kontaktpflege und der Lernzeit vermutet wird (Foorman & Lloyd, 1986).

3.4.1 Lovells Modell der Gruppendynamik unter Medizinstudierenden

Zur Erklärung der ausgeprägten Gruppendynamiken unter Medizinstudierenden konzipierte Lovell auf Grundlage qualitativer Daten sowie der Theorien der Sozialen Identität von Tajfel und Turner ein Modell (Lovell, 2015). Es fokussierte dabei auf die Bildung und Erhaltung dieser Gemeinde von Medizinstudierenden. Es fußt neben der häufig anzutreffenden räumlichen Trennung medizinischer Fakultäten von anderen Fachbereichen an Universitäten (*Enforced isolation*) auch auf der selbstinduzierten Abgrenzung von Medizinstudierenden (*Self-isolation*) gegenüber anderen Fachrichtungen (Lovell, 2015). Diese sei neben den zeitintensiven Anforderungen des Studiums auch durch die besonderen Erfahrungen im Medizinstudium in Form von Lehrinhalten und emotional herausfordernden Erlebnissen wie dem Umgang mit Sterben und Tod begründet. Des Weiteren erkennt er eine ausgeprägte soziale Kontrolle (*Judging*) sowie Unterstützung (*Supporting*) innerhalb der medizinischen Studierendenschaft, welche zur Triebkraft der Gruppenbildung werde (Lovell, 2015). Medizinstudierende profitierten entsprechend von der Unterstützung dieser Gemeinde, erlebten aber auch die Beurteilung durch sie.

Während Lovell in seinem Modell zwar grundsätzlich auch negative Effekte auf das Studium und Wohlbefinden von Medizinstudierenden postuliert, findet er im Rahmen seiner Untersuchung primär positive Auswirkungen durch die Vernetzung innerhalb der medizinischen Studierendenschaft. Dabei sieht er insbesondere solidarische Tendenzen innerhalb dieser Gemeinde, in der schwächere Medizinstudierende von der kollegialen Unterstützung profitierten. Diese würden so den Wissensgradienten zwischen leistungsstarken und leistungsschwachen Studierenden reduzieren und das Risiko der Abkehr von leistungsschwachen Studierenden minimieren (Lovell, 2015). So lässt sich hinsichtlich der allgemeinen Vernetzung unter Medizinstudierenden bei ihm ein eher positives Bild erkennen, welches durch gegenseitige Unterstützung und Kooperation gekennzeichnet ist.

3.4.2 Soziale Integration bei internationalen Medizinstudierenden

Im Gegensatz zu den positiven Berichten der sozialen Integration bei inländischen Medizinstudierenden in die medizinische Studierendenschaft, stellt sich die soziale Integration bei internationalen Medizinstudierenden deutlich problematischer dar. Darüber hinaus findet sich dieses Phänomen auch bei internationalen Studierenden in anderen Fachrichtungen. So berichten internationale Studierende unterschiedlicher Fachrichtungen im Ausländerbericht des Deutschen Studentenwerks von ausgeprägten Problemen beim Kontaktaufbau zu deutschen Studierenden sowie zur allgemeinen deutschen Bevölkerung (Apolinarski & Brandt, 2017). Gleiches stellt ebenfalls das Centrum für Hochschulentwicklung in seiner QUEST-Befragung fest, wo die soziale Integration von Studierenden mit Migrationshintergrund geringer ausfällt als die von Studierenden ohne Migrationshintergrund (Röwert, Lah, Dahms, Berthold & Stuckrad, 2017). Auch international findet sich eine Reihe an vergleichbaren Beobachtungen unter internationalen Studierenden, bei denen die soziale Integration in die neue Studierendenschaft problembehaftet scheint (Hendrickson, Rosen & Aune, 2011).

Innerhalb der deutschsprachigen medizinischen Ausbildungsforschung ist dieses Forschungsfeld bisher nicht flächendeckend untersucht. So beschrieben Medizinstudierende mit einem Migrationshintergrund an der Universität Hamburg im Vergleich zu deutschen Medizinstudierenden ein geringeres Gefühl der Unterstützung durch die Mitstudierenden (Kurré et al., 2011). Auch an der Universität Köln zeigten sich geringere Kontakte und wenigen regelmäßigen Gesprächen zwischen internationalen und deutschen Medizinstudierenden (Karay et al., 2018). In qualitativen Interviewbefragungen von internationalen Erstsemestern im Fach Medizin an der Universität Heidelberg fanden sich zudem ausgeprägte Sorgen bezüglich des Kontakts zu deutschen Mitstudierenden (Huhn et al., 2016). Und auch von Seiten der Dozierenden zeigt sich

eine negative Beurteilung der sozialen Integration bei internationalen Medizinstudierenden (Thies et al., 2014). Methodisch komplexere Netzwerkanalysen ganzer medizinischer Jahrgänge in Großbritannien (Vaughan et al., 2015; Woolf, Potts, Patel & McManus, 2012), den Vereinigten Staaten (Hafferty, Castellani, Hafferty & Pawlina, 2013) und in den Niederlanden (Hommes et al., 2012) konnten quantitativ die Gruppenprozesse innerhalb dieser Jahrgänge beobachten. Hierbei fiel die geringere Verbundenheit von Studierenden mit einem Migrationshintergrund sowie aus Minderheitsgruppen im Semester auf sowie der stärkere Kontakt zu anderen Studierenden mit Migrationshintergrund oder Minderheitsgruppen. Auch qualitative Interviewstudien mit internationalen Medizinstudierenden und Studierenden anderer Gesundheitsberufe fanden wiederholt Aussagen zur wahrgenommenen Isolation im Gastland sowie im eigenen Studiengang (Gilligan & Outram, 2012; McGarvey et al., 2015). Die Konsequenz hieraus scheint oftmals eine als gering wahrgenommene Unterstützung durch die inländischen Studierenden zu sein, so dass das Lernumfeld von internationalen Medizinstudierenden sowie jenen aus gesellschaftlichen Minderheitsgruppen entsprechend negativ bewertet wurde (Hafferty et al., 2013; Orom, Semalulu & Underwood, 2013).

4 Forschungslücken und eigene Fragestellung

Vor dem Hintergrund bisheriger sozialwissenschaftlicher und medizindidaktischer Forschung lässt sich zusammenfassend feststellen, dass internationale Studierende innerhalb und außerhalb der Medizin deutliche Probleme im Studium erleben. Dabei bietet der Blick auf die soziale Integration zwar einen validen, aber bisher wenig genutzten Erklärungsansatz für ebendiese Probleme. Bei genauerer Betrachtung wird deutlich, dass mit den grundlegenden Arbeiten zu sozialer Identität und sozialem Kapital von Tajfel, Turner und Bourdieu sowie deren Anwendung durch Lovell bereits ein breites Theorieset für entsprechende Analysen aus der Perspektive der sozialen Integration vorliegt. Während aber die bisherige Forschung stimmige Ergebnisse sowie Erklärungen der Integrationsprozesse bei inländischen Medizinstudierenden lieferte, kommen ungeklärte Unstimmigkeiten bei internationalen Medizinstudierenden zum Vorschein. So imponiert insbesondere die Diskrepanz in Lovells Anwendung gängiger Theorien der sozialen Identität, welche eine schnelle Integration und solidarische Zusammenarbeit unter Medizinstudierenden postuliert, und den ausgeprägten Unterschieden in der sozialen Integration bei inländischen und internationalen Medizinstudierenden. Angesichts dieser Befunde kann vermutet werden, dass bisherige Untersuchungen zu stark auf kulturell homogene Populationen von Medizinstudierenden zurückgegriffen haben. Dabei bleiben Interaktionsprozesse zwischen diversen Subgruppen dieser Population unbeleuchtet. Zudem sind entsprechende Vergleiche insbesondere in der deutschen medizinischen Ausbildungsforschung bisher selten und in rein deskriptiv-quantitativer Form vorhanden.

Die vorliegende Untersuchung soll hier eine Lücke schließen zwischen den quantitativ gemessenen Unterschieden in der sozialen Integration bei inländischen und internationalen Medizinstudierenden sowie den sozialwissenschaftlichen Theorien der Sozialen Identität und der Theorie des Sozialen Kapitals. Vor dem Hintergrund werden die folgenden Forschungsfragen am Gegenstand der persönlichen Netzwerke von inländischen und internationalen Medizinstudierenden an der medizinischen Fakultät Rostock untersucht:

1. Wie beurteilen inländische und internationale Medizinstudierende an der medizinischen Fakultät Rostock die Bildung und Erhaltung ihrer persönlichen Netzwerke im Studium?

Welche Unterschiede können hinsichtlich dieser Beurteilung identifiziert werden?

Welche Einflussgrößen auf die Bildung und Erhaltung der sozialen Netzwerke lassen sich identifizieren?

2. Wie sind die sozialen Netzwerke bei inländischen und internationalen Medizinstudierenden an der medizinischen Fakultät Rostock zusammengesetzt?

Welche Unterschiede können hinsichtlich der quantitativen Netzwerkmaße identifiziert werden?

Welche Unterschiede können hinsichtlich der qualitativen Zusammensetzung der Netzwerke identifiziert werden?

3. Wie nutzen inländische und internationale Medizinstudierende an der medizinischen Fakultät Rostock ihre sozialen Netzwerke im Studium?

Welche Unterschiede können hinsichtlich der verfügbaren Ressourcen in den sozialen Netzwerken identifiziert werden?

5 Methodik

Für die vorliegende Studie wurde ein exploratives Studiendesign gewählt, bei dem die qualitative Mess- und Analyseverfahren der Grounded Theory um das Instrument der sozialen Netzwerkanalyse ergänzt wurde. Im Folgenden wird nun in einem ersten Schritt der Theoriehorizont der Methodik abgesteckt und die Gegenstandsgemessenheit erläutert. Darauf aufbauend werden die konkreten Schritte der Stichprobenrekrutierung, der Datenerhebung sowie die Datenanalyse dargestellt. Abschließend erfolgt eine kritische Würdigung der gewählten Methodik, um so die Chancen und Limitationen der Untersuchung aufzuzeigen.

5.1 Methodologische Überlegungen

5.1.1 Qualitative Forschung und die Grounded Theory Methodologie

Qualitative Methodik ist ein forschungstheoretischer Ansatz, der sich durch eine spezifische Herangehensweise an den Forschungsprozess und die verwendeten Forschungsinstrumente auszeichnet (Flick et al., 2013). Dabei verfolgen qualitative Methoden grundsätzlich das Ziel einer Theorie- oder Typenbildung auf Basis von empirischen Daten (Marx & Wollny, 2009). Hier steht weniger die Überprüfung existierender Theorien anhand von Datensätzen im Vordergrund, als die Entdeckung neuer Ansätze zur Erklärung bestimmter Phänomene. Die empirische Grundlage dieser Vorgehensweise stellen die Deutungsmuster, Handlungsorientierungen und Wissensbestände der Studienteilnehmenden dar. Nach Flick sollen deren „Lebenswelten 'von innen heraus'“ dargestellt werden (Flick et al., 2013, S. 14). Diese können als abstrakte Konstrukte nicht direkt im Datenmaterial gemessen werden und müssen somit durch die Forschenden aus dem Datenmaterial isoliert und rekonstruiert werden. Diese Rekonstruktion stellt ein zentrales Element der qualitativen Datenanalyse dar, welche sich durch ein hohes Maß an Subjektivität auszeichnet und daher intensiv im Forschungsteam reflektiert werden muss (Flick, 2018). Dadurch kann Theoriebildung empirisch fundiert und im Sinne der Nachvollziehbarkeit dokumentiert werden (Breuer, Mey & Mruck, 2011). Reflektierte Subjektivität durchzieht den kompletten Forschungsprozess und beginnt bereits in der Stichprobenziehung. Sie wird meist weniger von statistischer Repräsentativität (zufallsgesteuertes Sampling) als von inhaltlichen Überlegungen zur Datenvielfalt (theoretisches Sampling) geleitet und ermöglicht so eine maximale Breite der Sichtweisen unter Studienteilnehmenden (Merkens, 2013). Die ausgeprägte Detailtiefe sowie der hohe Aufwand der Analyse begrenzen dabei die Fallzahlen qualitativer Studien, wobei die inhaltliche Sättigung des Datenmaterials die Datenerhebung steuert und letztendlich beendet.

Unter den unterschiedlichen Auswertungsmethoden qualitativer Forschung ist die *Grounded Theory Methodologie* (GTM) eine der gängigsten Varianten. Sie zeichnet sich durch ein induktives Vorgehen aus (Wollny & Marx, 2009). Corbin und Strauss betonen hierbei die Relevanz einer theoretischen Sensibilität gegenüber dem Datenmaterial und der Voreingenommenheit der Forschenden durch ihre eigenen Hintergründe und ideologischen Vorprägungen (Strauss & Corbin, 2003). Ziel ist es, so eine Offenheit gegenüber neuen Ideen und Zusammenhängen zu entwickeln. Der Sicherung dieser Offenheit wird in der GTM viel Platz eingeräumt. So soll durch das Schreiben von Theoriememos eine regelmäßige Reflexion und Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses ermöglicht werden.

Die Datenanalyse erfolgt mittels drei Kodierschritten, welche sich in das *offene*, das *axiale* und das *selektive Kodieren* einteilen lassen (Berg & Milmeister, 2011). Die Kodierungsschritte verlaufen nicht linear, sondern ermöglichen den kontinuierlichen Einbezug neuer Informationen aus Memos und hinzukommenden Datenmaterials. So werden im Forschungsverlauf zunehmend gezielt widersprüchliche Fälle gesucht und diese Unterschiede in den Daten erklärt. Die Zirkularität des Forschungsprozesses bezieht ebenfalls die Stichprobenziehung mit ein, welche als theoretisches Sampling idealerweise parallel zur Kodierung verläuft, um so die Stichprobe gezielt durch neue kontrastierende Fälle zu ergänzen. Die GTM zeichnet sich folglich durch ein sehr hohes Maß an Freiheit der Forschenden aus, welche entsprechend kontrolliert und reflektiert werden muss. Hier gilt es somit besonders intensiv die Entscheidungen der Datenanalyse empirisch transparent zu begründen und zu reflektieren (Breuer et al., 2011).

5.1.2 Soziale Netzwerkanalyse als quantitativ-qualitativer Zugangsweg

Die soziale Netzwerkanalyse stellt innerhalb der empirischen Sozialwissenschaften ein junges Methodik- und Forschungsfeld dar, das aber in den vergangenen Jahrzehnten an Relevanz gewonnen hat (Kadushin, 2012). Dabei nimmt die Netzwerkanalyse eine Zwischenposition zwischen einem methodischen Erhebungs- und Statistikinstrument sowie einem theoretischen Analyserahmen ein (Bellotti, 2015). Sie ermöglicht nicht allein das Erfassen von NetzwerkakteurInnen und deren Verbindungen untereinander, sondern ebenfalls einen erklärenden Blick auf die Handlungen von eben diesen AkteurInnen (Bernardi, Keim & Lippe, 2006). Diese handeln nicht allein aufgrund ihrer persönlichen Hintergründe, sondern ebenfalls unter dem Einfluss des sie umgebenden sozialen Netzwerks. Soziale Netzwerkanalyse ist dabei auch als eine Mischung von quantitativen und qualitativen Methoden anzusehen. So bietet sie zum einen Möglichkeiten der statistischen Auswertung von Netzwerkmaßzahlen wie Netzwerkgrößen oder der Verbun-

denheit von AkteurInnen kompletter Gruppen. Doch auch die detailtiefe Untersuchung der Wirkung von Netzwerkzusammensetzung und Netzwerkstrukturen einzelner Personen auf deren Orientierungen, Identitäten, Denkweisen und Handlungen ist in der sozialen Netzwerkanalyse möglich. Beide Vorgehensweisen basieren immer auf den Informationen zu AkteurInnen und ihren Verbindungen untereinander.

Werden einzelne Personen zu ihren persönlichen Kontakten zu anderen AkteurInnen befragt, bilden sich einzelne egozentrierte Netzwerke ab (Crossley et al., 2015). Sie bestehen je aus einem zentralen *Ego*, also der Person deren Netzwerk erfasst wird, sowie den umgebenden *Alteri*, also den Kontakten die Ego zu anderen Menschen aufbaut. Für die Abfrage von Netzwerken stehen mit Fragebögen und Interviews grundsätzlich ähnliche Erhebungsverfahren wie in den gängigen quantitativen und qualitativen Methoden bereit. Es bedarf allerdings mit Namensgeneratoren und Attributfragen einer Reihe gesonderter Fragetypen zur Erfassung und Charakterisierung egozentrierter Netzwerke (Crossley et al., 2015; Kadushin, 2012). Darüber hinaus kann Ego zu den Verbindungen befragt werden, die er zwischen den Alteri in seinem egozentrierten Netzwerk kennt oder vermutet. Die resultierenden Netzwerke können direkt in Form von Netzwerkmatrizen festgehalten oder mittels Netzwerkkarten visualisiert werden (Strauss, 2010). Egozentrierte Netzwerke können mit qualitativen Erhebungsmethoden wie Interviews kombiniert werden, was zu einer hohen Detailtiefe des Datenmaterials führt. Dies erlaubt beispielsweise eine detailliertere Einschätzung der Funktionen die Alteri für ein interviewtes Ego besitzen (Hollstein, 2010).

5.1.3 Gegenstandsangemessenheit der Methodik

Mit den sozialen Netzwerken von deutschen und internationalen Medizinstudierenden wurde in der vorliegenden Arbeit ein noch relativ unbekanntes Forschungsfeld innerhalb der medizinischen Ausbildungsforschung untersucht. Dabei sollten insbesondere die Wahrnehmungen und Handlungen der betreffenden Studierenden verstanden werden. Dieser Ausrichtung wurde durch den qualitativen Fokus des Studiendesigns und der Auswertung methodisch Rechnung getragen. So stand mit der GTM eine etablierte qualitative Methode zur Verfügung, die als übergeordnete Analyseperspektive die vorliegende Untersuchung strukturierte und leitete. Sie bot auf der einen Seite eine ausgeprägte inhaltliche Sensibilität zur Analyse der subjektiven Sichtweisen der untersuchten Studierenden. Auf der anderen Seite zeichnete sie sich aber auch durch eine hohe Flexibilität bei der Auswahl des Datenmaterials aus. Sie eignete sich damit für die kombinierte Analyse von transkribierten Interviewaussagen sowie den Daten der sozialen Netzwerkanalyse. Die Interviewtranskripte ermöglichten einen Blick auf die persönlichen

Sichtweisen, Bewertungsmuster und Handlungsstrategien bei der Bildung, Erhaltung und Nutzung sozialer Netzwerke bei deutschen und internationalen Medizinstudierenden. Die Ergebnisse der sozialen Netzwerkanalyse ermöglichten hingegen anhand der strukturellen, relationalen und funktionellen Aspekte eine andere Perspektive auf die Netzwerke der Studienteilnehmenden. Dadurch konnte das Forschungsthema aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet werden, was in Teilen eine Beantwortung der Forschungsfragen überhaupt erst ermöglichte und auf der anderen Seite die Validität dieser Aussagen erhöhte.

5.2 Datenerhebung

5.2.1 Rekrutierung der Stichprobe

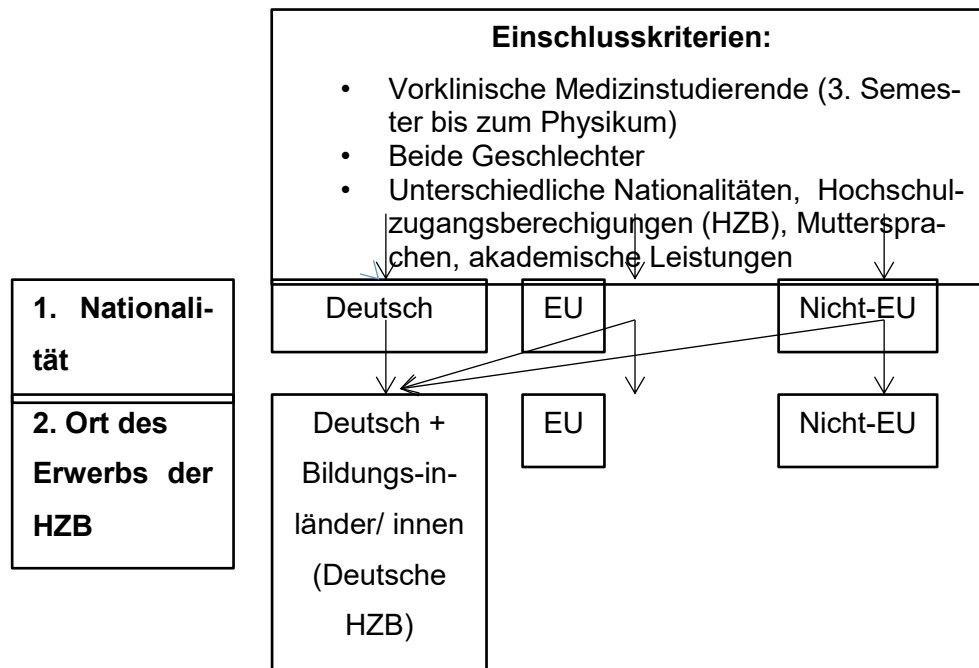
Die Rekrutierung der Stichprobe basierte auf dem Prinzip des theoretischen Samplings der GTM (Strauss & Corbin, 2003). Dabei stand die Forschungsarbeit in einem Spannungsfeld zwischen der Reinform der GTM und den praktischen datenschutzrechtlichen und logistischen Hürden des realen Forschungsprozesses (Truschkat, Kaiser-Belz & Volkmann, 2011). Es wurde daher ein Mittelweg gewählt, bei dem die Auswahl der Studienteilnehmenden gezielt anhand einer Reihe von Vorannahmen erfolgte, welche sich aus unterschiedlichen Quellen speisten. Es existierte im Forschungsteam aufgrund persönlicher Erfahrungswerte in der medizinischen Lehre sowie in der Studierendenvertretung an der Universitätsmedizin Rostock (UMR) ein grundlegendes Verständnis dafür, dass es unter Studierenden aus dem Nahen Osten erhöhte Probleme im Studium gab. Diese Erfahrungen fanden sich ebenfalls im Austausch mit anderen Lehrkräften an der UMR sowie an anderen deutschen Universitäten⁴ wieder. Zusätzlich wurden hier auch Probleme bei Studierenden aus dem EU Ausland beschrieben, so dass angenommen wurde, dass die Differenzierung zwischen internationalen Medizinstudierenden nach Herkunftsregionen sinnvoll ist.

Vor diesem Hintergrund orientierte sich die Rekrutierung an dem Ziel, eine möglichst große nationalstaatliche, sprachliche und kulturelle Vielfalt in der Stichprobe zu vereinen, wobei angestrebt wurde, etwa je ein Drittel der Teilnehmenden aus Deutschland, aus Ländern der EU und aus Ländern außerhalb der EU zu rekrutieren. Auch hinsichtlich der Studienleistungen, des Geschlechts und des Alters sollte die Stichprobe möglichst vielfältig zusammengesetzt sein. In Bezug auf ihren Studienfortschritt sollten sich die Teilnehmenden allerdings ähnlicher sein, um

⁴ Mit VertreterInnen der medizinischen Fakultäten in Greifswald, Hamburg und der LMU München im Rahmen eines Symposiums am Institut für Medizinische Psychologie des Uniklinikums Hamburg-Eppendorf, 28.11.2014.

so eine Vergleichbarkeit der akademischen Rahmenbedingungen zu gewährleisten. Daher wurden nur Medizinstudierende zwischen dem dritten Fachsemester und dem ersten Staatsexamen (Physikum) eingeschlossen (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Einschlusskriterien zur Rekrutierung der Teilnehmenden in drei Vergleichsgruppen.



Die Rekrutierung war zeitlich gestaffelt und erfolgte zu einem Teil bereits im Vorfeld der Datenerhebung. Diese Trennung von Datenerhebung und Rekrutierung der Teilnehmenden wich vom klassischen Vorgehen der GTM ab und war durch forschungspraktische Überlegungen zur Durchführbarkeit an der UMR begründet (Truschkat et al., 2011). So konnten aufgrund von Datenschutzbedingungen keine Medizinstudierenden nach ihrer Nationalität oder der HZB aus den Datenbanken des Studiendekanats gefiltert werden. Eine gezielte Ansprache dieser Medizinstudierenden war somit über diesen Kanal nicht möglich. Daher war es nötig, die Medizinstudierenden über eine zeitaufwändige persönliche Suche innerhalb ihrer Jahrgänge zu identifizieren und anzusprechen. Um trotzdem nach dem Prinzip der GTM wechselnde Interviews mit Teilnehmenden auf Basis der Interviewinhalte durchzuführen, wurde im Vorfeld der Erhebung ein größerer Pool aus teilnahmebereiten Medizinstudierenden unterschiedlicher Hintergründe gebildet. Dieser erlaubte dann die zeitnahe Rekrutierung von inhaltlich passenden Teilnehmenden.

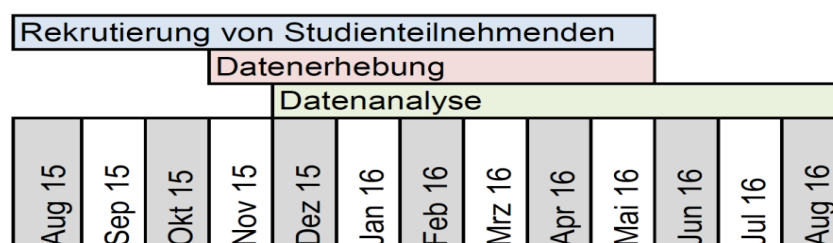
Die Ansprache der potentiellen Teilnehmenden erfolgte auf unterschiedlichen Kanälen. Initial wurden alle Medizinstudierende in einem öffentlichen Schreiben in den Jahrganggruppen auf *facebook* angeschrieben. Darüber hinaus wurden Aushänge und Informationsflyer in öffentlichen Lernräumen der Universitätsbibliothek ausgelegt. Da aber insbesondere internationale

Medizinstudierende nur schwer erreichbar waren und nicht aktiv auf die öffentlichen Aushänge reagierten, wurden die Jahrganggruppen auf *facebook* gezielt nach passenden Teilnehmenden durchsucht und diese persönlich eingeladen. Dabei lieferten Nutzernamen sowie öffentliche Posts in unterschiedlichen Sprachen Hinweise auf internationale Medizinstudierende. Trotz dieser direkten Ansprache war der Rücklauf an interessierten Medizinstudierenden noch zu gering, so dass in einem letzten Schritt ein Schneeballverfahren zur Rekrutierung angewandt wurde. Hierbei wurden bereits interviewte internationale Medizinstudierende gebeten, andere internationale Mitstudierende auf die Untersuchung hinzuweisen und zur Teilnahme einzuladen.

5.2.2 Ablauf der Datenerhebung

Die Datenerhebung gliederte sich in die zeitversetzt stattfindenden Abschnitte der Rekrutierung der Teilnehmenden (August 2015 bis Mai 2016) und der eigentlichen Erhebung der Studiendaten (November 2015 bis Mai 2016). Ebenfalls leicht zeitversetzt begann im Verlauf der Datenerhebung bereits die Datenanalyse (Dezember 2015 bis August 2016), so dass alle drei Abschnitte zeitweise parallel stattfanden (siehe Abbildung 2). Die Datenerhebung erfolgte für alle Teilnehmenden einheitlich in einem Block, so dass die drei Messinstrumente aus Fragebogen, Netzwerkkarte und Leitfadeninterview in einer Reihe angewandt wurden. Vor jeder Erhebung wurden die Teilnehmenden ausführlich zur Studie informiert, um anschließend die Einwilligungserklärung zu unterzeichnen. Alle 27 Erhebungen wurden mittels Tonbandgeräten aufgezeichnet und dauerten durchschnittlich 68 Minuten (mit einer Spanne von 36 bis 103 Minuten).

Abbildung 2: Zeitliche Gliederung der Untersuchung.



5.2.3 Fragebogen

Jede Datenerhebung wurde im Rahmen des problemzentrierten Interviews nach Witzel (1989) mit einem Fragebogen begonnen (siehe Anhang A2). Mit ihm wurden soziodemografische, akademische und sprachliche Eckdaten der Studierenden erfasst, um die spätere Interpretation des Datenmaterials zu ergänzen. Auch sollte der Fragebogen den Studienteilnehmenden Raum geben für erste Nachfragen und so den Einstieg in das Interview erleichtern. Es wurden Fragen

zur Nationalität, der Muttersprache, der sozialen Herkunft, der Hochschulzugangsberechtigung, der Wohnsituation, der Studienfinanzierung und des Familienstands gestellt sowie um eine Selbsteinschätzung der eigenen Studienleistung gebeten. Bei internationalen Teilnehmenden wurde darüber hinaus eine Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse erfasst. Die Selbsteinschätzungen erfolgten jeweils mit 5-Punkte Likert Skalen.

5.2.4 Netzwerkkarte

Im Anschluss an den Fragebogen begann die Erhebung der egozentrierten Netzwerke. Hierfür wurde neben den klassischen Namensgeneratoren und Attributfragen als zentrales Element eine laminierte Netzwerkkarte zur Visualisierung des Netzwerks genutzt. Die Netzwerkkarte diente zusammen mit einem Set aus 50 durchnummerierten selbstklebenden Zetteln (Abbildung 3, im Folgenden *Haftzettel*) der Dokumentation und interaktiven Ordnung des egozentrierten Netzwerks der Studienteilnehmenden. Den Teilnehmenden wurden durch den Interviewleiter sieben Namensgeneratoren vorgelesen, woraufhin passende Alteri mit Geschlecht und Alter jeweils auf einen Haftzettel geschrieben wurden. Die Namensgeneratoren hatten einen Fokus auf das Leben sowie das Medizinstudium in Rostock, boten aber auch Raum für sonstige Kontakte, die für Ego darüber hinaus wichtig waren.

Abbildung 3: Haftzettel für die Benennung und Charakterisierung der Alteri durch die Studierenden.



Im nächsten Schritt wurden die genannten Alteri anhand von Attributfragen charakterisiert, so dass u.a. die Tätigkeit (beispielsweise Medizinstudent/in im höheren Semester) und die Rolle (beispielsweise Mutter) erfasst wurden. Tabelle 2 zeigt die vollständige Liste der erfragten Namensgeneratoren und Attribute. Daraufhin erfolgte die Platzierung der Alteri auf der laminierten Netzwerkkarte. Sie bestand aus fünf konzentrischen Ringen und wurde zu Beginn des Interviews zwischen Interviewleiter und Teilnehmer auf einen Tisch geklebt (Abbildung 4). Die Konzeption der Netzwerkkarte orientierte sich an den Vorarbeiten zum *Networkmapping* von Antonucci (1986) und der Netzwerkvisualisierung von Hogan, Carrasco & Wellman (2007). Die Netzwerkkarte lokalisierte dabei die Studienteilnehmenden als Ego im Zentrum der Karte, während die umgebenden fünf Ringe Abstufungen der Wichtigkeit von Alteri darstellten (zent-

rale Positionen verdeutlichen hohe Wichtigkeit, periphere Positionen geringe Wichtigkeit). Somit erfüllte die Netzwerkkarte gleich mehrere Funktionen. Sie ermöglichte die direkte Dokumentation des egozentrierten Netzwerks während des Interviews und erlaubte eine räumliche Ordnung der Alteri um Ego. Darüber hinaus ermöglichte sie die Skalierung von Alteri anhand der subjektiven Wichtigkeit für Ego. In einem letzten Schritt konnten die Studienteilnehmenden unter Zuhilfenahme von farbigen Stiften die Verbindungen unter den Alteri ihres egozentrierten Netzwerks einzeichnen (entweder als direkte Linien zwischen Alteri oder durch das Einkreisen ganzer Gruppen verbundener Alteri). Die Nutzung der Netzwerkkarte in der analogen *pen and paper* Form hatte eine Reihe von Vorteilen gegenüber der Erhebung einer digitalen Netzwerkkarte am Computer oder der alleinigen Erhebung mittels Fragebögen (Hogan et al., 2007). So war die Durchführung für alle Teilnehmenden sehr intuitiv und erforderte wenige Erklärungen. Dazu ermöglichte sie aufgrund der Interaktivität permanente Veränderungen und nachträgliche Ergänzungen, welche oftmals erst im Verlauf des gesamten Interviews zu Tage traten. Ebenfalls empfanden viele Teilnehmer diese Form der Visualisierung und Befragung als angenehm, spannend und motivierend. Nicht zuletzt konnte die Netzwerkkarte problemlos in die Strukturen des problemorientierten Interviews nach Witzel eingefügt werden, so dass sie Gegenstand des folgenden Leitfadeninterviews wurde. Sie diente dort als Anker und Bezugspunkt bei Fragen aber ebenfalls bei Erklärungen durch die Teilnehmenden zur Entwicklung ihres Netzwerks.

Tabelle 2: Namensgeneratoren, Attributfragen und Verortung von Alteri im Netzwerk.

1. Namensgeneratoren

Wer sind im Leben allgemein wichtige Kontakte?

Wer sind in Rostock wichtige Kontakte?

Wer sind im Studium allgemein wichtige Kontakte?

Wer sind im Wohnumfeld wichtige Kontakte?

Wer sind im Jahrgang wichtige Kontakte?

Wer sind in höheren oder niedrigeren Jahrgängen wichtige Kontakte?

Wer sind klinisch (z.B. Ärzte) wichtige Kontakte?

Wer sind sonstige wichtige Kontakte die bisher fehlen?

2. Attribute der Alteri

Alter

Geschlecht

Nationalität

Muttersprache

Wohnort

Rollen der Alteri für Ego: *enge Familie, erweiterte Familie, Jugend/Schulzeit, vor dem Studium, aus dem Medizinstudium sowie Sonstige*

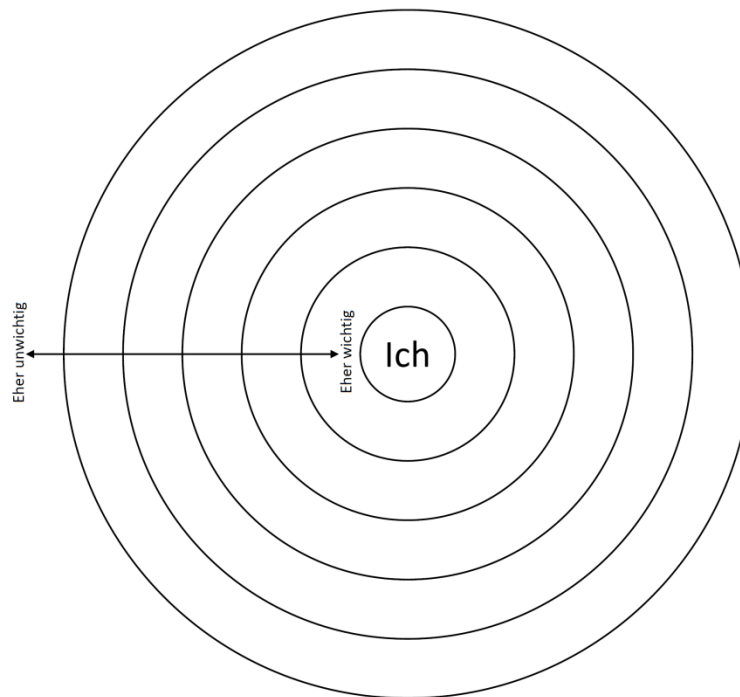
Tätigkeiten der Alteri: *Medizinstudierende im niedrigeren/gleichen/höheren Semester, Arzt, Sonstige Berufe, Sonstige Studiengänge, Rentner, Arbeitslosigkeit, Sonstiges*

Funktionen der Alteri für Ego: *Ratgeber allgemein, Ratgeber zur Studienorganisation, Ratgeber bei Fachfragen, Gruppenlernen, Quelle für Prüfungsmaterial, Freizeit, Motivation, Ursprung negativer Gefühle, finanzielle Unterstützung*

3. Verortung der Alteri auf der Netzwerkkarte nach Wichtigkeit für Ego

4. Benennung der Verbindungen unter den Kontakten

Abbildung 4: Netzwerkkarte mit zentralem Ego und fünf Abstufungen der Wichtigkeit von Alteri.



5.2.5 Leitfadeninterview

Den dritten und abschließenden Abschnitt der Datenerhebung stellte das Leitfadeninterview dar, welches in Anlehnung an die Untersuchungen von Bernardi et al. an dem Problemzentrierten Interview nach Witzel orientiert war (Bernardi et al., 2006; Witzel, 1989). Das Interview knüpfte dabei an den interaktiven Verlauf des vorhergehenden Abschnittes an und nutzte die Fragebogenaussagen sowie die ausgearbeitete Netzwerkkarte als Bezugspunkt für die gestellten Fragen. Es orientierte sich an dem konkreten Problemfeld der Integration in das Medizinstudium und die medizinische Studierendenschaft. Gleichzeitig sollte es einen gewissen Raum für Nachfragen zur Exploration und Präzisierung neuer Themenfelder bieten. Die Teilnehmenden wurden hierfür initial mittels thematisch fokussierter Sprachaufforderungen aus dem Interviewleitfaden zur Erzählung angeregt. Der Leitfaden war dabei weniger als ein festgelegtes Set an Fragen konzipiert, sondern diente als Orientierungshilfe im Interview mit konkreten Themenblöcken (siehe Tabelle 3). Basierend auf den Erzählungen der Teilnehmenden und den Stichworten in den Themenblöcken des Leitfadens wurden Nachfragen situationsadaptiert gestellt. Der vollständige Leitfaden findet sich im Anhang A4.

Mit dem Leitfadeninterview endeten die einzelnen Datenerhebungen. Im direkten Anschluss erfolgte eine schriftliche Zusammenfassung des Interviews, welche neben den angesprochenen Inhalten ebenfalls Aussagen zum persönlichen Eindruck des Interviewers und dem Kontext des Interviews enthielten.

Tabelle 3: Themenkomplexe und Fragen zum Interviewabschnitt des Leitfadeninterviews.

1. Thema: Studienstart und persönliche Netzwerkbildung
Wie werden neue Kontakte/Gruppen/Cliquen erlebt?
Wie werden mögliche Schwierigkeiten erlebt?
Wie werden (Erst)Semesterveranstaltungen erlebt?
Welche „Investitionen“ sind nötig beim Studienstart?
2. Thema: Veränderungen zum heutigen Netzwerk
Veränderungen → Menschen aus dem Studium
Veränderungen → Menschen außerhalb des Studiums
Veränderung → Alte Netzwerke mit Menschen aus der Zeit vor dem Studium
3. Thema: Nutzung des eigenen Netzwerks im Studium
Ausmaß von Kooperation/Zusammenarbeit?
Felder der Kooperation: Fachfragen, Ratgeber allgemein, Altfragen, Freizeit,
Wie verläuft der Informationsfluss innerhalb des Semesters?
Welche Rolle spielen facebook und andere internetbasierte soziale Netzwerke?
4. Thema: Gruppenbildung innerhalb des gesamten Jahrgangs
Wie wird die allgemeine Gruppenbildung innerhalb des Jahrgangs wahrgenommen?
Welche Vorteile und Nachteile bietet solch eine Gruppenbildung innerhalb des Jahrgangs?
5. Thema: Verhältnis zwischen deutschen und internationalen Medizinstudierenden
Wie wird die Zusammenarbeit/Kooperation/Interaktion bewertet?
Wie werden Unterschiede und Ähnlichkeiten wahrgenommen? Wie Ein- und Ausgrenzung?
Wie werden sprachliche, kulturelle und akademische Barrieren wahrgenommen?

5.2.6 Rahmenbedingungen von Datenerhebung und Analyse

Qualitative Interviews sind im hohen Maße abhängig von dem Kontext in dem sie stattfinden (Flick, 2018). Vor diesem Hintergrund spielt die Reflexion der Rahmenbedingungen, in denen Daten erhoben werden sowie Maßnahmen, um diesen Rahmen möglichst störungsfrei zu organisieren, eine wichtige Rolle.

Sämtliche Interviews wurden durch den Autor der vorliegenden Arbeit konzipiert und durchgeführt. Er war zum Zeitpunkt der Erhebung selbst Medizinstudent im klinischen Studienabschnitt und hatte, wie die Teilnehmenden auch, die vorklinische Ausbildung in Rostock absolviert. Er war während der Datenerhebung 25 Jahre alt sowie deutscher Staatsbürger und Muttersprachler. Darüber hinaus besitzt er selbst eine Migrationserfahrung während der Schulzeit im europäischen Ausland, nach der er für das Medizinstudium nach Deutschland gezogen ist.

Im Rahmen der Vorbereitung der Studie durchlief der Autor neben dem theoretischen Selbststudium eine Reihe von Fortbildungsveranstaltungen zur Führung qualitativer Interviews sowie der Datenanalyse mittels der Grounded Theory an der Universität Rostock und dem *GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften* in Mannheim. Die Untersuchung war in der Arbeitsgruppe Lehrforschung von Prof. Müller-Hilke am Institut für Immunologie angegliedert. Sie setzt sich, neben der Leitung durch Prof. Müller-Hilke, zusammen aus mehreren medizinischen DoktorandInnen. Im Rahmen dieser Arbeitsgruppe wurden die Konzeption, Durchführung und Auswertung der vorliegenden Untersuchung supervidiert und diskutiert.

Bei der Durchführung der Interviews wurde auf ein hohes Maß an Neutralität und Ruhe in der Umgebung geachtet. So fand der Großteil der Interviews in Räumen der Universitätsbibliothek, den Räumen der Fachschaftsvertretung und dem Institut für Anatomie in Rostock statt. Das Interview mit der Teilnehmerin *Studiennummer 1* (SN1) fand in Räumen der Technischen Universität Berlin statt. Die Interviews der Teilnehmenden SN4, SN9, SN13 und SN16 fanden auf deren Wunsch hin in den Privatwohnungen der Teilnehmenden statt.

Der Hintergrund des Autors als Medizinstudent war bei der Interviewführung einerseits bei der Vertrauensbildung dienlich. Andererseits musste hierdurch in manchen Interviews das Explizieren von Aussagen unterstützt und stärker reflektiert werden. So machten einige der Teilnehmenden durch ihre Aussagen deutlich, dass ihr Erleben typisch sei für Medizinstudierende und daher dem Interviewleiter als Medizinstudent geläufig sein müsse. Dadurch war einerseits das grundsätzliche Verständnis für die Probleme von vorklinischen Studierenden durch die Vorerfahrung des Autors häufig erleichtert. Andererseits bestand so die Gefahr implizite Empfindungen oder Wahrnehmungen aus den Aussagen der interviewten Studierenden unreflektiert anzunehmen. Dem wurde durch viele Nachfragen in den Interviews sowie der gezielten Suche nach Explizierung der Aussagen entgegengewirkt. Darüber hinaus wurde der Reflexion der Interviewaussagen in Memos und Diskussionen im Rahmen der Promotionsbetreuung viel Raum gegeben.

Hinsichtlich der alltäglichen Erfahrungen, welche die Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Studie machten, waren die Rahmenbedingungen des Rostocker Medizinstudiums und hier insbesondere die Vorklinik relevant. Dieses Studium ist als klassischer Regelstudiengang über 13 Semester konzipiert, der nach vier Semestern die erste ärztliche Prüfung (M1 oder Physikum) vorsieht (Universität Rostock, 2009). Jährlich beginnen ca. 200 Studierende ihr Medizinstudium in Rostock, wobei etwa ein Drittel der Studierenden aus Mecklenburg-Vorpommern stammt (Stabsstelle Hochschul- und Qualitätsentwicklung der Universität Rostock, 2015). Die

Altersstruktur und die Geschlechterverteilung entsprechen weitestgehend dem bundesdeutschen Durchschnitt unter Medizinstudierenden von etwa 24 Jahren sowie einem Frauenanteil von ca. 60%. Der Anteil an internationalen Medizinstudierenden lag 2016 bei etwa 7% (Stabsstelle Hochschul- und Qualitätsentwicklung der Universität Rostock, 2015). Analog zu anderen medizinischen Fakultäten gilt die vorklinische Studienzeit auch in Rostock als herausfordernd. So zeigt sich insbesondere in der Rostocker Vorklinik ein hohes Stresslevel bei Medizinstudierenden (Hahn, Kropp, Kirschstein, Rücker & Müller-Hilke, 2017).

Mit Bezug auf die außeruniversitären Rahmenbedingungen wurde im Vorfeld der Untersuchung der Anteil der ausländischen Bevölkerung in Rostock als relevant eingeschätzt. Hier muss betont werden, dass die Hansestadt Rostock mit einem langjährigen Anteil von ca. 6% ausländischer Bevölkerung (Hansestadt Rostock, 2018) deutlich unter dem bundesdeutschen Durchschnitt von ca. 11,6% liegt (Statistisches Bundesamt, 2018a). Gleiches gilt auch für die deutsche Bevölkerung mit Migrationshintergrund, wobei hier nur auf Daten für Mecklenburg-Vorpommern (6,3%) und den Bund (22,5%) zurückgegriffen werden kann (Statistisches Bundesamt, 2017). Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit oder einem Migrationshintergrund in Rostock bleiben somit im Vergleich mit anderen urbanen Zentren eine relativ kleine Minderheit, deren Erleben sich möglicherweise zu Vergleichspersonen aus anderen Städten unterscheidet.

5.2.7 Ethik und Datenschutz

Der Datenschutz sowie allgemeine ethische Überlegungen spielten bei dieser Studie aus mehreren Gründen eine zentrale Rolle (Flick, 2018). So ermöglichen Netzwerkanalysen insbesondere bei egozentrierten Netzwerkerhebungen sowie in Kombination mit qualitativen Methoden einen detaillierten Einblick in das direkte Umfeld der Teilnehmenden. Diese sensiblen Informationen ermöglichen hier nicht nur direkte Rückschlüsse auf die Teilnehmenden, sondern indirekt ebenfalls auf die genannten Netzwerkkontakte der Teilnehmenden. Auch die geringe Größe der Stichprobe sowie das eher familiäre Umfeld des Rostocker Medizinstudiums stellten ein relevantes Datenschutzrisiko dar. Durch die geringe Größe der Jahrgänge sowie der kleinen Anzahl von internationalen Medizinstudierenden waren Nationalität oder Muttersprache potentielle Identifikationsmerkmale. Aus diesen Gründen wurde bereits während der Datenerhebung auf ein hohes Maß an Datensicherheit geachtet. Im Vorfeld der Datenerhebung wurde die Studie durch die Ethikkommission der Universitätsmedizin Rostock positiv begutachtet (Antragsnummer A 2015-0161). Sämtliche Teilnehmenden wurden ausgiebig zu den Zielen und Inhal-

ten der Untersuchung informiert. Nach der Klärung von Rückfragen wurde die Teilnahmebereitschaft in einer Teilnahmeerklärung schriftlich festgehalten. Klarnamen und Matrikelnummern der Teilnehmenden wurden nur einmalig bei dieser Teilnahmeerklärung erfasst und im Folgenden durch eine Studiennummer pseudonymisiert. Die Teilnahmeerklärungen wurden zugriffsgesichert im Institut für Immunologie der Universität Rostock verwahrt. Darüber hinaus wurden bereits bei der Transkription Nationalitäten in geografische Regionen zusammengefasst, um so eine Identifikation anhand dieser Merkmale entgegenzuwirken.

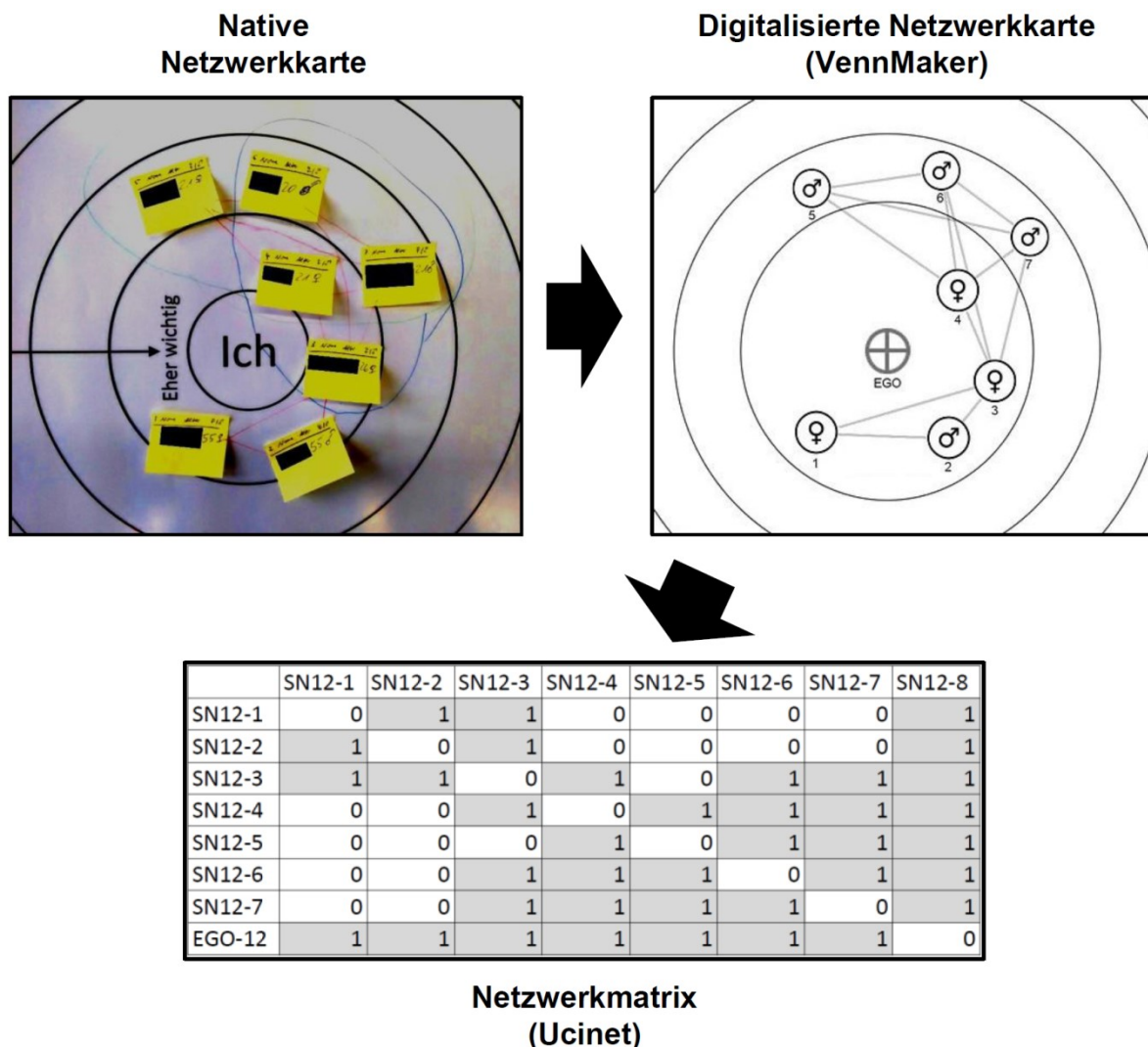
5.3 Datenanalyse

5.3.1 Datenaufbereitung

Die Datenaufbereitung erfolgte für die einzelnen Messinstrumente (Fragebogen, Netzwerkkarte und Interview) initial auf getrennten Wegen, um im Verlauf die Ergebnisse zusammengeführt zu werden. Die Daten des Fragebogens wurden in einfacher Tabellenform mittels SPSS (Version 24, IBM Corp., 2016) digitalisiert und für die folgende Analyse bereitgestellt. Die Aufbereitung der Netzwerkkarten erfolgte im mehreren Zwischenschritten, da eine direkte Digitalisierung nicht möglich war. Die ausgefüllten Netzwerkkarten wurden nach jeder abgeschlossenen Datenerhebung fotografisch und händisch dokumentiert, so dass erste Kernergebnisse zu Struktur und Zusammensetzung in Form von Memos festgehalten wurden. In einem zweiten Schritt wurden die Netzwerkkarten in das Netzwerkanalyseprogramm VennMaker (Version 1.5.5, Schönhuth, Kronenwett, Gamper & Stark, 2014) übertragen. Dieses ermöglichte sowohl die Erfassung von egozentrierten Netzwerken als auch qualitative Analysen dieser Netzwerke. Im nächsten Schritt wurden die Netzwerkkarten in Form von Netzwerkmatrizen und dazugehörigen Attributtabelle aus VennMaker exportiert. Sie dienen als Grundlage für den Import in das Programm Ucinet (Version 6, Borgatti, Everett & Freeman, 2002), das zur quantitativen Analyse der Netzwerkmaße genutzt wurde. Einen Überblick über diesen Prozess bietet Abbildung 5. Die Audioaufnahmen der Interviews wurden parallel zu der laufenden Datenerhebung ab Dezember 2015 transkribiert. Da die Aufnahmen bei jeder Erhebung von Beginn an liefen und so streckenweise thematisch irrelevante Abschnitte aufgezeichnet wurden, startete die Transkription meist erst mit Beginn der Erläuterungen zur Netzwerkkarte oder des Leitfadenterviews. Bei der Transkription wurde darauf geachtet, die Interviewinhalte möglichst exakt widerzugeben. Hierfür wurde das erweiterte Transkriptionssystem nach Dresing und Pehl (Dresing & Pehl, 2013) genutzt. Ausführliche Wortsuchen, Verzögerungssignale (u.a. „ähm“) oder Dialekte wurden nach Möglichkeit sprachlich geglättet. Abschließend wurden die Transkripte in die qualitative Analysesoftware MAXQDA 12 (Version 12.2.1, VERBI Software.

Consult. Sozialforschung GmbH, 2016) importiert. Da die Transkripte weiterhin eine hohe Zeichenzahl durch Wortwiederholungen (u.a. Stottern und Wörtersuchen der Teilnehmenden) aufwiesen, wurden Zitate für die späteren Publikationen erneut überarbeitet, um den Kern der Aussagen zu isolieren. Auslassungen wurden mit [...] angezeigt. Die vollständige Liste der Interviews sowie deren Dauer findet sich in Anhang A5.

Abbildung 5: Aufbereitungsprozess der Daten aus der Netzwerkkarte.



5.3.2 Quantitative Netzwerkanalyse

Die quantitative Netzwerkanalyse erfolgte mit dem Auswertungsprogramm Ucinet 6. Dabei stand die Berechnung einer Reihe an Netzwerkmaßen im Fokus (Netzwerkgröße, Netzwerkdichte, Netzwerkzusammensetzung und mehrere Netzwerkfunktionen), welche für den Vergleich der drei Studiengruppen genutzt wurden. Als Grundlage dieser Berechnungen dienten die egozentrierten Netzwerke der Teilnehmenden. Diese setzten sich zusammen aus Alteri un-

terschiedlicher Rollen (beispielsweise den Familienangehörigen und den medizinischen KommilitonInnen). Sie werden im Folgenden *Alteri-Komplett* Netzwerke genannt. Da aber darüber hinaus ebenfalls die gesonderte Betrachtung der Kontakte zu Medizinstudenten relevant war, wurden diese aus den gemischten Netzwerken isoliert und zu einem eigenen untergeordneten Subnetzwerk zusammengefasst (siehe Abbildung 6). Dieses Subnetzwerk wird im Folgenden *Alteri-Medizinstud* Netzwerk genannt.

Abbildung 6: Extraktion des Alteri-Medizinstud Subnetzwerks aus dem Alteri-komplett Netzwerk.

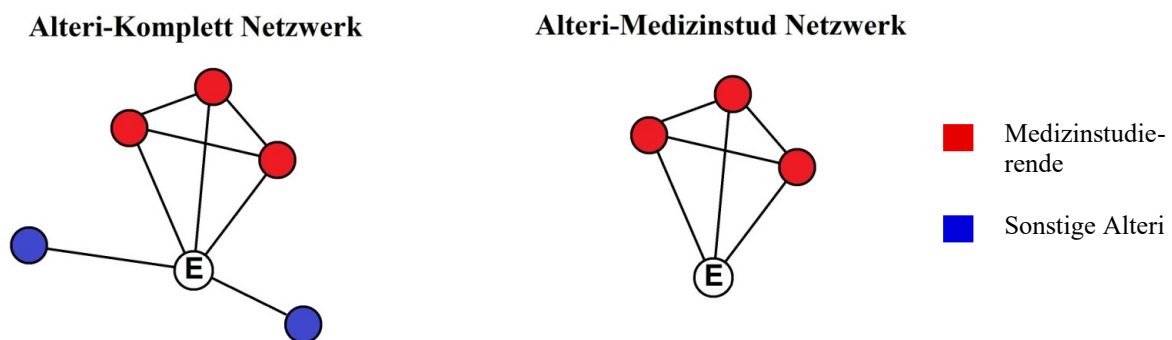


Tabelle 4 zeigt die einzelnen Netzwerkmaße, die für *Alteri-Komplett* und *Alteri-Medizinstud* berechnet wurden. Sie lassen sich in Merkmale für die Struktur, die Zusammensetzung und die Ressourcen der Netzwerke zusammenfassen. Strukturelle Merkmale sind die Netzwerkgröße und Netzwerkdichte, während die anteiligen Rollen sowie die anteilige Wichtigkeit von Alteri im Netzwerk Merkmale der Zusammensetzung darstellen. Die anteiligen Funktionen der Alteri, der Anteil an Ärztinnen und Ärzten sowie der Anteil an Alteri mit deutscher Muttersprache sind hingegen Merkmale für Ressourcen im Netzwerk.

Tabelle 4: Definition der analysierten Netzwerkparameter.

Netzwerkmaße	Definition
Netzwerkgröße	Absolute Anzahl von Alteri in einem Netzwerk. Ego wird nicht hinzugezählt.
Netzwerkdicke	Ratio zwischen der theoretisch maximalen Anzahl an Verbindungen unter den Alteri und den tatsächlich vorhandenen Verbindungen. Ego wird nicht hinzugezählt.
Wichtigkeit der Alteri	Ratio zwischen der Anzahl an Alteri mit einer spezifischen Wichtigkeit für Ego (in fünf Abstufungen von sehr wichtig bis unwichtig) und allen Alteri eines Netzwerks.
Funktionen der Alteri	Ratio zwischen der Anzahl an Alteri mit einer spezifischen Funktion für Ego (gemessen durch die Attributfragen zu den Alteri) und allen Alteri eines Netzwerks.
Rollenverteilung der Alteri	Ratio zwischen der Anzahl an Alteri mit spezifischen Rollen (gemessen durch die Attributfragen zu den Alteri) und allen Alteri eines Netzwerks.
Anteil an Ärzten/Ärztinnen	Ratio zwischen der Anzahl an Alteri mit der Tätigkeit Arzt/Ärztin und allen Alteri eines Netzwerks.
Anteil an Alteri mit deutscher Muttersprache	Ratio zwischen der Anzahl an Alteri mit deutscher Muttersprache und allen Alteri eines Netzwerks.
Anteil an Medizinstudierenden höherer Semester	Ratio zwischen der Anzahl an Alteri mit der Tätigkeit Medizinstudent/in im höheren Semester und allen Alteri eines Netzwerks.

Wie Tabelle 5 auflistet, war die Berechnung einiger Netzwerkmaße für das *Alteri-Komplett* sowie das *Alteri-Medizinstud* Netzwerk sinnvoll. Bei anderen Netzwerkmaßen stand hingegen nur die Berechnung jeweils für das *Alteri-Komplett* oder das *Alteri-Medizinstud* Netzwerk im Fokus, da so ein höherer Erkenntnisgewinn zu erzielen war. So war beispielsweise die Berechnung der unterschiedlichen Rollen im *Alteri-Medizinstud* Subnetzwerk nicht hilfreich, da sich dieses Netzwerk fast komplett aus Alteri mit der Rolle „Kontakte aus dem Medizinstudium“ zusammensetzte und andere Rollen nicht zu erwarten waren.

Tabelle 5: Anwendung der analysierten Netzwerkparameter in den zwei Subnetzwerken.

Netzwerkmaße	Subnetzwerk	Begründung
Netzwerkgröße	Alteri-Komplett Alteri-Medizin- stud	In beiden Subnetzwerken anwendbar.
Netzwerkdichte	Alteri-Komplett Alteri-Medizin- stud	In beiden Subnetzwerken anwendbar.
Wichtigkeit der Alteri	Alteri-Komplett Alteri-Medizin- stud	In beiden Subnetzwerken anwendbar.
Funktionen der Alteri	Alteri-Komplett Alteri-Medizin- stud	In beiden Subnetzwerken anwendbar.
Rollenverteilung der Alteri	Alteri-Komplett	Im Alteri-Medizinstud Subnetzwerk ist praktisch nur die Rolle aus dem Medizinstudium eingeschlossen. Ein Vergleich mit anderen Rollen ist nicht möglich.
Anteil an Ärzten/ Ärztinnen	Alteri-Komplett	Im Alteri-Medizinstud Subnetzwerk sind keine Ärzte/innen eingeschlossen. Eine Berechnung ist nicht möglich ist.
Anteil an Alteri mit deutscher Muttersprache	Alteri-Medizin- stud	Bei internationalen Medizinstudierenden sind viele heimatliche Kontakte im Alteri-Komplett Subnetzwerk fremdsprachig, was zur Verzerrung gegenüber deutschen Teilnehmenden führt. Im Alteri-Medizinstud Subnetzwerk sind ähnliche Rahmenbedingungen zu erwarten und daher ein Vergleich möglich.
Anteil an Medi- zinstudierenden höherer Semester	Alteri-Medizin- stud	Ein Vergleich unter ähnlichen Rahmenbedingungen ist insbesondere im Alteri-Medizinstud Subnetzwerk möglich.

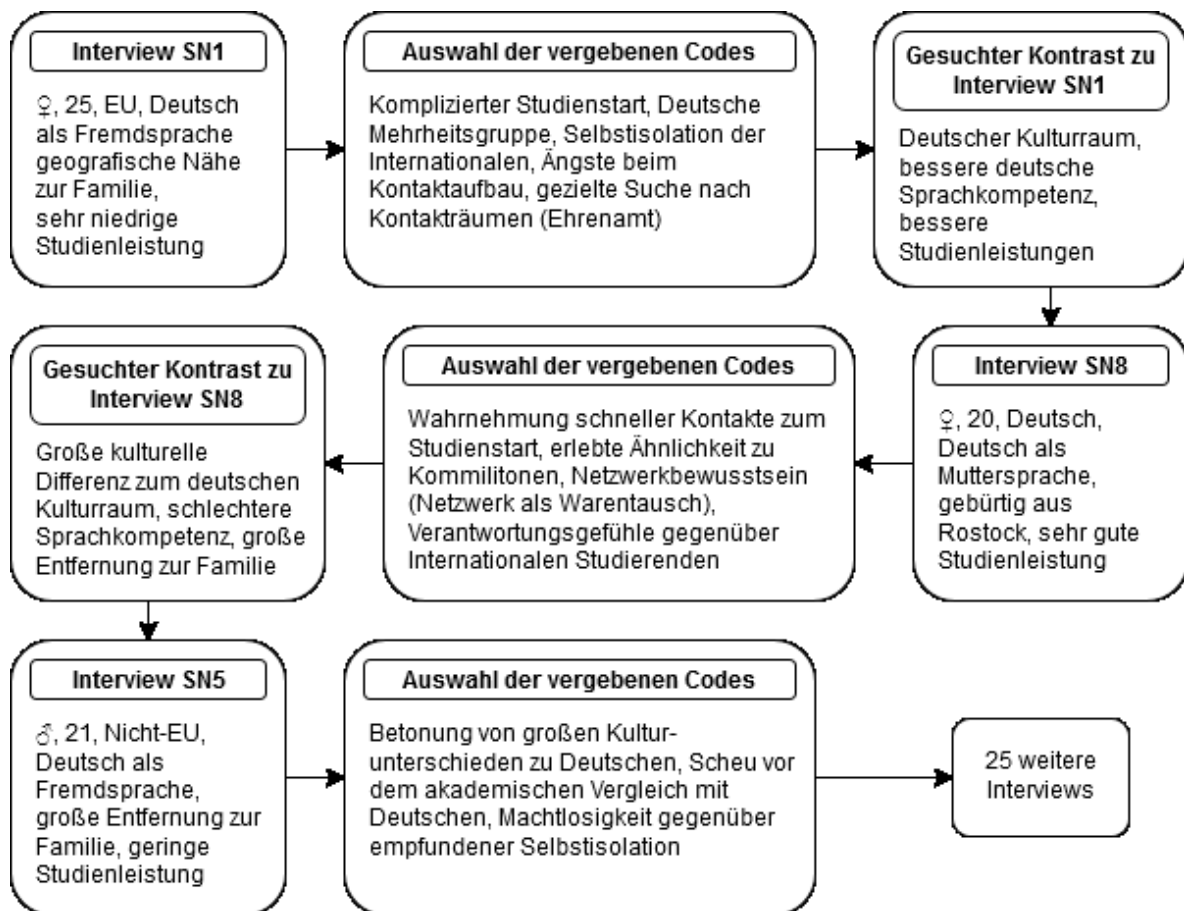
Bei der Berechnung der unterschiedlichen Merkmale wurden nur bei der Netzwerkgröße absolute Zahlen berechnet. Für alle anderen Merkmale (u.a. Rollen, Wichtigkeit und Funktionen) wurde die Anzahl der Merkmalstragenden Alteri ins Verhältnis zu der Gesamtzahl der Alteri im jeweiligen Netzwerk gesetzt. Durch dieses Vorgehen wurden Verzerrungen umgangen, welche durch eine gleiche Anzahl von Merkmalstragenden Alteri bei unterschiedlichen Netzwerkgrößen entstehen (Borgatti, Everett & Johnson, 2013).

5.3.3 Qualitative Textanalyse

Die Kodierung nach der GTM erfolgte computergestützt mittels MAXQDA 12. Hier entstanden erste Codes (freies Kodieren), welche im Verlauf zunehmend gruppiert und in Kodierachsen zusammengefasst (axiales Kodieren) wurden. Die Zwischenstände dieses Kodierungsprozesses wurden wiederholt im Rahmen der Promotionsbetreuung in der Arbeitsgruppe Lehrforschung diskutiert. Diese Diskussionen bildeten die Grundlage für die Entscheidung, welche der diversen Kodierachsen bei der Beantwortung der Forschungsfragen letztlich relevant waren (selektives Kodieren) und somit Einzug in die finale Theorie hielten.

Die Datenanalyse der Interviewtranskripte verlief nicht streng chronologisch, sondern orientierte sich an den Inhalten der vorhergehenden Interviews. So wurden abwechselnd Interviews mit Studierenden analysiert, die sich durch ihre Aussagen im Fragebogen deutlich unterschieden (u.a. durch die Muttersprache oder die Studienleistung) und deutliche inhaltliche Kontraste in ihren Interviewaussagen erwarten ließen. So folgte beispielsweise auf die Analyse des Interviews von SN1 (eine Teilnehmerin aus dem östlichen EU Ausland, die Deutsch als Fremdsprache erlernt hat und Familie im umliegenden Ausland besitzt) das von SN8 (eine deutsche Teilnehmerin mit deutscher Muttersprache, deren Familie in Rostock wohnte). Dabei fiel bei beiden ein grundsätzliches Bewusstsein für Netzwerke und deren Gestaltungsmöglichkeiten auf (beide arbeiteten sehr aktiv an den Kontakten), aber ebenfalls die Wahrnehmung, dass kulturelle Nähe dabei relevant ist. Daraufhin wurde bewusst als nächstes das Transkript von SN5 analysiert (ein Teilnehmer aus dem nahöstlichen Nicht-EU Ausland, der Deutsch als Fremdsprache erlernt hat und mutmaßlich eine hohe kulturelle Distanz zu Deutschland besaß). Hier fand sich die Betonung der kulturellen Distanz in Kombination mit Beschreibungen von Machtlosigkeit in der Kontaktgestaltung, die SN5 gegenüber seiner aktuellen Situation in Rostock erlebt. Durch diese Suche nach größtmöglichen Kontrasten zwischen den Interviews wurden Widersprüche und Gemeinsamkeiten in den Daten herausgearbeitet und allgemeine Muster entdeckt. Diese wurden kontinuierlich wieder in den ersten Interviews gesucht, so dass ihre Gültigkeit über sämtliche Interviews eruiert wurde. Abbildung 7 verdeutlicht diesen Analyseprozess. Er wurde durch das Schreiben von Theoriememos begleitet, so dass Ideen festgehalten und in der Folge reflektiert werden konnten.

Abbildung 7: Analyseprozess der Interviewtranskripte anhand der GTM.



6 Ergebnisse

6.1 Beschreibung der Stichprobe

In die Auswertung der vorliegenden Untersuchung gingen 27 vollständige Interviews ein. Tabelle 6 listet die drei Vergleichsgruppen mit einer Auswahl ihrer Eigenschaften auf, wie sie im soziodemografischen Fragebogen erfasst wurden. Im Anhang A6 findet sich darüber hinaus die Auflistung der einzelnen Studienteilnehmenden mit ihren individuellen Angaben. Das Ziel der theoretisch geleiteten Rekrutierung war die Generierung einer vielfältigen Stichprobe in Bezug auf unterschiedliche Merkmale. Dazu gehörten insbesondere Nationalität, Muttersprache, Geschlecht, Studienleistungen und Altersgruppe. Die Dreiteilung der Stichprobe nach deutscher, EU und Nicht-EU Staatsbürgerschaft wurde mit zehn, neun und acht Studierenden in den jeweiligen Gruppen realisiert. Die genaue Betrachtung des Samples zeigte allerdings die, in der Einleitung betonte, Unschärfe einer Definition und Einteilung nach Staatsangehörigkeit. So fanden sich unter den Teilnehmenden zwei Fälle in denen die Unterteilung nach Staatsangehörigkeit zwar formal möglich, aber von begrenztem Nutzen war. So besaß die Teilnehmerin SN2 zwar eine osteuropäische Staatsangehörigkeit, hatte allerdings als Bildungsinländerin den Großteil ihrer Schulbildung in Deutschland absolviert. Auch der Teilnehmer SN21 war ein Sonderfall, da er zwar die deutsche Staatsbürgerschaft und HZB besaß, seine Eltern allerdings aus dem Nahen Osten eingewandert waren bzw. zum Teil dort noch lebten und er dadurch eine nicht-deutsche Muttersprache hatte. Des Weiteren ergaben sich bei SN14, SN16 und SN25 mehrjährige Migrationsgeschichten in verschiedenen Ländern, was sich in vielfachen Sprachkenntnissen äußerte. Aufgrund der inhaltlichen Aussagen der Teilnehmenden wurde allerdings beschlossen, die Aufteilung nach Staatsbürgerschaft beizubehalten, um so eine Orientierung im Datenmaterial zu ermöglichen. Bezüglich der vertretenen Herkunftsregionen spiegelte das Sample die am häufigsten vertretenen Nationen unter Medizinstudierenden der amtlichen Statistik wider. Insbesondere aus dem EU Ausland waren osteuropäische Staaten mit Landgrenzen zu Deutschland vertreten, aber auch westeuropäische Staaten. Das außereuropäische Ausland wurde komplett durch Staaten des Nahen Ostens sowie Zentralasiens repräsentiert.

Tabelle 6: Antworten der Fragebögen der Studierenden in den drei Vergleichsgruppen.

	Deutsch	EU	Nicht-EU
N	10	9	8
Alter			
Spanne	20-30	19-31	21-30
Mittelwert (SD)	24 (4,4)	23 (3,4)	24 (2,7)
Geschlecht			
Männlich	6	1	5
Weiblich	4	8	3
Regelstudienzeit			
Innerhalb	7	4	0
Außerhalb	3	5	8
Ursprungsregion			
Osteuropa	-	7	-
Westeuropa	-	2	-
Naher Osten	-	-	7
Asien	-	-	1
Teilnahme Erstsemester-Wochenende			
Ja	10	7	4
Nein	-	2	4
Selbsteinschätzung Studienleistung			
Mittelwert (SD)	2,5 (0,7)	2,9 (0,6)	3,5 (0,5)
Selbsteinschätzung Deutschkenntnisse			
Mittelwert (SD)	-	1,56 (0,5)	2,13 (0,6)

Anmerkungen. Selbsteinschätzung der Studienleistung und Deutschkenntnisse von sehr gut (1) bis sehr schlecht (5).

Hinsichtlich ihres Alters waren sich deutsche, EU und Nicht-EU Studierende grundsätzlich ähnlich und sowohl junge als auch ältere Studierende vertreten. Während die Geschlechterverteilung mit 15 weiblichen und 12 männlichen Teilnehmenden insgesamt der amtlichen Statistik entsprach, waren die Teilnehmenden aus Deutschland und dem Nicht-EU Ausland mehrheitlich männlich. Teilnehmende aus dem EU-Ausland waren hingegen mehrheitlich weiblich. Die meisten Teilnehmenden waren ledig, wobei einige mutmaßlich in unverheirateten Partnerschaften lebten⁵. Eine Teilnehmerin war zum Zeitpunkt des Interviews bereits Mutter.

In Bezug auf die eigenen Sprachkenntnisse zeigte sich, dass Studierende aus dem EU Ausland diese bei sich besser einschätzten als Studierende aus dem Nicht-EU Ausland. Der Vergleich der selbsteingeschätzten Studienleistungen verdeutlichte einen Rückgang der Leistungen von Deutschen hin zu EU und zu Nicht-EU Studierenden, was sich spiegelbildlich ebenfalls bei der zunehmenden Anzahl der Prüfungswiederholungen von Deutschen hin zu Nicht-EU Studierenden zeigte. Hier muss betont werden, dass es nicht möglich war, Teilnehmende zu rekrutieren, die aus Nicht-EU Staaten kamen und sich noch innerhalb der Regelstudienzeit befanden⁶. Daher konnte hinsichtlich dieses Merkmals unter Nicht-EU Studierenden nicht die gewünschte Vielfalt an Hintergründen erreicht werden. Bei detaillierter Betrachtung wurden allerdings erhebliche Leistungsunterschiede unter den interviewten Nicht-EU Studierenden deutlich. So reichte die Leistungsspanne zwischen langjährigen Studienverläufen wie SN6 (9 Hochschulsemester in der Vorklinik) bis zu annähernd regelrechten Studienverläufen wie SN22 (4 Hochschulsemester der Vorklinik mit nur wenigen offenen Leistungsnachweisen).

Aus Sicht der Kontaktabahnung zum Studienstart war ebenfalls die Teilnahme an der Einführungsveranstaltung (*Ersti-Wochenende*) der medizinischen Fachschaft relevant, da hierbei neue StudienanfängerInnen begrüßt werden und deren Studieneinstieg erleichtert werden soll. Es fiel auf, dass zwar alle deutschen Studierenden an dem Ersti-Wochenende teilgenommen hatten, allerdings nur sieben der neun EU sowie vier der acht Nicht-EU Studierenden.

Das Sample zeigte somit hinsichtlich seiner sprachlich-kulturellen sowie akademischen Ausprägungen eine hohe Vielfalt, welche in der Form wahrscheinlich in der studentischen Realität häufiger anzutreffen ist als die amtliche Studierendenstatistik vermuten lässt.

⁵ Diese Eigenschaft wurde nicht anhand des Fragebogens standardisiert erfasst, sondern indirekt in der Interviewaussagen deutlich.

⁶ In der offiziellen Studierendenstatistik der Universität Rostock werden keine Daten zum Studienverlauf bei Nicht-EU Studierenden in der Medizin veröffentlicht. Anekdotische Berichte aus dem Studiendekanat der UMR verdeutlichen aber, dass ein Durchlaufen der Vorklinik in Regelstudienzeit (vier Semester) bei Nicht-EU Studierenden sehr selten ist.

6.2 Quantitative Analyse

Bevor unter Punkt 6.3 die qualitative Analyse der Interviews erfolgt, sollen im Folgenden einige relevante Netzwerkmäße auf ihre Verteilungen und statistische Signifikanz quantitativ dargestellt werden. Die Berechnung der Maßzahlen fußte auf der Anzahl an Alteri, welche durch die Studierenden genannt wurden sowie den Verbindungen zwischen diesen Alteri und ihren persönlichen Eigenschaften. Die Ergebnisse wurden thematisch in Struktur und Ressourcen der sozialen Netzwerke eingeteilt. Die ausführliche tabellarische Auflistung der Netzwerkmäße aller Teilnehmenden findet sich im Anhang A7.

Im ersten Schritt wurden die Variablen in den drei Gruppen (Deutsch, EU und Nicht-EU) auf Normalverteilung mittels des Shapiro-Wilk-Tests aufgrund des geringen Stichprobenumfangs überprüft. Dabei zeigte sich, dass von den insgesamt 123 Variablen, bestehend aus 41 Items in je drei Gruppen, insgesamt 85 normalverteilt und 38 nicht normalverteilt waren. Für eine genaue Auflistung siehe Anhang A8.

Für die im Folgenden relevante Fragestellung, ob sich die drei Gruppen der Studierenden signifikant von einander unterscheiden, wurde jeweils der Kruskal-Wallis-Test verwendet, der auch im Fall von nicht-normalverteilten Variablen anwendbar ist. Die grafische Darstellung der Datenlage wurden mit Boxplots umgesetzt, die jeweils die berichteten Mediane der Gruppen abbilden.

6.2.1 Struktur der Netzwerke

Die strukturelle Analyse der Netzwerke erfolgte mittels der Netzwerkgröße sowie der Netzwerkdichte (für Definitionen siehe Tabelle 4). Die Netzwerkgröße der Subnetzwerke *Alteri-Komplett* und *Alteri-Medizinstud* unterschied sich dahingehend einheitlich, dass das *Alteri-Medizinstud* Netzwerk über alle drei Vergleichsgruppen kleiner ausfiel (siehe Abbildung 8). Dies ist der Tatsache geschuldet, dass es aus dem *Alteri-Komplett* Netzwerk extrahiert wurde. Beim Vergleich des *Alteri-Komplett* Netzwerks in den drei Vergleichsgruppen wurde deutlich, dass sowohl deutsche als auch EU Studierende größere Netzwerke (*Median* 26,5 und 28 Alteri) besaßen als Studierende aus dem Nicht-EU Ausland (*Median* 15 Alteri). Dieser Unterschied wurde jedoch statistisch knapp nicht signifikant (*Kruskal-Wallis* 5,871, *p*-Wert 0,053).

Auch die Größe der *Alteri-Medizinstud* Netzwerke zeigte eine ähnliche Tendenz, bei der deutsche und EU Studierende ähnlich viele (12,8 und 12,2 Alteri) und vor allem mehr Netzwerkpartnerinnen und -partner vorwiesen als Studierende aus dem Nicht-EU Ausland (8,4 Alteri). Auch hier wurde das Testergebnis allerdings nicht signifikant (*Kruskal-Wallis* 4,736, *p*-Wert 0,094).

Abbildung 8: Netzwerkgrößen bei deutschen, EU und Nicht-EU Studierenden im Subnetzwerk *Alteri-Komplett*.

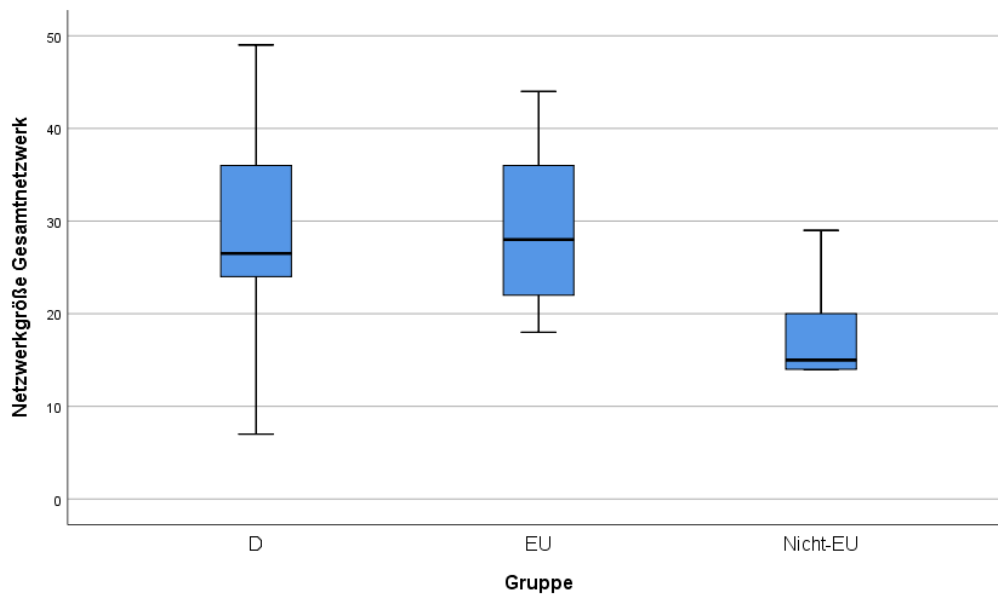
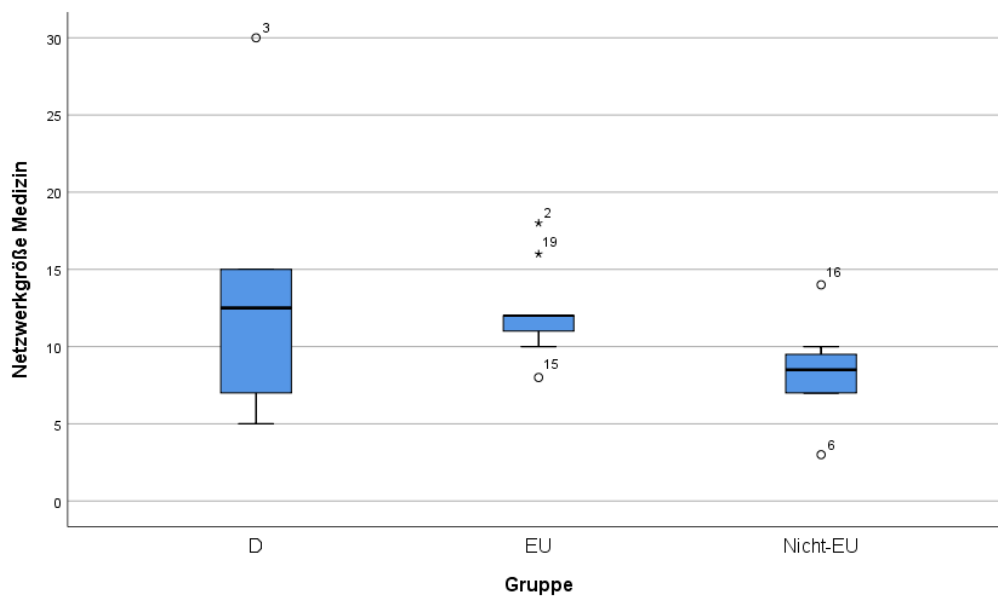


Abbildung 9: Netzwerkgrößen bei deutschen, EU und Nicht-EU Studierenden im Subnetzwerk *Alteri-Medizinstud*. Milder Ausreißer mit Kreis, extremer Ausreißer mit Sternchen gekennzeichnet.



Auch die Betrachtung der Netzwerkdichte war von Interesse, da sie eine Abschätzung der Verbundenheit der *Alteri* in den jeweiligen Netzwerken ermöglichte (siehe Abbildung 10 und 11). Hier wurde deutlich, dass sich die Netzwerkdichte in den *Alteri-Komplett* und den *Alteri-Medizinstud* Netzwerken bei deutschen und internationalen Studierenden in der Tendenz gegensätzlich entwickelten. So war sie insbesondere im *Alteri-Komplett* Netzwerk bei Nicht-EU Studierenden höher als bei deutschen Studierenden, während sie im *Alteri-Medizinstud* Netzwerk niedriger ausfiel als bei den deutschen Studierenden. Dabei waren diese Unterschiede zwischen

den Gruppen in beiden Netzwerken nicht signifikant (*Kruskal-Wallis* 1,586, *p*-Wert 0,452 für das Gesamtnetzwerk; *Kruskal-Wallis* 0,675, *p*-Wert 0,714 für das Medizinnetzwerk).

Abbildung 10: Netzwerkdichte bei deutschen, EU und Nicht-EU Studierenden in dem Subnetzwerk *Alteri-Komplett*.

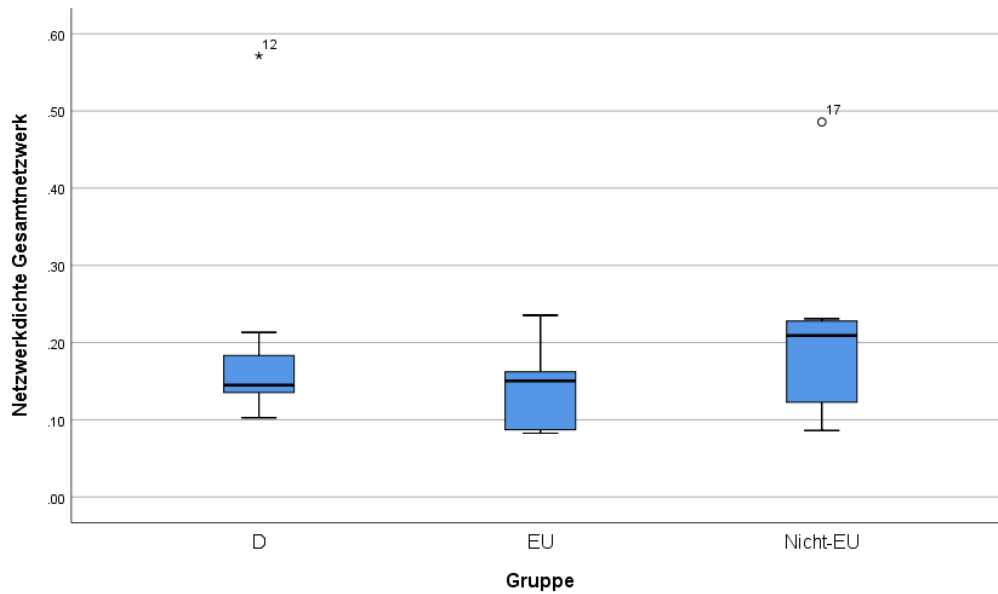
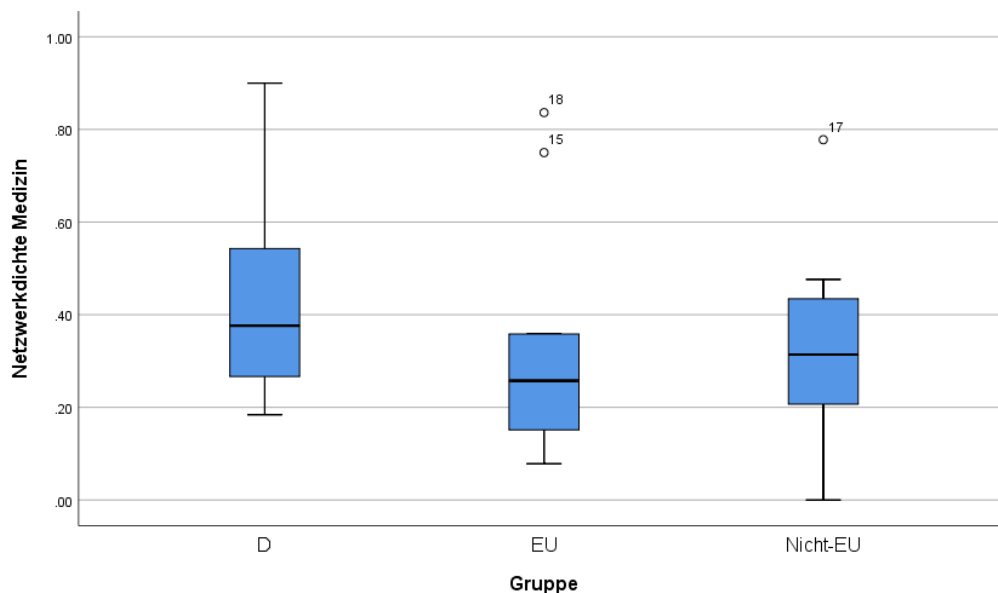


Abbildung 11: Netzwerkdichte bei deutschen, EU und Nicht-EU Studierenden in in dem Subnetzwerk *Alteri-Medizinstud.*



Die Zusammensetzung der Netzwerke wurde durch die Rollen der *Alteri* bestimmt, welche sich auf unterschiedliche Bereiche des Lebens bezogen. Es wurden die folgenden Rollen erfasst: *enge Familie*, *erweiterte Familie*, *Jugend/Schulzeit*, *vor dem Medizinstudium*, *aus dem Medizinstudium* sowie *Sonstige*. Ihre Berechnung erfolgte anhand des *Alteri-Komplett* Netzwerks,

da hier nicht nur Medizinstudierende, sondern ebenfalls Alteri anderer Rollen vertreten waren. Das *Alteri-Medizinstud* Netzwerk bezog hingegen als Alteri nur Medizinstudierende ein, welche praktisch nur der Rolle *aus dem Studium* entsprachen. In allen Rollenkategorien fanden sich keine Unterschiede zwischen den drei Studierendengruppen (für eine tabellarische Übersicht der Test- und p-Werte siehe Anhang A9).

6.2.2 Ressourcen der Netzwerke

In den Netzwerken wurde eine Reihe an Ressourcen erfasst, die mit Alteri assoziiert waren und den interviewten Studierenden dadurch zur Verfügung standen. So konnten Rückschlüsse auf die potentielle Leistungsfähigkeit der Netzwerke gezogen werden. Die erhobenen Ressourcen gliederten sich in neun unterschiedliche Funktionen (siehe Tabelle 2), welche die Alteri für die interviewten Studienteilnehmenden erfüllten. Darüber hinaus wurde der Anteil an Medizinstudierenden höherer Semester und ÄrztInnen als potentielle Ressourcen in den Netzwerken beurteilt. Die neun Funktionen wurden für das *Alteri-Komplett* und das *Alteri-Medizinstud* Subnetzwerk differenziert. Da ÄrztInnen nur im *Alteri-Komplett* Netzwerk erschienen (im *Alteri-Medizinstud* Netzwerk wurden nur Medizinstudierende isoliert), erfolgte ausschließlich die Auswertung für das *Alteri-Komplett* Netzwerk. Der Anteil an Medizinstudierenden höherer Semester sowie Alteri mit deutscher Muttersprache wurde hingegen nur für das *Alteri-Medizinstud* Netzwerk errechnet.

Die Anteile an Kontakten mit speziellen Funktionen unterschieden sich zwischen den drei Vergleichsgruppen im Subnetzwerken *Alteri-Komplett* nur hinsichtlich der Funktion Motivation (*Kruskal-Wallis* 6,572, *p*-Wert 0,037) (siehe Abbildung 12). Post-hoc berechnete Paarvergleiche zeigten, dass sich die Gruppe der deutschen EU-Studierenden signifikant unterschied (*p*-Wert 0,037).

Im Subnetzwerk *Alteri-Medizinstud* fanden sich signifikante Unterschiede nur für die Funktion Ratgeber zur Studienorganisation (*Kruskal-Wallis* 6,183, *p*-Wert 0,045). Post-hoc berechnete Paarvergleiche zeigten, dass sich sowohl die Gruppe der deutschen als auch der EU- von den Nicht-EU-Studierenden signifikant unterschieden (*p*-Wert 0,004 für Deutsch vs. Nicht-EU; *p*-Wert 0,007 für EU vs. Nicht-EU). Hingegen zeigte beispielsweise die Funktion Altfragen keinerlei Unterschiede zwischen den drei Gruppen im Medizinnetzwerk (*Kruskal-Wallis* 0,074, *p*-Wert 0,964) (siehe Abbildung 13).

Abbildung 12: Anteil an motivierenden Kontakten bei deutschen, EU und Nicht-EU Studierenden in in dem Subnetzwerk *Alteri-Komplett*.

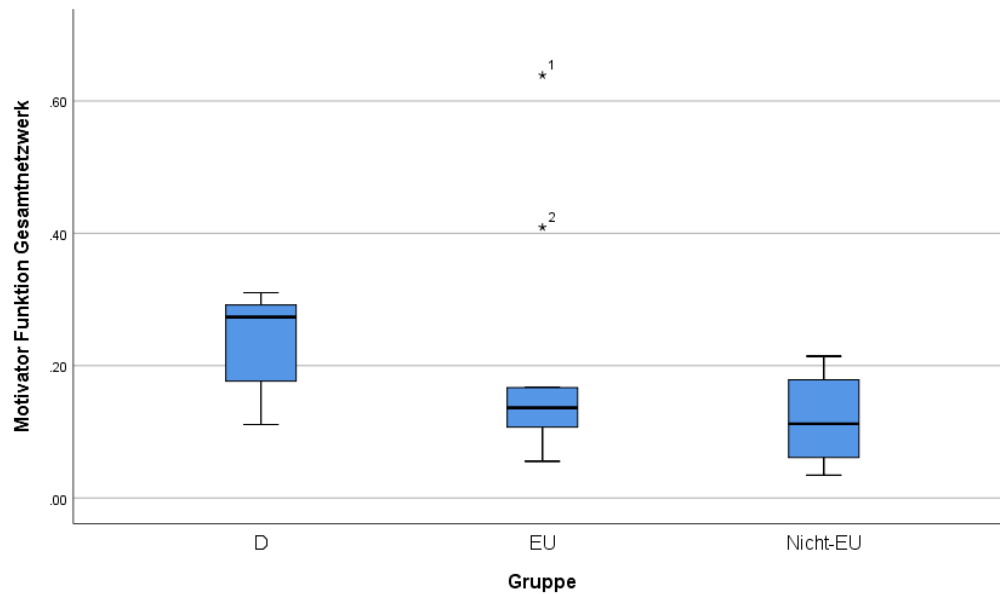
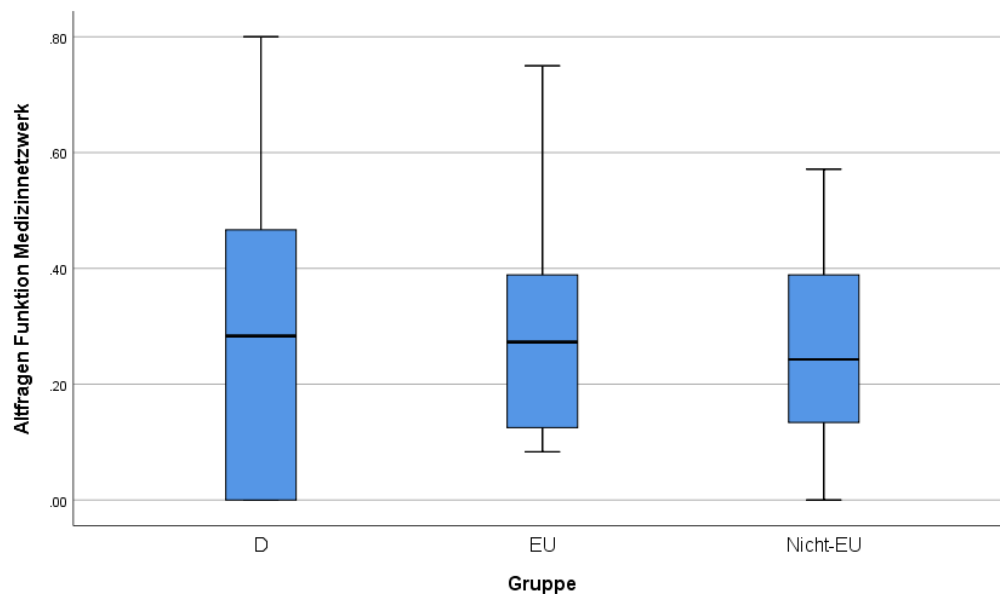


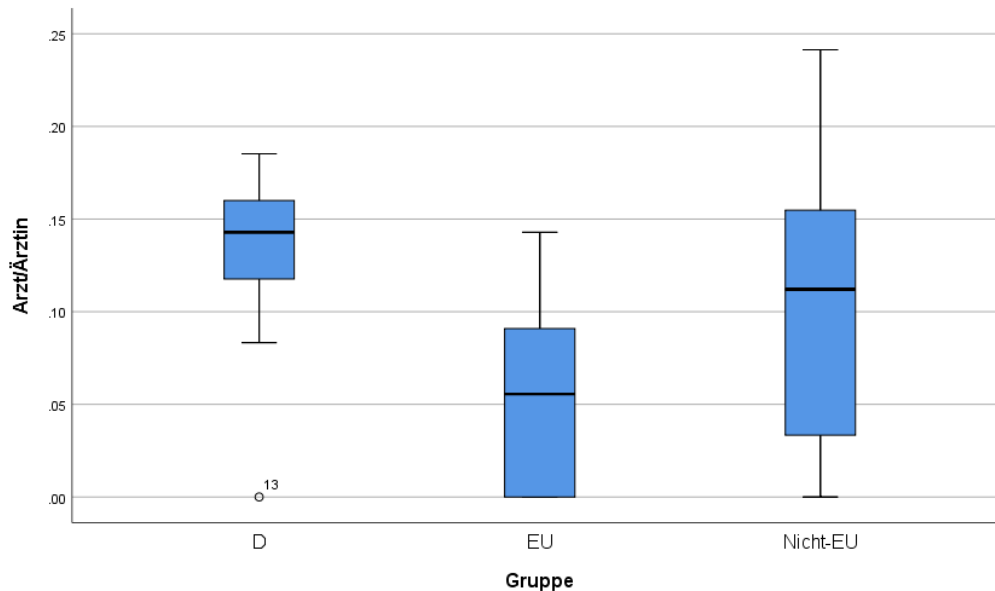
Abbildung 13: Anteil an Kontakten mit Zugang zu Altfragen bei deutschen, EU und Nicht-EU Studierenden in in dem Subnetzwerk *Alteri-Medizinstud.*



Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten sowie zu Medizinstudierenden höherer Semester wurden aufgrund ihres potentiellen Nutzens durch klinisches Wissen sowie Orientierungshilfen erfasst. Ihr Anteil an den Alteri der befragten Studierenden kann somit einen Hinweis auf weitere Ressourcen bei der Bewältigung des Studiums liefern. Es wurde deutlich, dass deutsche und Nicht-EU Studierende im Vergleich zu Studierenden aus der EU anteilig viele Alteri mit der Tätigkeit *Arzt/Ärztin* besaßen (Abbildungen 14), wobei dieser Unterschied nicht signifikant wurde

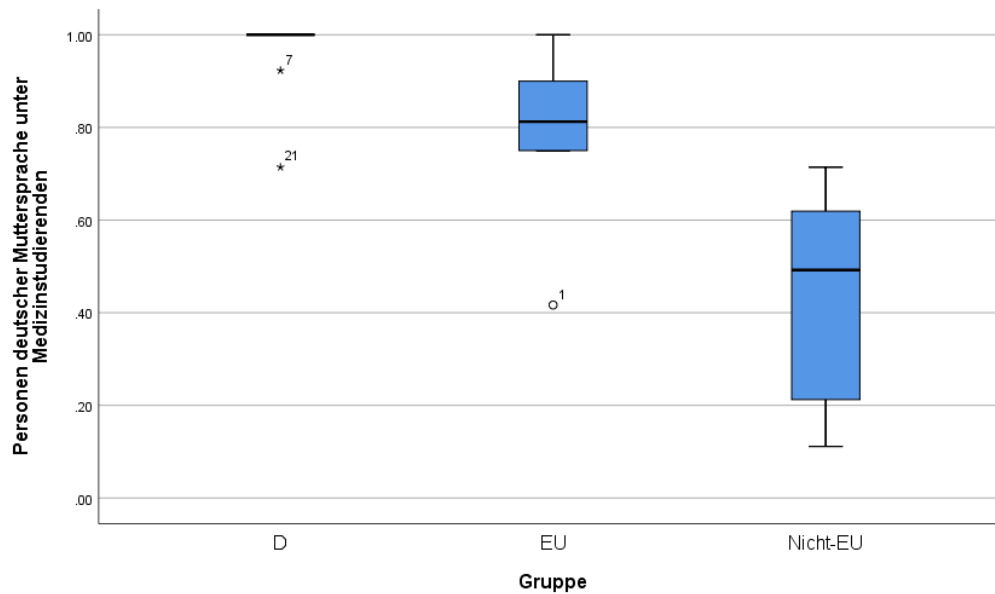
(*Kruskal-Wallis* 4,347, *p*-Wert 0,114). Auch der Anteil *Medizinstudent/in im höheren Semester* wurde nicht signifikant (*Kruskal-Wallis* 0,975, *p*-Wert 0,614).

Abbildung 14: Anteil an Kontakten mit den Merkmalen *Arzt/Ärztin* bei deutschen, EU und Nicht-EU Studierenden in dem Subnetzwerk *Alteri-Komplett*.



Auch der Kontakt zu *Alteri* mit deutscher Muttersprache wurde als Ressource erfasst, welche insbesondere für internationale Studierende mit nicht-deutschen Muttersprachen relevant ist (Abbildung 15). Da im *Alteri-Komplett* Subnetzwerk auch die *Alteri* aus der Heimat der internationalen Studierenden einfließen, wurde speziell das *Alteri-Medizinstud* Subnetzwerk untersucht. Dieses entstand bei allen Studierenden unter ähnlichen sprachlichen Rahmenbedingungen (Deutsch als Unterrichts- und Alltagssprache). Es zeigte sich, dass deutsche Studierende einen sehr hohen Anteil an deutschsprachigen *Alteri* besitzen, während sich EU und Nicht-EU Studierende deutlich unterscheiden. So benannten EU Studierende weit mehr deutschsprachige *Alteri* als die Studierenden aus dem Nicht-EU Ausland (*Kruskal-Wallis* 14,494, *p*-Wert 0,001). Post-hoc berechnete Paarvergleiche zeigten, dass sich alle drei Gruppen signifikant unterscheiden (*p*-Wert 0,003 für Deutsch vs. EU; *p*-Wert <0,001 für Deutsch vs. Nicht-EU; *p*-Wert <0,001 für EU vs. Nicht-EU).

Abbildung 15: Anteil an deutschsprachigen Kontakten bei deutschen, EU und Nicht-EU Studierenden in dem Subnetzwerk *Alteri-Medizinstud.*



6.3 Qualitative Textanalyse

Im Rahmen der Transkription der 27 Interviews entstanden ca. 300 Seiten Textmaterial, welches für die Kodierung in MAXQDA eingepflegt wurde. Es folgten die ersten Schritte des freien Kodierens nach der GTM, wodurch ca. 1500 Codes gebildet wurden. Diese ersten Codes entstanden frei im Text und waren noch ungeordnet. Bei der Kodierung der Transkripte wurde nach Hinweisen gesucht, welche Aussagen zur Bildung, Zusammensetzung und Erhaltung von persönlichen Netzwerken im Studium sowie den Vor- und Nachteilen von Netzwerken im Studium ermöglichen. Darüber hinaus wurde versucht, möglichst offen für neue und bisher unbeleuchtete Aspekte zu bleiben. Eine parallel durchgeführte Literaturrecherche verdeutlichte bereits früh, dass die Theorien der Sozialen Identität sowie des Sozialen Kapitals eine fruchtbare „theoretische Linse“ für die weitere inhaltliche Analyse bieten würden (Nicholson & Cleland, 2017, S. 480). Sie flossen daraufhin zunehmend im Verlauf des axialen Kodierens ein, wobei die diversen Codes des freien Kodierens zu thematisch verwandten Gruppen kondensiert wurden. Thematisch zusammenhängende Codes wurden so zusammengefasst und ermöglichten zunehmend die Identifizierung von Mustern aus Gemeinsamkeiten und Gegensätzen in den Interviewtranskripten. Hierbei wurden ca. 20 übergeordnete Gruppen gebildet (u.a. Interaktionshemmnisse, Identifikationsprozesse, Ressourcen und Ressourcennutzung, Isolationsprozesse, Symbolik der Studierendenschaft, Selbstwirksamkeit). Im Verlauf der Analyse wurde deutlich, dass zur Beantwortung der Forschungsfragen die selektive Suche nach Bewertungsprozessen

unter Studierenden, dem Kontext in dem diese Bewertungsprozesse stattfinden sowie den resultierenden Handlungen der Studierenden zielführend war. So generierte das finale selektive Kodieren vier zentrale Kategorien, die im Folgenden beschrieben werden. Dabei dienen die Kategorien eins, zwei und drei insbesondere der Beantwortung der Fragen zu der Wahrnehmung von Netzwerkbildung und deren Erhalt. Die Kategorie vier soll zusätzlich vor allem Erklärungsansätze bieten wie Handlungen von Studierenden die persönlichen Netzwerke beeinflussen. Mit einem übergeordneten Blick auf die Ergebnisse der Datenanalyse muss auch betont werden, dass sich die Bewertung der Netzwerkbildung und -erhaltung zwischen den drei Untersuchungsgruppen aus Deutschen, EU und Nicht-EU Studierenden teilweise gravierend unterscheidet. So bewerteten deutsche Studierende die Netzwerkbildung und -erhaltung grundsätzlich außerordentlich positiv, was sie von ihren internationalen KommilitonInnen klar unterscheidet. Bei diesen muss wiederum zwischen EU und Nicht-EU Studierenden unterschieden werden. So boten die Erzählungen der Nicht-EU Studierenden ein pessimistisches Bild des Rostocker Medizinstudiums mit geringer interkultureller Interaktion und Unterstützung innerhalb der Semester. EU Studierende teilten diese Auffassung in Ansätzen, wenn auch deutlich wird, dass sie hiervon weniger betroffen waren und über mehr Handlungsspielräume verfügten als die Nicht-EU Studierenden. So machten sie hinsichtlich der Entwicklung ihrer Netzwerke im Medizinstudium sowie der Unterstützung durch ihre KommilitonInnen positivere Erfahrungen.

Zitat 1 - SN11, männlich, Deutsch

Ja [der Studienstart], war super eigentlich. Muss ich sagen. Ich kam ja ganz neu hier an und kannte ja wirklich auch niemanden hier. Und weil alle ja irgendwie ähnliche Grundinteressen haben, würde ich sagen. Also, nicht jetzt nur die Medizin. [...] Sondern auch sonst irgendwie ähnlich drauf sind, habe ich so das Gefühl. Und auch natürlich niemanden kennen. Oder viele. Das war auf jeden Fall richtig schön am Anfang. Hier so mit offenen Armen aufgenommen zu werden und so schnell auch so viele Freunde kennenzulernen.

Zitat 2 - SN9, männlich, Nicht-EU, Naher Osten

Ja, am Anfang war ich so ein bisschen allein. Also, fast keine Freunde. In Freizeit auch. Ich wohnte auch in Lütten Klein. Also, ich war nicht in der Stadt hier. Also, in der Südstadt oder Stadtmitte. Mit den deutschen Kommilitonen, das war auch schwierig. [...] Ich hatte das Gefühl, dass [...] manche kennen einander. Weiß nicht woher. Und ja, am Anfang also im Seminar oder [...] wenn wir eine kleine Gruppe sind. Also, in Anatomieseminar, Physik, Chemie. Dann du hast das Gefühl als Outsider einer Gruppe.

6.3.1 Kategorie 1: Wahrnehmung von Gruppenzugehörigkeit

Das Erleben von Gruppenzugehörigkeit spielte für alle interviewten Studierenden unabhängig von ihrer Nationalität eine wichtige Rolle. Dabei fand sich in den geführten Interviews als ein zentrales Motiv die Zugehörigkeit zur Gruppe der Medizinstudierenden. Sie wurde täglich erlebt und besaß für sie eine hohe Salienz. Ebenso gilt, dass diese Rolle im Allgemeinen sehr positiv bewertet wurde, wenngleich auch einzelne Aspekte, wie der fehlende Ausgleich zur Medizin, kritisch gesehen wurden. Auch wurde das gemeinsame Erleben der Gruppenzugehörigkeit als Medizinstudierende durch einige Teilnehmende als sehr motivierend und unterstützend wahrgenommen.

Zitat 3 - SN26, männlich, Deutsch

Ich will [die Frage nach dem Studienstart] mit dem Zitat beantworten, dass ich in den ersten zwei Semestern glaube ich gepredigt habe wie kein Zweiter: „Medizin studieren ist ein Mannschaftssport“. Ich habe ein extremes Gruppengefühl erlebt, was ich vorher so auch noch nie kennengelernt habe. Und auch in einer Größenordnung wie ich es vorher noch nie kennengelernt habe. Dass so viele Menschen an einem gemeinsamen Ziel arbeiten und auch bereit sind, selbstlos anderen Menschen auch dabei zu helfen, dieses Ziel zu erreichen. Auch wenn sie davon keinen primären Nutzen erfahren. Das fand ich wirklich beeindruckend. Grade in den beiden ersten Semestern. Wie hoch da eigentlich dieses energetische Niveau war. Zwischen den Leuten, dass sie vor Kraft und Elan eigentlich überstrotzend waren. Und das war sehr angenehm zu empfinden.

Die Konstruktion dieser Gruppenzugehörigkeit als Medizinstudierende begann für viele mit dem Studienstart, da sie zum Zeitpunkt der Immatrikulation über die formale Voraussetzung der Gruppenzugehörigkeit verfügten. Gleichbedeutend hierzu schien auch die Aufnahme in die

Studierendenschaft während des Erstsemesterwochenendes zu sein, welches annähernd rituellen Charakter zeigte. Es verdeutlichte den beteiligten Studierenden nicht nur ihre Zugehörigkeit zur eigenen Gruppe, sondern gleichzeitig die Abgrenzung zu anderen Gruppen, insbesondere Studierenden anderer Fächer. Dabei wurde allerdings im Vergleich der drei Gruppen deutlich, dass insbesondere Nicht-EU Medizinstudierende aufgrund von fehlendem Wissen sowie einer späteren Anreise nach Rostock deutlich seltener an dieser Veranstaltung teilgenommen hatten.

Zitat 4 - SN27, männlich, Deutsch

SN27: [Das Erstsemesterwochenende] ist schon wichtig glaube ich. Und man hebt sich dadurch auch ein bisschen ab. Jetzt nicht nach oben oder nach unten, sondern man ist so ein eigener Kreis von Studenten. Habe ich so das Gefühl. Und das hat man auch gleich am Ersti-Wochenende dann gemerkt. Weil das eigentlich so die erste und die einzige Fachrichtung ist, die ich nun kenne, die jetzt so ein Ritual begeht einfach. Mit diesem Ersti-Wochenende. [...] Das hat mir schon geholfen. Man hat sich kennengelernt, die Leute aus seiner SG [Seminargruppe] und hat schon die ersten Freundschaften geknüpft.

I: Du meinst jetzt eben „Ritual“ und so [...] Aber wie war das hilfreich? Wie hat man das gemerkt, dass das so eine geschlossene Gruppe ist?

SN27: Wie hat man das gemerkt? Also erst mal, dass es hilfreich war, als der eigentliche Universitätsalltag anfang, hatte man etliche Gesichter schon gesehen. [...] Genau. Weil die höheren Semester uns ja aufgenommen haben und dann eingeführt haben. [...] Da war auch schon ein Gespür dafür da. Und dass man so aufgenommen wurde in diese Fachrichtung. Und ja, dass man so ein eigener Kreis ist. Das war ganz cool.

Diese Abgrenzung zu anderen Fächern fand sich fortwährend in den geführten Interviews und zeigte sich im studentischen Alltag insbesondere in Form fehlender thematischer Anknüpfungspunkte mit fachfremden Studierenden. So drehte sich aus Sicht vieler Medizinstudierenden der Alltag komplett um das Medizinstudium. Dies wurde meist positiv erlebt, sei es aufgrund der dadurch entstehenden Synergieeffekte im Stundenplan, den geteilten Interessen oder dem Verständnis für die Belastungen des Medizinstudiums. Dieses Verständnis erwuchs aus einem impliziten Wissensbestand, der durch das gemeinsame Erleben der belastenden Studienstrukturen und gemeinsamen Hürden in Form von langen Praktika und Prüfungen entstand und nur begrenzt mit ehemaligen Schulfreundschaften und Familienmitgliedern geteilt werden konnte.

Zitat 5 - SN18, weiblich, EU, Westeuropa

Ich weiß [meine Eltern] meinen nur liebe Sachen, aber manchmal, die haben nicht ganz [das] Verständnis wie krass es mit dem Studium manchmal so ist. Naja die sind auch so weit weg. Dann ist es - finde ich - auch anstrengend irgendwie [über] so Kleinigkeiten zu reden und dann habe ich einfach keine Energie dafür. [...] [Im Jahrgang] ist irgendwie Verständnis dafür, wie hart das Studium ist. Ich glaube, dass ist nicht unbedingt so in anderen Studiengängen. Ja, man kann auch mehr Spaß haben, wenn man mehr Leute kennt. Das macht immer Spaß, wenn man feiern geht und mehr Leute so „Hallo“ sagen kann. Das sind ja die Leute mit denen ich wirklich mehr Kontakt habe, aber es gibt so viele Leute, die ich trotzdem grüße oder mal auf der Mediparty jetzt auch anquatsche. Das finde ich natürlich auch schön, wenn du in eine neue Stadt kommst und dann trotzdem so viele Leute irgendwie „Hallo“ sagen kannst.

Doch die Gruppenzugehörigkeit wurde auch kritisch gesehen. Hier wurde insbesondere die gegenseitige Beeinflussung und Verstärkung des Stressverhaltens im Rahmen von Prüfungen genannt, wie auch der einseitig empfundene Austausch unter Medizinstudierenden. Interessanterweise fand sich diese Sichtweise vor allem unter internationalen Studierenden, welche eine fachliche Monokultur beklagten und diese als langweilig empfanden. Sie beschrieben im Umkehrschluss häufiger auch die Suche nach Kontakten aus anderen Fachgebieten.

Zitat 6 - SN24, weiblich, Nicht-EU, Naher Osten

Das Problem ist, [...] dass Medizinstudenten so in sich sind, dass sie auch nichts Anderes kennen als das Medizinstudium. Das ist auch normal, weil ich glaube, man hat nur zu tun mit Medizinstudenten. [...] Aber manchmal ist das auch ein bisschen langweilig. Ja, also, dass man sozusagen die andere Welt gar nicht kennt.

Trotzdem teilten Teilnehmende aller drei Studiengruppen die grundsätzlich positive Sicht auf ihre Gruppenzugehörigkeit als Medizinstudierende. Alle empfanden sich als Teil dieser Gruppe, welche in Ansätzen sogar losgelöst von den lokalen Rostocker Strukturen gesehen und als weiter gefasste, abstrakte Gruppe erlebt wurde. Es fanden sich in den Interviews allerdings ebenfalls Hinweise auf eine weitere Gruppenzugehörigkeit, die nur durch die internationalen Teilnehmenden erlebt wurde. Die entsprechende Gruppenzugehörigkeit betrifft den Status als AusländerInnen in Deutschland sowie in Rostock und wurde nicht von deutschen Studierenden angesprochen.

Zitat 7 - SN19, männlich, EU, Osteuropa

Am Anfang habe ich ja extrem die Sache gesehen, dass ich ja Ausländer bin und dass [...] die Sprache doch schon ein bisschen Barriere war. Also hauptsächlich. [...] Da haben sich schon gute Kontakte geknüpft, aber ich fand das Knüpfen von [...] richtigen Freundschaften [war] definitiv schlechter als bei den Deutsch-Deutsch [Kontakten]. Und deswegen hat man ja auch ziemlich viele ausländische Rostocker mal kennengelernt und ja so. Aber jetzt geht es ja.

Die interviewten deutschen Studierenden vollzogen im Gegenzug keine Selbstzuordnung in eine Gruppe der deutschen oder inländischen Studierenden, welche für sie eine sehr geringe Alltagsrelevanz hatte. Anders herum ordneten sie anhand des Merkmals der ausländischen Staatsangehörigkeit sehr wohl internationale Medizinstudierende ein. Auch vollzogen sie eine Wertung dessen was für sie *echte* AusländerInnen sind. In dem Zusammenhang wurden mehrfach arabischsprachige Länder und das Erleben von kultureller Distanz als relevante Unterscheidungsmerkmale genannt. Insgesamt wirkten deutsche Teilnehmende auch sehr verunsichert bei Fragen zu internationalen Medizinstudierenden. Dabei schienen viele sich der historischen und politischen Dimension ihrer Aussagen bewusst zu sein, so dass es vielen offenbar schwerfiel, sich zum Zusammenleben zwischen deutschen und internationalen Medizinstudierenden zu äußern.

Zitat 8 - SN11, männlich, Deutsch

Ich habe die jetzt Ausländer genannt. Das klingt jetzt auch alles ein bisschen komisch. [...] Ja, ich bin unsicher wie ich mich darüber ausdrücken soll. Aber wenn ich jetzt so die Ausländer sage, dann meine ich so vielleicht die Repetenten, die irgendwie aus [...] Arabien kommen oder so. Und halt untereinander zusammenhängen. Es gibt natürlich auch irgendwelche aus [Länder in Westeuropa] oder so.

Im Gegensatz dazu erfolgte die Selbstzuschreibung anhand der ausländischen Staatsangehörigkeit bei internationalen Medizinstudierenden vor dem Hintergrund einer sehr hohen Salienz in ihrem Alltag. Sie erlebten diese nicht nur in symbolischer Repräsentation in Form der amtlichen Ausländerstatistik oder des Ausländeramtes, sondern ebenfalls durch kommunikative und kulturelle Barrieren sowie emotionale Herausforderungen am neuen Studienort. Hierzu gehörten insbesondere auch Erlebnisse der Exponiertheit in Gruppen, Vorurteilen sowie Diskriminierung.

gen. Letztere wurden zwar im Kontext des eigentlichen Medizinstudiums nicht explizit genannt, allerdings mehrfach im Zusammenhang mit sonstigen außeruniversitären Begegnungen während des Studiums in Rostock.

Zitat 9 - SN20, weiblich, EU, Osteuropa

[Die Mitbewohnerin aus dem Wohnheim in Rostock] hat zum Beispiel Angst ein bisschen gehabt. Vor mir. Dass ich aus [Heimatland von SN20] bin. Sie meinte, sie hat viele Vorurteile, sie kommt aus Bremen und sie meinte, in Bremen sagt man, dass die [Staatsbürger aus dem Heimatland von SN20] viel klauen.

Das Leben und Studium in der Fremdsprache Deutsch stellte für alle internationalen Studierenden eine Herausforderung dar. Diese war somit wenig kulturspezifisch und führte zum Erleben einer Gemeinsamkeit unter vielen internationalen Studierenden. Gleiches galt für das Erleben von Unterschieden zwischen den multiplen Heimatkulturen und der deutschen Kultur, welche so zu einem geteilten Bezugspunkt innerhalb der heterogenen Gruppe der internationalen Studierenden wurde.

Zitat 10 - SN2, weiblich, EU, Osteuropa

Und ich merke auch, dass ich meistens mit ausländischen Studierenden, egal wo sie herkommen, auch wenn sie jetzt nicht unbedingt hier [auf der Netzwerkkarte genannt] sind, mehr gemeinsam habe zum Teil als mit Deutschen. Vielleicht weil ich Ausländerin bin. Keine Ahnung.

Erlebte Kulturunterschiede zur deutschen Kultur wurden dabei allerdings nicht pauschalisiert negativ beschrieben, sondern eher als Herausforderungen, die sowohl lehrreiche als auch belastende Aspekte beinhalteten. Wenngleich die Trennung von der Familie und dem gewohnten Umfeld auch deutsche Studierende betraf, so wurde deutlich, dass diese Veränderungen im Lebensumfeld von internationalen Studierenden intensiver erlebt wurden. Sie bildeten sich in der Folge zu einem weiteren verbindenden Element unter diesen Studierenden aus. Insgesamt ließ sich eine solche Wahrnehmung bei praktisch allen internationalen Studierenden identifizieren. Gleichwohl wurde deutlich, dass einige Studierende aus Ländern der EU eine Veränderung im Laufe des Studiums wahrnahmen. So sah sich beispielsweise SN15 zum Studienstart vor allem als Ausländerin und unterhielt gute Kontakte zu ebensolchen, nahm dann aber im Verlauf des Studiums mehr Kontakte zu deutschen Studierenden auf und relativierte im Gespräch die langfristigen Folgen ihrer Selbstzuordnung als internationale Studentin.

Zitat 11 - SN15, weiblich, EU, Osteuropa

Und zuerst hatte ich mehr Kontakt mit Ausländern. Ich war zu ERASMUS Partys und ich habe mich mit Ausländern sehr gut verstanden. Danach hat die [Universität] angefangen und im ersten Semester habe ich gleich [deutsche] Freundinnen gefunden und [wir] haben ganz viel Gemeinsames. [...] Ja, also, die haben mich sehr geholfen. Sie waren nett und sie haben auch verstanden, dass ich weit weg von Zuhause bin und ich kann meine Eltern nicht so oft wie sie besuchen. Und sie haben mich verstanden und unterstützt. Und alles. Ja, und so habe ich mein erstes Semester dann überstanden. Also, ich hatte mehr Hilfe von ihnen als von den Ausländern so gesagt.

Auch die Sicht von deutschen Medizinstudierenden auf internationale Medizinstudierende war nicht allein durch die Nationalität geprägt. So zeigte insbesondere SN11, dass auch andere Möglichkeiten der Zuschreibung von interkulturellen Kontakten existierten. Dabei betonte SN11 das Erleben eines gemeinsamen Status, Werten und Handlungen. Diese erzeugten eine Basis auf derer andere Bewertungen und Zuschreibungen von Kontakten möglich wurden.

Zitat 12 - SN11, männlich, Deutsch

Das ist natürlich so eine menschliche Sache. Ich will jetzt nicht sagen, dass ich Ausländer uninteressant finde. Es gibt hier zum Beispiel [Kontakt mit Nr-23 auf seiner Netzwerkkarte]. Glaube die Eltern sind Syrer und ich glaube die sind nach Deutschland gezogen. Sind hier auch Ärzte geworden und man merkt an dem auch, dass der wie ich so drauf ist und [...] ähnliche Grundsätze hat [...]. Der studiert viel, der ist nett einfach. Der ist mir sympathisch.

Viele der interviewten Nicht-EU Medizinstudierenden erlebten die interkulturellen Kontakte im Medizinstudium allerdings gegenteilig zu deutschen und EU Studierenden. Sie berichteten häufiger von Erfahrungen und Handlungen, die auf eine ausgeprägte Selbstzuordnung als AusländerIn hindeuteten und die über die Studienzeit konstant blieben. Im Vergleich zu den interviewten Studierenden aus der EU erlebten sie weniger Verbindendes und größere Hürden im Kontakt mit deutschen Studierenden. Diese Differenzen waren dabei nicht nur ausgeprägter, sondern auch weniger veränderbar, so dass sie sich über die Zeit festigten.

Zitat 13 - SN5, männlich, Nicht-EU, Naher Osten

Kontakte bilden sich nur im ersten Semester. Zwischen die Studenten. [...] Und man merkt das. Und das war nicht richtig von mir. Von mir und von den anderen meiner Kommilitonen, die Ausländer, [als] Gruppe allein. Das hilft nicht. Das hilft uns nicht im Studium. [...] Aber jetzt ich weiß, dass das ist nicht normal [...] hier nur mit [Nicht-EU Studierenden] zu bleiben. Aber ist es leider so. Jetzt. Man kann das ändern. Vielleicht [...] nach dem Physikum.

Es muss betont werden, dass die Selbstzuschreibung als AusländerInnen einer gleichzeitigen Gruppenzugehörigkeit als Medizinstudierende keinesfalls zuwiderlief. So verdeutlichten die Aussagen der interviewten internationalen Medizinstudierenden, dass diese sich sowohl als Medizinstudierende als auch als AusländerInnen in Deutschland sahen. Damit ergaben sich zwei Gruppenzugehörigkeiten, die nebeneinander existieren konnten, aber offenbar in Einklang gebracht werden mussten.

6.3.2 Kategorie 2: Kosten-Nutzen-Bewertung von Netzwerkkontakten

Über alle drei Vergleichsgruppen hinweg berichteten Studierende von einem Wechsel der Stimmung in den Jahrgängen im Verlauf des Studiums. So wich die anfängliche Kooperation und Zusammenarbeit, die insbesondere deutsche aber auch einige EU und Nicht-EU Studierende erlebten, zunehmend einer Leistungs- und Konkurrenzorientierung innerhalb des Jahrgangs. Wie SN26 und SN23 beschrieben, lagen dieser Entwicklung die zunehmenden Anforderungen des Studiums zugrunde, was dazu führte, dass Lernbestrebungen gesteigert werden mussten. Vor dem Hintergrund berichteten viele der Studierenden von einer Ökonomisierung der eigenen Zeit sowie der Kooperation innerhalb des Semesters und des eigenen Freundeskreises. Dies beeinflusste die sozialen Kontakte der Studienteilnehmenden, da diese durch die Leistungsanforderungen unter einen Bewertungsdruck gerieten.

Zitat 14 - SN26, männlich, Deutsch

SN26: *Also irgendwann fangen die Leute dann doch wieder an, an sich und ihr eigenes Vorankommen zu denken und dann wird doch irgendwann eine Kosten-Nutzen Abwägung gefahren. Und wenn nur unterbewusst [...]: „bringt mir das was mit dem und dem zusammen zu lernen oder investiere ich da nicht mehr von meiner Zeit? Und erhalte ich am Ende nicht zu wenig, um mein eigenes Vorankommen zu sichern?“. Und solche Fragen glaube ich, spielen dann nachher doch schon eine Rolle. Auch wenn man es nicht gerne zugeben mag, aber ist ja auch richtig so. Mache ich am Ende auch. Man guckt schon, weil man möchte sein Studienziel natürlich erreichen. Und klar möchte man anderen helfen [...] dieses gleiche Ziel zu erreichen, weil man auch eine gute Verbindung zu diesen Menschen hat. Aber nicht um jeden Preis.*

I: *Was macht den Umschwung?*

SN26: *Ich glaube ganz fest daran, dass die Ursache dafür Versagen ist. In den ersten Monaten, wenn man die ersten Prüfungen so hat, dann heißt es immer noch „ja wir ziehen jeden mit, um jeden Preis. Wir verlieren keinen Mann auf dieser weiten Fahrt“. Und in den ersten Monaten klappt das auch noch ganz gut. Das Prüfungsniveau ist noch nicht so anspruchsvoll. Jetzt zumindest in der Retrospektive gesehen. Und man schafft das auch. Aber nach und nach steigt das Anforderungsniveau, es steigt die Fülle an Informationen, die man in Prüfungen wiedergeben muss. Und es kommt dazu, dass die Ersten und immer weitere Leute die Prüfungen nicht schaffen. Und man versucht als Gruppe dagegen anzuarbeiten. Immer wieder, immer wieder. Aber mit jeder Prüfung, die man erlebt, wird klar: es ist nicht möglich. Und mit diesen negativen Erfahrungen - ob man sie jetzt selber trifft oder nur im Beisein dessen, dass andere diese negativen Erfahrungen erleben - wächst das Bewusstsein dafür. So sehr man möchte, dass niemand auf dieser weiten Fahrt das sinkende Schiff verlässt. Dass man jeden Mann mitnimmt. Es geht nicht. Es werden am Ende immer Menschen auf ein langsames Schiff umsteigen. Und einige werden auch mit einem Rettungsboot abgeholt und wieder an Land gebracht.*

Zitat 15 - SN23, männlich, Nicht-EU, Naher Osten

Was es auch schwieriger macht in einer [Seminargruppe] ist, dass die [Studierenden] gucken das [Studium] an als eine Herausforderung. Die anderen Kommilitonen [...] halt zu besiegen oder zu übertrumpfen. Ich meine es ist halt menschlich emotional. Halt, ich will immer der Beste sein und arbeite daran. Fleißig und so. Und fühle mich auch stolz, wenn ich etwas besser als jemand anderes habe. Aber ich hatte immer dieses Gefühl gehabt, dass [...] die anderen sich gefreut haben, wenn jemand nicht bestanden hat.

Dabei beurteilten deutsche, EU und Nicht-EU Medizinstudierende den allgemeinen Nutzen der Verbundenheit unter Medizinstudierenden als positiv. Hierfür nannten sie einerseits fachliche Unterstützung zwischen Medizinstudierenden, die sich in Form von Hilfe bei der Klärung von Fragen zu Studieninhalten oder der Studienorganisation zeigte. Auch die praktische Unterstützung durch geteilte Lernmaterialien stellten häufig genannte und wertgeschätzte Hilfen dar. Aber insbesondere bauten die meisten der interviewten Studierenden auf die emotionale Unterstützung durch befreundete Kommilitonen als eine zentrale Ressource im Studium.

Zitat 16 - SN5, männlich, Nicht-EU, Naher Osten

Wenn wir in einem engen Kreis sind, zusammen als Mediziner. Das hilft. Jeder hat eine Idee oder eine Methode, um zu lernen. Oder Altklausuren, eine alte Klausur oder die Lösung. Oder irgendwas. Und das hilft. Deshalb glaube ich, Mediziner sind immer beieinander.

Zitat 17 - SN3, weiblich, Deutsch

Na, dass man das [Studium] zusammen durchsteht. Weil man halt nicht allein auf weiter Flur ist. [...] Man hat als Gruppe irgendwo so ein gemeinsames Ziel, was man erreichen will. Das schweiß halt zusammen. Man kann sich halt gegenseitig unterstützen, weil [...] wir machen ja immer zur gleichen Zeit das Gleiche durch. [...] Wenn man es jetzt auf die höheren Semester bezieht. Klar, es ist ein extremer Informationsvorteil. Und ja, sowas wie Erfahrungsaustausch einfach. Das man hört, wie es war, was man besser machen kann, was man anders machen kann. Wo es sich lohnt, Zeit zu investieren und was man eher lassen sollte.

Andererseits sahen die interviewten Studierenden in ihren sozialen Kontakten ebenfalls potentielle Hindernisse für ihr Studium. So wurde deutlich, dass soziale Kontakte nicht allein Ressourcen boten, sondern ebenfalls Investitionen erforderten. Als solche wurde häufig die Zeit

genannt, die man gemeinsam verbrachte, oder auch die Weitergabe eigenen Wissens. Insbesondere in den Interviews mit deutschen Medizinstudierenden wurde aber ein Bewusstsein für die Endlichkeit dieser eigenen Ressourcen deutlich. Wie SN27 verdeutlichte, mussten die eigenen Ressourcen daher zielgerichtet eingesetzt und weniger hilfreiche Kontakte reduziert werden.

Zitat 18 - SN15, weiblich, EU, Osteuropa

Wenn du freundlich bist und hilfreich, dann wirst du genau wie die anderen behandelt. [...] Man soll ja anderen helfen. Wenn jemand eine Frage hast oder so, sollst du nicht sagen: „nein ich weiß jetzt nicht“, sondern helfen.

Zitat 19 - SN27, männlich, Deutsch

Ich habe ja auch gesagt, dass sich das [persönliche Netzwerk] stark dezimiert hat. Und ich denke, das ist auch dem geschuldet, weil man jetzt ein bisschen ich-bezogener jetzt ist. Also ich habe jetzt dieses eine Extrajahr [als Repetent] gemacht und ich möchte [...], dass es dieses eine Extrajahr bleibt. So werden halt überflüssige Bekanntschaften und sowas dann einfach gekappt. Da, wo ich keinen Vorteil habe, das lasse ich dann auch. Und das, was unnötig arbeitsaufwändig ist, das lasse ich auch.

Kontakte in Netzwerken konnten aber darüber hinaus auch direkte negative Effekte auf Studierende haben, welche über den reinen Verlust an investierten Ressourcen hinausgingen. Insbesondere unter internationalen Studierenden wurde in diesem Zusammenhang oftmals die negative Beeinflussung durch Kontakte zu internationalen Medizinstudierenden in höheren Semestern angesprochen. Diese seien nicht motivierend, sondern durch die Frustration dieser Studierenden mit ihrer Studiensituation gekennzeichnet.

Zitat 20 - SN16, männlich, Nicht-EU, Zentralasien

[Der Kommilitone aus dem Nicht-EU Ausland hat] vor mir angefangen hier in Rostock zu studieren. Und manchmal hat er [...] immer so [erzählt]: „das ist so schwer zu schaffen“ und „diese Klausur ist in dieser Zeitraum. Ist so kurzer Zeitraum. Ist unmöglich zu schaffen“. Und solche Sachen meine ich. [...] Ja, wenn er mir so negativ einstellt. Zum Beispiel, wenn er sagt: „das [ist] nicht schaffbar“. Dann es ist negativ.

Vor diesem Hintergrund stellten sich Kontakte als eine Art Tauschhandel unter Studierenden dar, die auf einem Geben und Nehmen spezieller Waren oder Leistungen beruhten. Gleichzeitig war allerdings das Spektrum der relevanten Waren und Leistungen limitiert und durch die Leistungsanforderung des Studiums definiert. Konnten solche nicht angeboten werden, so waren

die Handlungsoptionen bei der Ausgestaltung von Kontakten limitiert. Entsprechend sah es SN9, der zwar positive Leistungen aus der Wechselwirkung von deutschen Medizinstudierenden erhalten konnte, dafür aber keine relevante Gegenleistung anzubieten vermochte.

Zitat 21 - SN9, männlich, Nicht-EU, Naher Osten

Ja, also das Problem ist hier auch [...] ich kann gute Sachen von die Deutschen zum Beispiel bekommen, aber sie? Was können sie von mir bekommen? Für Studium? Also sie können mir helfen. Zum Beispiel in der Sprache, aber ich kann nichts geben. Also, ja deswegen vielleicht. Das ist eine Ursache für sie, nicht für mich, dass wir nicht in guten Beziehungen sind.

So kam es im Studienverlauf zu einer zunehmenden Abwägung der Kosten und des Nutzens von Kontakten, bei der insbesondere internationale Studierende schlecht abschnitten. Sie galten als leistungsschwach im Studium und damit in der Folge als fachlich weniger versierte RatgeberInnen. Zudem stellten die sprachlichen und kulturellen Barrieren Reibungspunkte dar, die intensivere Investitionen erforderten und solche Kontakte zusätzlich unattraktiv erscheinen ließen. Diese Sichtweise war dabei sowohl unter deutschen als auch internationalen Studierenden vertreten.

Zitat 22 - SN20, weiblich, EU, Osteuropa

Also ich habe das Gefühl, dass manche [deutsche Medizinstudierende] auch denken „oh sie kommt aus dem Ausland“. Also, nicht, dass wir [internationale Medizinstudierende] vielleicht schlechter sind, aber sie wissen schon: „sie hat es viel schwieriger als ich und bestimmt ist sie nicht so weit [...] mit dem Stoff wie ich. Dann lieber unterhalte ich mich mit jemanden, der auch aus Deutschland kommt“. Weil es gibt wirklich niemanden, den ich kenne, der aus dem Ausland kommt, der die Vorklinik in zwei Jahren geschafft hat. Und viele [internationale Medizinstudierende] haben gesagt, dass sie ganz wenig mit den deutschen Kommilitonen gelernt haben.

Zitat 23 - SN8, weiblich, Deutsch

Ich habe zum Beispiel auch einen [internationalen Medizinstudenten] in meiner Seminargruppe und der kriegt dann halt nie mit, wenn wir mal ein Seminar verschieben oder wenn eine Vorlesung ausfällt oder, wenn wir irgendeine Psychologieexkursion machen müssen oder so. Und mir tut das immer unwahrscheinlich leid, denn ich weiß, dass der das nicht absichtlich macht, aber [...] es ist halt einfach irgendwie so für einen selber dann immer ein bisschen anstrengend. Na, wenn man sich dann auch noch um jemand anderen so kümmern muss, weil man fühlt sich ja dann doch irgendwie verantwortlich.

Die sozialen Bewertungsprozesse unter Medizinstudierenden wurden durch die engen Beziehungen und dadurch entstehender sozialer Kontrolle innerhalb der medizinischen Jahrgänge zusätzlich befördert. Diese Kontrolle konnte in den straffen Strukturen und kleinen Seminargruppen der vorklinischen Lehre ungehindert wirken, während Datenschutzverfahren wie die Matrikelnummern an ihre Grenzen stießen.

Zitat 24 - SN3, weiblich, Deutsch

Also, Leute mit denen ich jetzt nicht so viel zu tun habe, da bekomme ich das ja primär gar nicht so mit. Was die vor Prüfungen denken oder wie die sich vorbereiten oder was die für Ergebnisse hatten und so. Das kriegt man nur mit, wenn man vernetzt ist. Ich meine, wir kennen ja so fast auch alle unsere Matrikelnummern. Also, man weiß ja, was der andere hatte irgendwie.

Insbesondere die interviewten deutschen Studierenden bewerteten diese Prozesse zweigeteilt. Zum einen stellten sie eine Quelle von sozialer Kontrolle dar, die die eigene Freiheit einschränkte und das Wohlbefinden mindern konnte. Zum anderen wurden sie als unterstützend und motivierend beschrieben, da sie die eigene Leistungsbereitschaft förderten.

Zitat 25 - SN11, männlich, Deutsch

Nachteile [eng vernetzter Jahrgänge] fallen mir jetzt nicht so ein. Also es kann schon sein, dass es natürlich sich dann rumspricht, wenn man irgendwie wo durchgefallen ist oder irgendwelchen Mist gemacht hat. So, das ist klar. [...] Aber in erster Linie finde ich das auf jeden Fall sehr schön, dass man den ganzen Tag Zuhause sein kann und dann geht man einmal raus und sofort sieht man jemanden und unterhält sich mit dem. Und es motiviert einen so ein bisschen.

Solch positive Sichtweisen fanden sich bei den interviewten EU und Nicht-EU Studierenden nicht, so dass bei ihnen die negativen Erlebnisse sozialer Kontrolle scheinbar überwogen.

Zitat 26 - SN2, weiblich, EU, Osteuropa

Es gab einige [Medizinstudierende], die waren schon sehr hyperaktiv im Studium mit dabei. Also schon nicht nur [als] vorbildlicher Student, sondern auch so, dass man anderen Druck ausgeübt hat. Und das schlechte Gewissen beschert hat, weil man ja Tag und Nacht nicht schon zehn Bücher zusammengefasst hat.

Zitat 27 - SN23, männlich, Nicht-EU, Naher Osten

Wir haben echt ein kompetitives Studium, wo jeder aufsteigen möchte. Und ein paar Nachteile habe ich schon mal mit Freunden gehabt. Dass die zum Beispiel alte Klausuren gehabt hatten, aber mit keinen anderen geteilt. Nur weil die halt eine bessere Note kriegen wollten. Und in der Vorklinik geht es um bestanden und nicht bestanden.

6.3.3 Kategorie 3: Rahmenbedingungen der Kontaktbildung

Die soziokulturellen Rahmenbedingungen des Rostocker Medizinstudiums hatten Einfluss auf die sozialen Interaktionen zwischen Medizinstudierenden. Dabei spielte nicht allein die Leistungsorientierung des Studiums eine Rolle, sondern insbesondere auch das Verhältnis von Mehrheiten und Minderheiten innerhalb der Studierendenschaft. Internationale Medizinstudierende aus dem EU und Nicht-EU Ausland erlebten diese Verhältnisse insbesondere auf Basis der Merkmale Nationalität und Kultur. Sie stellten innerhalb der Studierendenschaft in Rostock eine distinkte Minderheit dar, was sich letztlich bei mehreren der interviewten Medizinstudierenden in einem Gefühl der Sichtbarkeit niederschlug.

Zitat 28 - SN23, männlich, Nicht-EU, Naher Osten

Es ist schwieriger [Kontakte] mit Deutschen zu machen, weil die sind die Mehrheit. Das heißt, die kennen sich alle sogar nur vom Sehen oder vom „Hallo“ [sagen] oder sowas. So sich einander kennen heißt nicht, dass die befreundet sind oder so, aber ist ja halt so. Im Vergleich zu uns [internationalen Medizinstudierenden] ist es auch das gleiche, aber die Ausländer kennen die anderen Ausländer, aber nicht alle Deutsche. Aber die Deutschen kennen auch alle Ausländer, weil es nicht so viele davon gibt. [...] Aber die Ausländer trauen sich nicht halt so vom ersten Blick einfach sympathisch zu sein. Und Leute draufgehen und zu fragen: „wo kommst du her?“ und „was hast du studiert?“ und, und, und. Das ist halt schwierig, weil die Ausländer haben immer diese Einschüchterung. Diese Angst. Also was heißt Angst? Diesen Stress, dieses Nervössein. Beim neue Leute Kennenlernen.

Zitat 29 - SN20, weiblich, EU, Osteuropa

Ich habe das Gefühl, dass irgendwie die Leute wussten: „oh die ist aus dem Ausland“. [...] Sogar nach dem Präpkurs [Anatomischer Präparationskurs] kenne ich noch die Situation. Man kannte auch nicht so viele Leute und ich wollte mein Fahrrad vom Anatomiegebäude abholen und irgendwie hatte ich Problem. Und ein Mädchen ist zu mir gekommen und meinte: „[Vorname SN20], komm ich helfe dir“. Also das find ich total lieb und nett, aber ich war schockiert, woher sie das weiß, wie ich heiße. Ich habe sie zum ersten Mal gesehen.

Während solche Identifikation in den Interviews keine direkten negativen Effekte nach sich zog und im Fall von SN20 sogar hilfreich war, stellte sie für internationale Studierende eine erweiterte Sichtbarkeit im Sinne der sozialen Kontrolle im Jahrgang dar. Internationale Medizinstudierende konnten dieser nur sehr begrenzt ausweichen und nicht gegenüber der Mehrheit der deutschen Medizinstudierenden umkehren. Diese erschienen für internationale Studierende oft anonym innerhalb der Mehrheitsgruppe. Eine Konsequenz daraus konnten zusätzliche Gefühle der Unsicherheit oder gar Ängste über Kontrollverlust bei internationalen Studierenden sein, wie sie von SN23 und anderen internationalen Studierenden benannt wurden. In der Folge berichteten viele der interviewten internationalen Medizinstudierenden von Hemmungen im sozialen Kontakt zu deutschen Medizinstudierenden. Dieser Kontakt war darüber hinaus zusätzlich geprägt von Sorgen, um korrektes Auftreten und sprachlich richtiger Verständigung. In der Folge beschrieben einige Studierende ein eher abwartendes Verhalten im Umgang mit ihren deutschen Mitstudierenden. Diese Zurückhaltung wurde ebenfalls von deutschen Studierenden erfasst. Sie bewerteten diese allerdings nicht als Äußerung von Sorgen oder Ängsten, sondern

interpretierten die zurückhaltenden Kommunikationsmuster primär als kulturelle Eigenschaft oder gar als Desinteresse. Allerdings berichteten einige Nicht-EU Studierende ebenfalls von sehr direkten und potentiell als harsch empfundenen Kommunikationsmustern deutscher Studierender, die sie als kulturell geprägt bewerteten.

Zitat 30 - SN26, männlich, Deutsch

Wenn man ein Fünkchen Anstand hat, dann grüßt man sich [im Seminar] auch. Was auch nicht allen Menschen zuteil geworden ist auf dieser Welt, aber dann grüßt man [die internationalen Medizinstudierenden] und trotzdem sind sie so verhalten, dass nicht mal Smalltalk zustande kommt. Obwohl man, ich sage mal, zumindest ja mal auf dem Flur, wenn man vor dem Seminarraum wartet, zumindest mal ein bisschen Smalltalk betreiben könnte. [...] Und wenn es mit Händen und Füßen und Englisch wäre. Aber selbst das. [...] Ich glaube, dass die meisten ausländischen Studierenden auch sehr verhalten sind und - ich will es jetzt nicht abschieben oder so, die Verantwortung für integrative Prozesse - aber, dass sie nicht genügend Offenheit mitbringen. Oder auch selbst sich nicht trauen auf die Studenten aus Deutschland zuzugehen und auch vielleicht aktiv wirklich nach Hilfe oder was auch immer zu fragen. Also, das sehe ich so. Dass da wirklich die Integration daran zum großen Teil scheitert.

Zitat 31 - SN9, männlich, Nicht-EU, Naher Osten

Also, die Ausländer fragen nicht so häufig für Hilfe. [...] Also weil sie haben Angst, um Hilfe zu fragen. Aber die Deutschen können also einfach sagen: „hier brauche ich Hilfe“ oder: „ich will das machen“, „ich will das nicht“. Weil [...] bei uns vielleicht denken die Leute mehr über die Ergebnisse. Also wenn sie etwas machen wollen, dann denken sie viel an das, was passiert danach.

Zitat 32 - SN4, weiblich, Deutsch

Also, ich habe dann irgendwann auch aufgegeben, Kontakt herzustellen. Ich hatte jemanden in meiner Seminargruppe und habe auch versucht, mich mit ihm zu unterhalten. Und es kam aber nicht so viel zurück und dann irgendwann habe ich halt auch das nicht mehr gemacht. So. Also natürlich habe ich mich mit ihm noch unterhalten, ne. Aber jetzt nicht mich zu interessieren: „sag mal warum bist du eigentlich hier?“ und so weiter.

Unterschiedliche kulturelle Prägungen und deren - in Teilen - konfliktbehaftete Interaktion, erschienen häufig im Zusammenhang mit den Bewertungen des Zusammenlebens zwischen deutschen und internationalen Medizinstudierenden in Rostock. So wurden Kulturunterschieden

eine große Rolle bei der Gestaltung und Nutzung von Interaktionsräumen zugesprochen, wie es beispielsweise Feste und Veranstaltungen der medizinischen Studierendenschaft sind. Hier zeigte sich eine gewisse Häufung von Problembereichen (beispielsweise bei Alkoholkonsum auf Festen) bei vereinzelt Nicht-EU Studierenden aus dem Nahen Osten, während aber der Großteil der interviewten internationalen Medizinstudierenden hier keine Probleme sah. So stellten die Freizeitangebote der medizinischen Fachschaft und der damit verbundene lockere Austausch sogar einen gerne genutzten Kontaktraum unter deutschen und internationalen Medizinstudierenden dar. Der damit verbundene Alkoholkonsum stellte offenbar nur bei streng religiösen internationalen Medizinstudierenden ein Problem dar, wie SN24 in ihrem Interview verdeutlichte. Trotzdem wurde über die Interviews hinweg deutlich, dass insbesondere internationale Medizinstudierende seltener an Veranstaltungen wie dem Ersti-Wochenende teilnahmen.

Zitat 33 - SN24, weiblich, Nicht-EU, Naher Osten

SN24: Ja. Also man merkt schon, dass [Alkohol] schon etwas wichtig ist. Ja.

I: Im Medizinstudium?

SN24: Ja.

I: Und warum?

SN24: Weil wegen die ganze Stress. Dass man sich irgendwann trifft und dann einfach sich ein bisschen befreien kann sozusagen mit Alkohol. Und so viele Medizinstudenten brauchen das.

I: Wie sieht das bei den internationalen Studenten dabei aus?

SN24: Manche ja, manche nein, glaube ich. Kommt drauf an, ob sie jetzt religiös sind oder so. Das ist aber etwas anderes. Aber manche machen das gerne. Manche.

Zitat 34 - SN14, weiblich, EU, Osteuropa

Also, ich habe erst mal das Ersti-Wochenende nicht mitgemacht. Das war ein Fehler, weil ich da sonst viele kennengelernt hätte. Und das empfehle ich jetzt auch jedem, der jetzt neu anfängt und ich den treffe: „mach das mit, sonst kommst‘ schwierig rein“.

Doch auch Medizinstudierende, die an solchen Ritualen problemlos teilnehmen konnten und wollten, berichteten von erschwerter sozialer Interaktion, die aufgrund der unterschiedlichen Wissens- und Erfahrungsbeständen von internationalen Medizinstudierenden entstanden. So

unterschieden sich die Jugend- und Kindheitserfahrungen in Schwellen- oder Entwicklungsländern und in Deutschland teilweise massiv, was den Rückgriff auf gemeinsame Wissensbestände in interkulturellen Interaktionen erschwerte.

Zitat 35 - SN5, männlich, Nicht-EU, Naher Osten

Länder der Dritten Welt sind nicht wie hier. Und hier ist nicht wie dort. Es gibt so viele Unterschiede mit dem Alltag. Ich war ein Jahr lang in [Heimatland von SN5] im Krieg. Dann bin ich hier gekommen und alles war wieder normal. [...] Also, ich sage nur wegen Kulturunterschiede. [...] Ja, man braucht Zeit, um das Gedanken zu ändern oder umzugewöhnen. Um daran zu gewöhnen [an] das Leben in Deutschland.

6.3.4 Kategorie 4: Umgang mit Kontakten

Über die Interviews hinweg ließen sich vielfältige Handlungen der Medizinstudierenden erkennen, mit denen sie auf die oben aufgeführte Wahrnehmung von Netzbildung sowie deren Rahmenbedingungen reagierten. Diese Handlungen im Umgang mit der Integration in den eigenen medizinischen Jahrgang konnten nach dem Grad der Eigeninitiative bei der Gestaltung dieser Prozesse in eine aktive und eine passive Gruppe eingeteilt werden. Während in der aktiven Gruppe eher engagierte und fast strategische Herangehensweisen an das persönliche Netzwerk vorherrschten, zeichnete sich die Vorgehensweise der passiven Gruppe durch weniger zielgerichtete Aktionen aus. In beiden Gruppen fanden sich grundsätzlich sowohl deutsche, EU und Nicht-EU Studierende. Insgesamt schien aber eine gewisse Häufung der passiven Herangehensweise bei Nicht-EU Studierenden vorzuliegen.

Einen aktiven Umgang mit dem eigenen persönlichen Netzwerk konnte beispielsweise in den Interviews von SN1, SN3, SN8, SN12, SN15, SN16 und SN27 ausgemacht werden. Sie zeichneten sich durch ein hohes Bewusstsein für ihre Netzwerke aus sowie deren Vor- und Nachteile. Auch die unterschiedlichen Bedürfnisse und Ziele, die innerhalb des Netzwerks als treibende Kräfte wirkten, konnten durch diese Studierenden klar und deutlich reflektiert werden. Sie beschrieben ein ausgeprägtes Verständnis für die eigenen Ressourcen, beispielsweise in Form eines Austauschs solcher als Waren und Leistungen im Netzwerk. Dabei zeigte insbesondere SN14, dass durch einen kreativen Umgang mit den eigenen Ressourcen, unterschiedliche Waren oder Leistungen getauscht werden können. Dies kann insbesondere für leistungsschwächere Studierende von hoher Relevanz zu sein, die so an zusätzliches Wissen und Fähigkeiten für die Bewältigung des Studiums kommen können. Aber auch die zielgerichtete Suche von SN1 nach Begegnungsräumen mit anderen Studierenden, verdeutlichte eine bewusste Auseinandersetzung mit der neuen Situation als Medizinstudentin in einer fremden Stadt.

Zitat 36 - SN14, weiblich, EU, Osteuropa

I: Und das klingt jetzt nach sehr vielen Dingen, die du positiv nehmen kannst aus dem Netzwerk. Ist es auch so, dass du im Umkehrschluss Dinge machen musst für das Netzwerk?

SN14: Naja, es ist ja ein Nehmen und Geben. Ich mache das Essen, die bringen mir das Wissen. (SN14 lacht)

Zitat 37 - SN1, weiblich, EU, Osteuropa

Ich habe den Bedarf gehabt, irgendwas Ehrenamtliches und auch meine andere Interessen außerhalb Medizinstudium zu entwickeln. Und deswegen habe ich dann direkt nachdem ich nach Rostock gekommen bin, nach einem Orchester oder irgendwas in dieser musikalischer Richtung mir gesucht. Und so war die Geschichte mit dem Orchester eben. Da habe ich auch ganz viele Mediziner aus dem höheren Semester kennen gelernt. Und auch ganz viele aus verschiedenen Studieneinrichtungen und Fakultäten, wie von der HMT [Hochschule für Musik und Theater] oder Physiker, Chemiker. Ganz viele. Ansonsten habe ich dann selbst auch nach verschiedenen Möglichkeiten [gesucht], meine Sprache zu verbessern. Auch andere Sprachen zu benutzen. Dann habe ich mir dann umgeschaut. War ich wöchentlich, immer mittwochs, Stammgast sozusagen an solchen ERASMUS-Treffen. Und dann habe ich auch viele Kontakte aufgenommen mit ausländischen Studenten. Ja genau. Ich wollte einfach irgendwie, meine Interesse einfach weiterentwickeln halt.

Im Vergleich der drei Studiengruppen zeigte sich, dass insbesondere das Bewusstsein für das eigene Netzwerk und seinen potentiellen Vorteilen bei deutschen und EU Studierenden sehr ausgeprägt war. Bei ihnen wurde das gegenseitige Geben und Nehmen zwischen NetzwerkpartnerInnen sehr deutlich. Dabei sprach insbesondere auch die isolierte Ablehnung von SN12 gegenüber zu großen Netzwerken innerhalb der medizinischen Studierendenschaft für eine sehr bewusste Auseinandersetzung mit dem Thema Netzwerk.

Zitat 38 - SN12, männlich, Deutsch

I: Gibt es denn auch Nachteile durch diese enge Gruppenbildung?

SN12: Ja, klar. Man macht sich schon gegenseitig verrückt. Also, das merkt man schon. Dann ist mal einer durchgefallen [...] Ja, es wird ja auch nicht immer so 100-prozentig korrekt wiedergegeben und dann ist das direkt der schlimme Prüfer. Und dann heulen alle und kriegen einen Nervenzusammenbruch.

I: Ok. Wie gehst du damit um?

SN12: Ja, ich versuche mich davon zu distanzieren.

Während sich bei einem Großteil der Studierenden aus dem Nicht-EU Ausland seltener ein aktiver Umgang mit dem eigenen Netzwerk fand, imponierte das Gegenbeispiel von SN16. Er analysierte im Vergleich zu anderen Nicht-EU Studierenden seine Situation als internationaler Medizinstudent deutlich strategischer. Bei ihm wurde so u.a. deutlich, dass er in seinem Hintergrund eine potentielle Hemmschwelle für Kontakte zu Deutschen sah. Im weiteren Interviewverlauf verdeutlichte er dann, dass er versucht, diese aktiv zu umgehen.

Zitat 39 - SN16, männlich, Nicht-EU, Zentralasien

Ich habe [soziale Isolation] nur bei Arabern gemerkt. Die sind immer so isoliert. Und das hat mir auch einer in meiner SG [Seminargruppe] [...] gefragt: „Wieso die andere Ausländer aus unserem Jahrgang sind so isoliert und ich bin so offen?“. Weil wir haben auch bei mir einmal so gegrillt hier und wie gesagt [...] keine Ahnung.

Diese Einstellung und spätere Handlungen konnten vor dem Hintergrund einer langjährigen Migrationsgeschichte von SN16 gesehen werden. Gleiches schien auch auf SN25 zuzutreffen, die ebenfalls auf eine Migrationsgeschichte in mehreren europäischen Ländern zurückblicken konnte und diese Erfahrung als Basis ihrer Handlungen in Rostock nutzte.

Zitat 40 - SN25, weiblich, EU, Osteuropa

SN25: Ich habe ja später Medizin angefangen, weil ich ja früher studiert habe, aber das war für mich sehr wichtig am Anfang. Ich war sehr, sehr schüchtern. Extrem schüchtern früher.

I: In Rostock? Oder in...

B: In [vorheriger Studienort in Deutschland]. Und [...] ja, ich habe mich auch nicht getraut am Anfang zu sprechen, weil ich dachte, ich mache so viele Fehler. Und das ist peinlich und die werden bestimmt lachen [...]. Also, vielleicht nicht so krass, dass da jemand lachen wird, aber ich wollte trotzdem irgendwie gut sprechen. Und das konnte ich am Anfang in [am vorherigen Studienort in Deutschland] nicht so gut. [...] Deswegen kannte ich das [Einleben in ein deutsches Studium] schon ein bisschen. Ja.

Im Gegensatz zu diesen aktiven Vorgehensweisen stand der eher passive Umgang mit dem eigenen persönlichen Netzwerk. Man erkannte diesen exemplarisch in den Interviews von SN4, SN6, SN7, SN9 und SN24. Er zeichnete sich aus durch weniger explizit reflektierte und zielgerichtete Handlungen bei der Interaktion mit anderen Medizinstudierenden. Zwar war auch hier in Ansätzen ein grundsätzliches Verständnis der potentiellen Vor- und Nachteile von Netzwerken im Studium zu erkennen. Allerdings fanden sich in den Interviews nur wenige Hinweise darauf, dass diese Vor- und Nachteile zur Treibkraft für Veränderungen im Netzwerk wurden. Im Gegensatz dazu kam es eher zu Begegnungen, die als zufällig wahrgenommen wurden, wie es SN7 im Laufe des Studiums erlebte und SN9 sich wünschte, aber nicht fand.

Zitat 41 - SN7, weiblich, Deutsch

Ja, [da] bin ich zum Beispiel noch in eine Lerngruppe reingerutscht. Das war so zufällig im Anatomiehörsaal und da habe ich dann auch noch aus dem höheren Semester Leute kennengelernt.

Zitat 42 - SN9, männlich, Nicht-EU, Naher Osten

Ich mag nicht [...] eine Energie [...] zu machen, um Leute kennenzulernen. [...] Ich mag das so, also automatisch zu kommen. Nicht, dass ich zu einer Gruppe komme und sage: „ich will mit ihnen sprechen“.

Beispiele für ein passives Vorgehen in der Netzwerkbildung fanden sich - wie auch schon im Fall des aktiven Vorgehens - über alle drei Vergleichsgruppen der Untersuchung hinweg. Allerdings konnte man eine Häufung von entsprechenden Äußerungen in den Interviews von Nicht-EU Medizinstudierenden erkennen. Sie nannten im Vergleich zu deutschen und EU Medizinstudierenden ebenfalls häufiger Situationen in denen sich eine Frustration mit dem eigenen Netzwerk sowie den Konsequenzen der eigenen sozialen Interaktion zeigten (siehe SN5, Zitat 13). Dabei wurde insbesondere die Unveränderlichkeit der aktuellen Situation betont, welche sie im laufenden Medizinstudium erlebten und deren Veränderung sie erst mit dem Wechsel in den klinischen Studienabschnitt erwarteten. Deutsche Medizinstudierende berichteten hingegen von weniger harschen Konsequenzen einer passiven Vorgehensweise bei der Netzwerkbildung. So betonte beispielsweise SN7 zwar, dass sie in Gruppen „reingerutscht“ sei, allerdings wurde im weiteren Interviewverlauf deutlich, dass diese passive Vorgehensweise sehr wohl zu einem Wachstum des eigenen Netzwerks sowie zu vielfältigen Ressourcen führte. Und auch ihre Grundhaltung wirkte positiv gegenüber der Gruppe der Medizinstudierenden als Gesamtheit, welche eher durch Offenheit wahrgenommen wurde. Im Gegensatz dazu standen Berichte von internationalen Medizinstudierenden, welche solche Offenheit seltener benannten und vereinzelt auch vom sozialen Ausschluss im Semester berichteten. Wengleich dieser - wie im Fall von SN15 - teilweise reflektiert und auf konkrete Probleme einzelner Personen bezogen wurde, so verdeutlichten sie ein grundsätzliches Bewusstsein für die begrenzte eigene Kontrolle über solche Gruppendynamiken.

Zitat 43 - SN24, weiblich, Nicht-EU, Naher Osten

Ich [...] hatte schon das Gefühl, dass manche nicht so unbedingt was [mit uns internationalen Medizinstudierenden] machen wollten. Manche Leute, die uns als Gruppe kannten. Zum Beispiel, naja, dass [die Deutschen] alle [...] eingeladen wurden zum Geburtstag, nur ich zum Beispiel nicht.

Zitat 44 - SN15, weiblich, EU, Osteuropa

SN15: Wir hatten Praktikum in Biochemie. Und da hatten wir in der Gruppe einen Jungen, der war aus [Land im Nahen Osten]. Und der konnte nicht so gut Deutsch sprechen und meine Kommilitonen haben ihn ein bisschen entfernt aus die Gruppen. Wir sollten Gruppenarbeiten, aber er war so ein bisschen an der Seite geschoben.

I: Von sich aus? Oder von den deutschen Kommilitonen?

SN15: Von den Deutschen [...], ja. Aber ich habe es gemerkt. Es ist nicht [...], weil er nicht Deutsch konnte, sondern weil ER wollte nicht so viel helfen und machen. Und er wusste auch nicht so viel was los war. Und deshalb hat er sich eigentlich alleine ausgeschlossen aus dieser Gruppe. Denn für mich ging es ja eigentlich auch fast leicht und ich habe mich ganz gut mit allen verstanden und ich hatte kein Problem. [...] Ist nur die Person wichtig. Nicht, woher sie kommt. Und ob sie Deutsch ist oder Ausländer. Also, ob sie aus dem Ausland kommt. Ist nur die Person ist wichtig.

7 Diskussion

Anhand der Untersuchungsergebnisse wurde grundsätzlich deutlich, dass deutsche und internationale Medizinstudierende in Rostock ihre persönlichen Netzwerke im Studium sehr unterschiedlich bewerteten. Insgesamt imponierte der Gegensatz zwischen den sehr positiven Eindrücken von deutschen Studierenden hinsichtlich ihrer persönlichen Netzwerke und deren Nutzen sowie den deutlich negativer geprägten Eindrücken bei internationalen Studierenden. Dies bestätigt im Grundsatz Vorannahmen aus der Literatur, wonach die soziale Integration bei internationalen Medizinstudierenden offenbar problembehaftet ist. Während allerdings eine grundlegende Unterscheidung zwischen deutschen und internationalen Medizinstudierenden bereits vermutet wurde, trat in den Ergebnissen die weitere Differenzierung zwischen Studierenden aus dem EU und dem Nicht-EU Ausland hervor. Darüber hinaus wurden Mechanismen deutlich, welche der unterschiedlichen Wahrnehmung bei deutschen und internationalen Studierenden zugrunde liegen. Diese Differenzierung zwischen den drei Vergleichsgruppen soll im Folgenden durch die theoretische Linse der Theorien der Sozialen Identität sowie des Sozialen Kapitals betrachtet und diskutiert werden.

7.1 Bildung und Erhaltung von Netzwerken

Wie in den Interviews deutlich wurde, markierte der Beginn des Medizinstudiums für die Mehrzahl der Studierenden einen neuen Lebensabschnitt, der sowohl mit dem persönlichen Erfolg der Studienplatzzusage als auch den Herausforderungen des neuen Studiums verbunden war. Viele trafen hier erstmals auf ihre neuen KommilitonInnen, welche sie eingangs nur anhand weniger Merkmale einschätzen konnten. Wie die Ergebnisse verdeutlichten, gewann in diesem Setting die Wahrnehmung von Gemeinsamkeiten anhand von oberflächlichen Eigenschaften wie dem Status als Medizinstudierende an Relevanz. Ausgehend von der Theorie der Sozialen Identität von Tajfel und Turner (1979) sowie der Theorie der Selbstkategorisierung von Turner et al. (1987), wurde durch dieses Erleben die soziale Identität als Medizinstudierende salient. Die Einordnung in die Gruppe der Medizinstudierenden erfolgte dadurch, dass die Studierenden diese Gruppe im Kontext des Medizinstudiums für relevant bewerteten und sie ein positiv konnotiertes Selbstbild für Medizinstudierende darstellte. Ebenso ermöglichte sie eine sehr klare Abgrenzung zu anderen Gruppen, wobei hier insbesondere die Grenzziehung zu Studierenden anderer Fachrichtungen hervorstach.

Auch die beschriebene Zuordnung von Studierenden aus dem EU und Nicht-EU Ausland zu einer Gruppe anhand des Merkmals der ausländischen Staatsangehörigkeit in einem deutschen Medizinstudium muss vor dem Hintergrund der Theorien der Sozialen Identität interpretiert

werden. Es handelt sich hierbei um eine soziale Identität, welche sich sehr früh im Studium herausbildete und die vor allem jene internationalen Medizinstudierenden betraf, die für ihr Studium erstmals migrierten. Ihr Erleben von Fremdheit in einer neuen sprachlichen und kulturellen Umgebung war für sie eine ungewohnte und herausfordernde Erfahrung. Folglich führte das Erkennen einer gemeinsam erlebten Fremdheit unter internationalen Studierenden zu einem positiv empfundenen Gefühl der Verbundenheit. Somit stellte die Einordnung als ausländische Studierende initial ein positives Selbstbild dar, welches darüber hinaus auch Zugang zu spezifischer Unterstützung unter internationalen Medizinstudierenden in Rostock ermöglichte. Dabei wurde in den Ergebnissen deutlich, dass zum Studienstart die beiden sozialen Identitäten als Medizinstudierende und als internationale Studierende entsprechend Livilles Theorie der Selbstkomplexität (Linville, 1985) noch sinnvoll miteinander in Verbindung gebracht werden konnten.

In den Interviews wurde allerdings ein Wandel der Stimmung unter den Studierenden im Verlauf des ersten Semesters beschrieben, wobei eine initiale kooperative Mentalität unter Studierenden durch eine zunehmende Leistungs- und Konkurrenzorientierung abgelöst wurde. Dieser Wandel und seine Auswirkungen können anhand von Bourdieus Theorie der Praxis (Bourdieu, 1979) interpretiert werden, wobei der zunehmende akademische Leistungsdruck, die Fokussierung auf individuelle Studienleistungen und die intensive Interaktion im Studium das soziale Feld in der medizinischen Ausbildung zum Ausdruck brachten. Die Studierenden waren in diesem Feld mit Strukturen (z.B. das generelle Curriculum und spezifische Lehrformate) und anderen Personen (z.B. KommilitonInnen) konfrontiert, welche ihre Grundannahmen von sozialem Prestige, Zielen, Umgangsformen und Rollen unter Medizinstudierenden prägten und dadurch einen Habitus als Medizinstudierende formten. Die Aussagen von Studierenden zur Ökonomisierung ihrer sozialen Kontakte im Studium sind daher nicht allein unter dem Aspekt zu sehen, dass sie objektiv nur noch wenig Zeit für soziale Kontakte hatten. Stattdessen zeigte sich hier ein Habitus unter Medizinstudierenden, anhand dessen nicht nur die Passung von Persönlichkeiten, sondern auch das Prestige und der praktische Nutzen sozialer Kontakte im Feld der medizinischen Ausbildung bewertet wurden. Die Studienleistung wirkte als ein wichtiger Indikator für den Nutzen und das soziale Prestige unter Medizinstudierenden bei der Beurteilung der eigenen Position im Jahrgang.

Das schlechtere akademische Abschneiden einzelner internationaler Medizinstudierender wirkte sich dabei nicht nur auf ihre eigene Attraktivität als KontaktpartnerInnen aus, sondern

überstrahlte die gesamte Gruppe der internationalen Studierenden. Diese waren zudem aufgrund der Mehrheitsverhältnisse in den Jahrgängen leicht zu identifizieren. Ihr Prestigeverlust im Medizinstudium erschwerte somit die Neubildung von Kontakten.

Die initial positive Wahrnehmung einer sozialen Identität als Medizinstudierende sowie als internationale Studierende wandelte sich so im Verlauf und es kam bei vielen internationalen Studierenden zu einem Konflikt innerhalb der neuen sozialen Identitäten. So entsprachen internationale Studierende in ihren akademischen Leistungen und Habitus im Studienverlauf offenbar nicht den gängigen Vorstellungen der idealtypischen Medizinstudierenden in ihren Jahrgängen. Darüber hinaus erfuhr die Zugehörigkeit zur Gruppe der internationalen Studierenden insgesamt eine gewisse Abwertung, da sie zunehmend mit negativen Aspekten von Isolation und sprachlichen Barrieren assoziiert wurde.

Internationale Studierende erlebten nun negative und inkonsistente Selbstbilder, welche sie in der Folge zu vermeiden versuchten. Dies wurde besonders bei jenen internationalen Studierenden deutlich, die versuchten, sich in den Interviews von anderen internationalen Studierenden abzugrenzen. Hier fielen insbesondere die internationalen Studierenden auf, die in einem akademischen Mittelfeld anzusiedeln waren und oftmals aus Ländern der EU stammten. Sie differenzierten stärker zwischen den Nationalitäten der internationalen Studierenden, wobei vor allem arabischsprachige Länder außerhalb der EU betont und mit den negativen Studienleistungen assoziiert wurden. Auch fand sich bei ihnen eine verhältnismäßig stärkere Betonung der sozialen Identität als Medizinstudierende, welche als verbindendes Element zu deutschen Studierenden gesehen wurde. Sie vermieden so eine Abwertung ihres Selbstbilds durch die Betonung der Identität als Medizinstudierende und die Verschiebung der negativen Assoziationen auf eine Untergruppe von internationalen Studierenden.

Doch auch die Handlungen von internationalen Studierenden aus dem Nicht-EU Ausland können durch die Perspektive auf das Selbstbild interpretiert werden. So war für einige von ihnen der Abgleich der eigenen Studiensituation (beispielsweise gekennzeichnet durch geringe Studienleistungen) mit dem Ideal der Medizinstudierenden (meist gekennzeichnet durch gute Studienleistungen) mit einer Abwertung ihres Selbstbilds innerhalb der sozialen Identität als Medizinstudierende verbunden. Die folgende Betonung der sozialen Identität als internationale Studierende anstatt der sozialen Identität als Medizinstudierende konnte hier als Vermeidung dieses Abgleichs und der daraus folgenden Abwertung gewertet werden. Internationale Studierende erlebten so ein konsistentes Selbstbild mit anderen internationalen KommilitonInnen, da ein Großteil dieser internationalen Studierenden ebenfalls geringere Studienleistungen vorwies

und somit zum Regelfall wurde. So ermöglichten die abgrenzenden Handlungen von internationalen Studierenden möglichst konsistente, aber aus Sicht des Medizinstudiums nicht immer allzu positive Selbstbilder. Hieraus erwuchs möglicherweise eine Konsolidierung und Unveränderbarkeit der unterschiedlichen sozialen Identitäten, wie SN5 in dem Zitat 13 andeutete. So könnten Änderungen oder Zusammenführung der eigenen sozialen Identitäten langfristig dadurch erschwert sein, dass die idealtypischen Rollenbilder der sozialen Identitäten als internationale Studierende und als Medizinstudierende als gegensätzlich wahrgenommen werden.

7.2 Zusammensetzung und Nutzung von Netzwerken

Die Zusammensetzung und die Nutzung der persönlichen Netzwerke ist besonders bei der Interpretation anhand von Bourdieus Theorie des sozialen Kapitals von besonderer Wichtigkeit (Bourdieu, 1983). Wie der vorhergehende Abschnitt verdeutlichte, erlebten deutsche und internationale Studierende Gruppenidentitäten im Medizinstudium unterschiedlich. Das beeinflusste auch die persönlichen Netzwerke, die im Studienverlauf aufgebaut und erhalten wurden; mit der Folge, dass sie auf unterschiedliche Art und in unterschiedlichem Maße für das Medizinstudium genutzt werden konnten. Alle Studierenden haben entsprechend der sozialen Integration einen hohen Stellenwert beigemessen. Wenngleich dabei der Kapitalbegriff nicht explizit fiel, wurde trotzdem deutlich, dass sie durch ihre persönlichen Netzwerke im Studium auf Ressourcen und damit auf soziales Kapital zugreifen konnten.

Bei der Betrachtung der konkreten Formen dieses sozialen Kapitals wurden Ressourcen begutachtet, welche an soziale Beziehungen geknüpft waren. Hierfür wurde auf Aussagen der Studierenden sowie auf die Strukturen und Funktionen ihrer Netzwerke zurückgegriffen. Dabei wurden insbesondere konkreten Ressourcen für das Medizinstudium erwartet, wobei praktische Hilfen im Studienalltag u.a. in Form von fachlichen Ratschlägen, Gruppenlernen oder Altfragen im Fokus standen. Interessanterweise verdeutlichten die Ergebnisse aber, dass es keine größeren Unterschiede zwischen deutschen und internationalen Studierenden beim Zugang zu Lernmaterial (z.B. in Form von Altfragen) gab. Dies könnte durch online Austauschplattformen (z.B. die Mediathek der Fachschaft Medizin oder die *Facebook* Gruppen der einzelnen Jahrgänge) begründet sein, deren niederschwelliger Zugang allen Medizinstudierenden offen steht. Ganz im Gegensatz hierzu stand die besondere Betonung des emotionalen Beistands und die Motivation zum Fortführen des Studiums bei akademischen Rückschlägen unter den Studierenden als die wichtigsten studienrelevanten Ressourcen. In den geführten Interviews wurde zwar bei fast allen Studierenden ein Bewusstsein für den grundlegenden Nutzen von persönlichen Netzwerken und dem darin innewohnenden sozialen Kapital gefunden, jedoch stellte sich bei

der Verteilung dieses Kapitals ein erhebliches Ungleichgewicht zwischen deutschen, EU und Nicht-EU Studierenden heraus. Mit Blick auf die Zusammensetzung der Netzwerke wurde klar, dass diese bei internationalen Studierenden in ihrer sprachlichen und kulturellen Zusammensetzung deutlich heterogener waren als jene von deutschen Studierenden. Insbesondere im Fall des *Alteri-Medizinstud.* Netzwerks zeigte sich, dass Nicht-EU Medizinstudierende deutlich seltener Kontakte zu deutschsprachigen Studierenden unterhielten.

Dass bei der Betrachtung der drei Vergleichsgruppen die Differenzierung zwischen EU und Nicht-EU Studierenden relevant ist, verdeutlicht der Blick auf die Netzwerkgrößen und Netzwerkdichten. Während deutsche und EU Studierende sehr ähnliche Ergebnisse zeigten, imponierten die deutlich kleineren Netzwerke bei Nicht-EU Studierenden. Die geringere Anzahl an Alteri in den Netzwerken hatte entsprechend negative Auswirkungen auf die Fülle an Ressourcen, welche Nicht-EU Studierenden erreichen konnten. Vor dem Hintergrund, dass der emotionale Beistand durch andere Studierende in den Interviews als besonders wichtig galt, ist auch die geringere Dichte im *Alteri-Medizinstud* Netzwerk bei internationalen Studierenden bemerkenswert. Das zeigte sich auch in der Betrachtung der häufig isolierten Alteri in den einzelnen *Alteri-Medizinstud* Netzwerken der internationalen Studierenden. Diese boten vermutlich ein geringeres Maß an emotionalem Beistand als die dicht verknüpften *Alteri-Medizinstud* Netzwerke bei deutschen Studierenden.

Nicht zuletzt ermöglichen die konkreten studienrelevanten Funktionen bestimmter Alteri in den Netzwerken der interviewten Studierenden einen direkten Blick auf die Menge des sozialen Kapitals dieser Studierenden. Auch hier fiel das ausgeprägte Gefälle zwischen deutschen und internationalen Studierenden auf, wobei insbesondere die Nicht-EU Studierenden im Fokus standen. Sie besaßen anteilig die geringsten Funktionen unter ihren Alteri. Darüber hinaus hatten sie sogar außerordentlich viele Alteri in ihren Netzwerken, die in ihnen negative Gefühle auslösten. Besonders eindrücklich sind hier jene Kontakte zu internationalen Studierenden höherer Semester. Diese besaßen, im Gegensatz zu entsprechenden Kontakten unter deutschen Studierenden, als RepetentInnen keine Informationsvorteile. Stattdessen wurden sie oftmals als demotivierend wahrgenommen und hemmten internationale Studierende so zusätzlich bei der Bewältigung ihrer Studienaufgaben.

In der Gesamtsicht der Ergebnisse wird so deutlich, dass insbesondere Nicht-EU Studierende über deutlich weniger soziales Kapital im Medizinstudium verfügten als deutsche Studierende. EU Studierende schienen hingegen zwischen diesen beiden Gruppen zu stehen, was sich bereits in deren Aussagen zur Bildung und Erhaltung der Netzwerke zeigte.

7.3 Erweiterung von Lovells Modell

Angesichts der deutlichen Unterschiede zwischen deutschen und internationalen Medizinstudierenden bei der Bildung und Erhaltung persönlicher Netzwerke im Medizinstudium muss das von Lovell vorgeschlagene Modell zur Gruppendynamik in Gemeinschaften oder *Communities* von Medizinstudierenden (Lovell, 2015) re-evaluiert und erweitert werden. Während es zwar die allgemeinen Wirkmechanismen der Gruppenbildung unter Medizinstudierenden treffend beschreibt, suggeriert es in seiner aktuellen Form die alleinige Existenz einer unterstützenden und inklusiven Gemeinde von Medizinstudierenden auf Basis einer geteilten sozialen Identität als Medizinstudierende. Dieser Aspekt des Modells kann angesichts der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung nicht undifferenziert bleiben. So betreffen bestimmte Elemente von Lovells' Modell alle Medizinstudierenden auf ähnlich Weise, während andere Elemente offenbar unterschiedlich auf Medizinstudierende der Mehrheits- und Minderheitsgruppen wirken.

Insbesondere jene Elemente in Lovells' Modell, welche Medizinstudierende von anderen Gruppen trennen, betreffen im Grundsatz praktisch die Gesamtheit der Medizinstudierenden. Hierzu gehören die erzwungene Isolation von Medizinstudierenden durch externe Rahmenbedingungen (z.B. die räumliche Trennung von anderen Fachbereichen der Universität) und die Selbstisolation durch interne Wahrnehmungen (z.B. fehlende Anknüpfungspunkte zu Studierenden anderer Fachbereiche aufgrund unterschiedlicher Studienerfahrungen). Beide Umstände sind durch Lehrinhalte und Studienstrukturen bedingt und nur marginal durch die Studierenden beeinflussbar. Anders verhält es sich mit den Elementen der Unterstützung und Bewertung, in denen Lovell primär die Interaktion zwischen Medizinstudierenden sieht. Beide sind für Lovell voneinander unabhängig und wirken sowohl aus der *community* oder *Gemeinschaft* der Medizinstudierenden heraus, als auch wieder in diese hinein.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigten allerdings, dass der Zugang zu dieser Gemeinschaft bereits durch den Akt der Bewertung streng reguliert ist und nicht allen Studierenden gleichermaßen offensteht. Halten einzelne Medizinstudierende dieser Bewertung hinsichtlich ihrer sozialer Rollen, der Gruppenzugehörigkeit oder dem erwarteten Nutzen für die Gruppe nicht stand, so werden sie nicht im gleichen Maße wie andere Medizinstudierende in die Gemeinschaft aufgenommen. Es kommt somit zu einer Zweiteilung der medizinischen Studierendenschaft, der in Lovells' Modell Rechnung getragen werden muss. Entsprechend sollte zusätzlich der Begriff der *Gesellschaft* von Medizinstudierenden eingeführt werden, welcher weiter gefasst ist und alle Medizinstudierenden erfasst. Im Kern dieser Gesellschaft ist dann die von Lovell benannte Gemeinschaft verortet, welche eine Auswahl an Medizinstudierenden be-

inhaltet. Medizinstudierende, welche den Bewertungskriterien dieser Gemeinschaft nicht standhalten, existieren als Randgruppen in der weiter gefassten Gesellschaft von Medizinstudierenden. Als Randgruppen verfügen sie zwar noch über einen gewissen Zugriff auf die von Lovell beschriebene Unterstützung der Gemeinschaft, doch das Ausmaß dieser Unterstützung ist begrenzt. Darüber hinaus verfügen sie von ihrer peripheren Position aus nicht über ausreichende Möglichkeiten, die Bewertungskriterien der Gemeinschaft im Kern mitzugestalten. Diese Bewertungskriterien orientieren sich weiterhin an einer prototypischen Normalität und Idealen der Medizinstudierenden im Kern der Gemeinschaft. Die oben beschriebene Regulation des Zugangs zu dieser Gemeinschaft führt so zur wiederkehrenden Reproduktion dieser Normalität und Ideale, so dass auch die Bewertungskriterien für neue Medizinstudierende sich stets erneuern.

Erschwerend kommt hinzu, dass praktisch alle Medizinstudierenden innerhalb der Gesellschaft und der Gemeinschaft als deren Kern von den isolierenden Elementen in Lovells' Modell betroffen sind. Randgruppen von Medizinstudierenden sehen sich damit nicht allein mit einem Defizit an Unterstützungs- und Gestaltungsmöglichkeiten innerhalb ihrer Gesellschaft konfrontiert, sondern ebenfalls mit einer inhaltlichen und räumlichen Trennung gegenüber anderen Gruppen (beispielsweise Studierenden anderer Fachgebiete). Dadurch stehen ihnen nur begrenzte alternative Kontaktoptionen außerhalb ihres Studiums zur Verfügung.

7.4 Einordnung in die bestehende Literatur

In der vorliegenden Untersuchung wurden erstmals an einer deutschen medizinischen Fakultät die sozialen Netzwerke bei deutschen und internationalen Medizinstudierenden im Detail erfasst und analysiert. Dabei wurden vorbestehende Ergebnisse aus deutschen Studien mit dem vergleichsweise neuen methodischen Ansatz der sozialen Netzwerkanalyse reproduziert und erweitert. In Erweiterung zu der reinen Fragebogenuntersuchung von Kurré et al. (2011), welche eine geringere Integration und gefühlte soziale Unterstützung von Medizinstudierenden mit Migrationshintergrund an einer deutschen Universität fand, konnte hier ein detailreicher Einblick in die konkreten sozialen Netzwerke dieser Medizinstudierenden geworfen werden. Dabei wurden auch die jeweiligen Formen der sozialen Unterstützung bei internationalen und deutschen Medizinstudierenden beobachtet. Die Untersuchung erweitert darüber hinaus die Erkenntnisse aus den Arbeiten von Huhn et al., welche die Leistungsunterschiede von deutschen und internationalen Medizinstudierenden (Huhn et al., 2014; Huhn et al., 2017) sowie deren Sorgen zum Studienstart (Huhn et al., 2016) untersuchten. Jene Sorgen erhalten mit der vorliegenden Untersuchung eine konkrete Begründung und Validierung.

Vergangene Untersuchungen fanden eine Assoziation zwischen dem Grad der sozialen Integration von Studierenden und deren Studienleistungen. Insbesondere bei Gesamtnetzwerkanalysen konnte dieser Zusammenhang auch bei Medizinstudierenden gezeigt werden (Hommes et al., 2012). Die Gründe hierfür wurden allerdings nicht sicher identifiziert. Die vorliegende Untersuchung untermauert nun die Vermutung, dass der Zugang zu studienrelevanten Ressourcen wie emotionale Unterstützung im Studium über soziale Netzwerke eine Erklärung dieser Verbindungen sein kann.

Mit Blick auf die internationale Literatur kann die vorliegende Untersuchung ebenfalls an Studien anschließen und diese erweitern. Hier müssen die Arbeiten von Vaughan et al. (2015) und Woolf et al. (2012) betont werden, welche zeigen konnten, dass sich soziale Kreise in medizinischen Jahrgängen entlang der sozialen, ethnischen und kulturellen Zugehörigkeit von Studierenden abgrenzen. Die vorliegende Untersuchung erlaubt nun einen tieferen Einblick in diese Prozesse bis auf die Ebene einzelner Individuen. Dabei ermöglicht die genutzte theoretische Linse der sozialen Identität und des sozialen Kapitals letztlich eine kritische Würdigung und Weiterentwicklung von Lovells Modell der Gruppendynamiken unter Medizinstudierenden (Lovell, 2015). So wurden deutliche Hinweise gefunden, die Lovells' These einer solidarischen Gemeinschaft aus Medizinstudierenden widersprechen. Stattdessen scheint eine differenzierte Betrachtung der Zugangsmöglichkeiten zu dieser Gemeinschaft angebracht.

7.5 Limitationen

Die vorliegende Untersuchung zeichnet sich durch einen qualitativen Fokus mit großer Detailtiefe in der Analyse aus. Darüber hinaus ermöglicht sie durch die Perspektive auf die sozialen Netzwerke einen neuen methodischen Ansatz bei dem Vergleich von deutschen und internationalen Medizinstudierenden. Neben den Vorteilen dieser speziellen Konzeption und Gestaltung der Untersuchung, gehen auch eine Reihe von Limitationen einher, die bei der Interpretation und Übertragung der Ergebnisse beachtet werden sollten.

Erstens handelt es sich um eine Querschnittstudie, bei der zu einem einzigen Zeitpunkt Daten erfasst wurden. Die Veränderungen in der Wahrnehmung der Studienteilnehmenden zur Bildung ihrer Netzwerke wurden daher aus ihren retrospektiven Aussagen abgeleitet. Folgeuntersuchungen können durch ein longitudinales Design die Validität dieser Aussagen zu zeitlichen Veränderungen erhöhen.

Es handelte sich zweitens um eine explorative Untersuchung, bei der auf eine theoriegeleitete Rekrutierung und Datenerhebung geachtet wurde, um so die erwartete Grundgesamtheit in ihrer

kompletten inhaltlichen Vielfalt abzubilden. Die Ergebnisse spiegeln damit Ausprägungen innerhalb der Grundgesamtheit wider, erlauben aber keine Aussage über die statistische Verteilung dieser Ausprägungen. Folgestudien können durch einen stärkeren quantitativen Ansatz die Verteilung der Aussagen dieser Untersuchung über unterschiedliche Standorte erfassen.

Drittens fiel bei der Rekrutierung der Teilnehmenden auf, dass die Ansprache von internationalen Medizinstudierenden erschwert war. Es fanden sich auch insgesamt eher leistungsschwache internationale Studierende in der Stichprobe. Darüber hinaus verdeutlichten die Aussagen von einigen der internationalen Medizinstudierenden, dass es unter ihnen Gefühle der Unsicherheit und Angst hinsichtlich der Interaktion innerhalb des Studiums gab. Dies kann internationale Studierende von der Studienteilnahme abgehalten und so den Einbezug ihrer Sichtweisen verhindert haben. Gleichwohl erkannte man in den Aussagen der teilnehmenden internationalen Studierenden einen deutlichen Unterschied zu ihren deutschen KommilitonInnen. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass diese Unterschiede grundsätzlich vorhanden sind, aber in ihrer Stärke nicht ideal beurteilt werden konnten. Auch hier bietet ein quantitativer Ansatz mit niedriger Teilnahmeschwelle die Chance, die Aussagen dieser Studie weiter zu validieren und zu präzisieren.

Viertens müssen die Rahmenbedingungen des eigentlichen Forschungsprozesses bei der Interpretation bedacht werden. So handelt es sich um eine Qualifikationsarbeit bei der neben methodischen auch forschungspraktische Gesichtspunkte relevant waren. Es wurde bewusst von einer komplett theoriegeleiteten Datenerhebung im Sinne der Grounded Theory leicht abgewichen, um eine Planbarkeit des Forschungsvorhabens zu ermöglichen. Dabei wurde allerdings eine inhaltliche Sättigung der 27 Interviews erreicht, was für eine ausreichende Datengrundlage spricht (Merkens, 2013; Strauss & Corbin, 2003). Hinsichtlich der theoretischen Sensibilität gegenüber dem Forschungsgegenstand, wie sie innerhalb der Grounded Theory Methodologie gefordert wird, wurde in dieser Untersuchung eine pragmatische Herangehensweise gewählt. So war eine moderate Auseinandersetzung mit thematischer Literatur zur Studien- und Lebenssituation von internationalen Medizinstudierenden für die Planung und Durchführung der Untersuchung unerlässlich. Um hier einer Voreingenommenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand entgegenzuwirken, wurde der Forschungsprozess engmaschig innerhalb der Forschungsteams supervidiert. Erst im späteren Verlauf der Datenanalyse wurden vermehrt sozial- und bildungswissenschaftliche Theorien für die eigene Theoriebildung herangezogen und in diese integriert.

Schlussendlich gilt es bei der Übertragung der Ergebnisse auf andere Standorte, die Rahmenbedingungen des Medizinstudiums in Rostock zu bedenken. Rostock ist eine Großstadt der

neuen Bundesländer. In der Demographie der Hansestadt zeigt sich im Vergleich zu den großen Metropolregionen ein deutlich geringerer Anteil internationaler BürgerInnen, was die Bewertung des Lebensumfelds durch internationale Medizinstudierende beeinflussen kann. Insbesondere der Aspekt des *Fremdseins* mag an Standorten mit einer größeren kulturellen Vielfalt der Bevölkerung anders bewertet werden. Darüber hinaus existiert aktuell kein spezifisches Angebot für internationale Medizinstudierende in Rostock, welches sie bei der Ankunft, der Integration und der Bewältigung der speziellen Studiehürden als internationale Medizinstudierende unterstützt.

8 Ausblick

Anhand der vorliegenden Untersuchung lässt sich schlussfolgern, dass soziale Integration bei internationalen Medizinstudierenden zwar wichtig, aber nicht leicht zu erreichen ist. So fanden deutsche und internationale Medizinstudierende unter den Bedingungen des Rostocker Medizinstudiums nur selten spontan zueinander. Darüber hinaus zementierte sich diese Distanz im weiteren Studienverlauf. Gelänge es aber, sie abzubauen, würde der zu erwartende Nutzen bedeutsam sein. Insbesondere mit Blick auf die Studienprobleme bei internationalen Medizinstudierenden, bietet deren verstärkte Integration in die Studierendenschaft großes Potenzial. Dadurch könnten mehr Ressourcen innerhalb der Studierendenschaft auch durch internationale Medizinstudierende für ihren Studienerfolg genutzt werden. Dies könnte wiederum den Bedarf für kostenintensive Tutorien und andere fachliche Unterstützungsangebote an medizinischen Fakultäten reduzieren. Darüber hinaus können Fakultäten von höheren Quoten an AbsolventInnen sowie einer besseren Außendarstellung und Attraktivität gegenüber neuen StudieninteressentInnen profitieren. Auch hinsichtlich des interkulturellen Lernens, was im Zusammenhang mit der Internationalisierung der Universitäten häufig genannt wird, sind Vorteile zu erwarten. Beispielsweise ermöglicht erst die verstärkte Integration von internationalen Medizinstudierenden in die medizinischen Studierendenschaft solche Lernprozesse (Knipper & Putz, 2016). Durch einen regelmäßigen Austausch mit internationalen Medizinstudierenden haben deutsche Medizinstudierende die Möglichkeit, andere Kulturen sowie die damit assoziierten Denkmuster, Einstellungen und Weltanschauungen bereits während ihres Studiums in Deutschland kennenzulernen. Dies ist einerseits sinnvoll für den Abbau von Stereotypen und Vorurteilen, aber ebenfalls für einen reflektierten Umgang mit Fremdartigkeit. Das dient nicht zuletzt der medizinischen Ausbildung und Versorgung, da bereits heute ein großer Teil der Kontakte zu PatientInnen über sprachliche und kulturelle Grenzen hinweg passiert. Medizinstudierende haben so bereits während ihres Studiums die Chance, transkulturellen Erfahrungen in einem geschützten Rahmen zu machen (Knipper & Putz, 2016; Mews et al., 2018b).

Wie die Integration von deutschen und internationalen Medizinstudierenden erfolgreich organisiert werden kann, hängt sicher in hohem Maße von den unterschiedlichen lokalen Gegebenheiten der medizinischen Fakultäten in Deutschland ab. Nichtsdestotrotz können anhand der vorliegenden Arbeit einige grundsätzliche Empfehlungen ausgesprochen werden. Hierbei spielt insbesondere die diskutierte Erweiterung von Lovells' Modell sowie das Erleben einer gemeinsamen Gruppenidentität als Medizinstudierende eine zentrale Rolle. Diese kann als übergeordnete Identität inklusiv auf alle Medizinstudierenden unabhängig von ihren sprachlichen und kulturellen Hintergründen wirken und sollte daher reflektiert und gefördert werden. Besonders

eindrucksvoll zeigt sich dies in der erfolgreichen internationalen Zusammenarbeit unter Medizinstudierenden im Rahmen der Internationalen Vereinigung der Medizinstudierendengesellschaften (IFMSA).

Vor diesem Hintergrund sollten medizinische Fakultäten und Studierendenschaften grundsätzlich die Strukturen des Medizinstudiums hinsichtlich ihrer kulturellen Offenheit und der impliziten Erwartungen an die Studierenden überdenken (Astfalk et al., 2018). Diese Strukturen sollten dabei so ausgelegt sein, dass sie das sinnvolle Erleben einer gemeinsamen und gleichwertigen Gruppenzugehörigkeit bei deutschen und internationalen Medizinstudierenden unterstützen. Dabei gilt es, kulturelle Unterschiede nicht auszublenden oder zu neutralisieren, sondern diese zu reflektieren und die Studienstrukturen hierfür offen zu gestalten (Schulze et al., 2018). Mögliche Konflikte zwischen den unterschiedlichen sozialen Identitäten von Medizinstudierenden können so thematisiert und idealerweise gelöst werden.

Ein gutes Beispiel hierfür sind Willkommensveranstaltungen der Studierendenschaften. Sie können durch das gemeinsame Erleben einer Zugehörigkeit zur Gruppe der Medizinstudierenden die neue soziale Identität als Medizinstudierende stärken. In Abhängigkeit lokaler TeilnehmerInnenzahlen und Hürden für internationale Studierende kann es sinnvoll sein, bestehende Veranstaltungen zu re-evaluieren und anzupassen. Eine Reihe von Unterstützungsangeboten an medizinischen Fakultäten konnte so bereits erfolgreich konzipiert werden (Id, Paulmann, Dudzinska & Gutenbrunner, 2012; Schulze et al., 2018; Zhang et al., 2016).

Auch die Lehre im Medizinstudium ist vielerorts auf klassische Lehrformate und -inhalte in Form von Vorlesungen, Seminaren und Klausuren fokussiert. Eine frühzeitige Ergänzung mit Inhalten, bei denen internationale Medizinstudierende durch ihr kulturelles Wissen eine zentrale Rolle spielen können, kann deren Position innerhalb ihrer Jahrgänge stärken. Ein Beispiel hierfür sind die Veranstaltungen *intermed - Interkulturelle Kompetenz und internationale Medizin* des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Mews et al., 2018a). Angesichts der Relevanz von Prestige und akademischer Leistungsfähigkeit für die Attraktivität von sozialen Kontakten, sollten auch sprachliche und fachliche Tutorien für internationale Medizinstudierende re-evaluiert werden. Diese sollten eine Balance finden zwischen der Stärkung der Studien- und Leistungsfähigkeit der internationalen Medizinstudierenden sowie der damit meist einhergehenden Verstärkung der Defizitorientierung gegenüber jenen Studierenden (Schulze et al., 2018). Letztlich scheinen Tutorien mit einem multimodalen Ansatz durch die Vermittlung von sprachlich-fachlichen und interkulturell-kommunikativen Inhalten das Potential zu besitzen, internationale Medizinstudierende in ihrem Studium positiv zu beeinflussen (Huhn et al., 2015; Marmon, Arnold, Maaz, Schumann & Peters, 2018).

Wenngleich die vorliegende Untersuchung einen tiefen Einblick in die Gruppenprozesse bei internationalen und deutschen Medizinstudierenden bietet, bleiben darüber hinaus noch diverse Fragen unbeantwortet. So fällt eine gewisse Diskrepanz zwischen der Bewertung der Netzwerksressourcen bei internationalen Studierenden aus dem EU-Ausland sowie dem Nicht-EU-Ausland auf. Auch die wiederholte Betonung spezifischer Sprach- und Kulturräume (u.a. der arabische Sprachraum) bei der Unterscheidung zwischen Medizinstudierenden aus EU und Nicht-EU Ländern konnte nicht weiter hinterfragt werden. Hier bedarf es einer weiteren Differenzierung sowie der Abklärung möglicher Effekte und Ursachen. Auch die weitere quantitative Beurteilung der sozialen Integration auf Basis der vorliegenden Untersuchung erscheint sinnvoll, um so ein Verständnis für die quantitative Verteilung von Integrationsproblemen zu erhalten. Dies ist nicht zuletzt für eine bedarfsgerechte Planung von Unterstützungsangeboten relevant. Letztlich ist in der deutschsprachigen medizinischen Ausbildung auch die qualitativ-quantitative Erforschung ganzer Jahrgänge im Sinne der Arbeiten von Hommes, Vaughan und Woolf sinnvoll (Hommes et al., 2012; Vaughan et al., 2015; Woolf et al., 2012). So kann der Fokus wieder von der Interaktion innerhalb einzelner Subgruppen von Medizinstudierenden hin zur Interaktion innerhalb ganzer Jahrgänge gelenkt werden.

9 Literaturverzeichnis

- Antonucci, T. C. (1986). Hierarchical mapping technique. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 10(4), 10–12.
- ApoBank Stiftung. (2017). *Bewerbung für ein Studium der Pharmazie & Medizin. Ein Leitfaden für Flüchtlinge*. Rostock. Zugriff am 24.01.2019. Verfügbar unter https://www.wiwi.uni-rostock.de/fileadmin/Institute/VWL/Lehrstuhl_Wakon/wakon-template/Leitfaden_Stand_11.12.2017.pdf
- Apolinarski, B. & Brandt, T. (2017). *Ausländische Studierende in Deutschland 2016. Ergebnisse der Befragung bildungsausländischer Studierender im Rahmen der 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt vom Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung* (Bundesministerium für Bildung und Forschung, Hrsg.). Berlin.
- Astfalk, T., Zhang, D., Pérez Anderson, R. P., Alhalabi, O. T. & Schulze, H. (2018). On center field or at the sidelines? - A plea for a multimodal approach between medical schools and medical student communities while integrating international medical students. *GMS Journal for Medical Education*, 35(5), Doc61.
- Bandini, J., Mitchell, C., Epstein-Peterson Z.D., Amobi, A., Cahill, J., Peteet, J., Balboni, T. & Balboni, M.J. (2017). Student and Faculty Reflections of the Hidden Curriculum: How Does the Hidden Curriculum Shape Students' Medical Training and Professionalization? *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 34(1), 57-63.
- Becker, H. S. (1961). *Boys in white. Student culture in medical school*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bellotti, E. (2015). *Qualitative networks. Mixing methods in social research*. London: Routledge.
- Benzie, H. J. (2010). Graduating as a 'native speaker'. International students and English language proficiency in higher education. *Higher Education Research & Development*, 29(4), 447–459.
- Berg, C. & Milmeister, M. (2011). Im Dialog mit den Daten das eigene Erzählen der Geschichte finden: Über die Kodierverfahren der Grounded-Theory-Methodologie. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 303–332). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Bernardi, L., Keim, S. & Lippe, H. von der (2006). Freunde, Familie und das eigene Leben. Zum Einfluss sozialer Netzwerke auf die Lebens- und Familienplanung junger Erwachsene-

- ner in Lübeck und Rostock. In B. Hollstein & F. Straus (Hrsg.), *Qualitative Netzwerkanalyse. Konzepte, Methoden, Anwendungen* (S. 359–390). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Blakey, H., Blanshard, E., Cole, H., Leslie, F. & Sen, R. (2008). Are medical students socially exclusive? A comparison with economics students. *Medical Education*, 42(11), 1088–1091.
- Borgatti, S. P., Everett, M. G. & Freeman, L. C. (2002). *Ucinet 6 for Windows: Software for Social Network Analysis* [Computer software]. Harvard, MA: Analytic Technologies.
- Borgatti, S. P., Everett, M. G. & Johnson, J. C. (2013). *Analyzing social networks*. Los Angeles: Sage.
- Bourdieu, P. (1979). *Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabyliischen Gesellschaft* (1. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, P. (1982). *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft* (1. Auflage). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Bourdieu, P. (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In R. Kreckel (Hrsg.), *Soziale Ungleichheiten* (Soziale Welt, Sonderband 2, S. 183–198). Göttingen: Schwartz.
- Breuer, F., Mey, G. & Mruck, K. (2011). Subjektivität und Selbst-/Reflexivität in der Grounded-Theory-Methodologie. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 427–448). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Brosnan, C. (2014). Medical Education and Pierre Bourdieu. In W. C. Cockerham, R. Dingwall & S. Quah (Hrsg.), *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Brosnan, C. (2010). Making sense of differences between medical schools through Bourdieu's concept of 'field'. *Medical Education*, 44(7), 645–652.
- Brosnan, C., Southgate, E., Outram, S., Lempp, H., Wright, S., Saxby, T. et al. (2016). Experiences of medical students who are first in family to attend university. *Medical Education*, 50(8), 842–851.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2008). *Deutschlands Rolle in der globalen Wissensgesellschaft stärken. Strategie der Bundesregierung zur Internationalisierung von Wissenschaft und Forschung*. Berlin.

- Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2018). *Wissenschaftsstandort Deutschland international hochattraktiv* (Pressemitteilung 062/2018). Zugriff am 14.01.2019. Verfügbar unter <https://www.bmbf.de/de/wissenschaftsstandort-deutschland-international-hochattraktiv-6569.html>
- Burford, B. (2012). Group processes in medical education: learning from social identity theory. *Medical Education*, 46(2), 143–152.
- Burford, B. & Rosenthal-Stott, H. E. S. (2017). First and second year medical students identify and self-stereotype more as doctors than as students: a questionnaire study. *BMC Medical Education*, 17(1), 209.
- Burkhart, S., Heublein, U. & Wank, J. (2011). *Bildungsinländer 2011. Daten und Fakten zur Situation von ausländischen Studierenden mit deutscher Hochschulzugangsberechtigung* (DAAD, Hrsg.). Bonn.
- Bussche, H. V.D., Wegschneider, K. & Zimmermann, T. (2006). Medizinische Fakultäten: Der Ausbildungserfolg im Vergleich (II). *Deutsches Ärzteblatt*, 103(34-35), A2225-8.
- Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland. (2019). *Die bvmd*. Selbstbeschreibung der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland auf ihrer Website. Zugriff am 07.04.2019. Verfügbar unter <https://www.bvmd.de/wer-wir-sind/die-bvmd/>
- Chenot, J. F., Simmenroth-Nayda, A. & Scherer, M. (2007). Medizinstudierende ausländischer Herkunft in Deutschland: eine Forschungslücke. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 24(1), Doc70.
- Coleman, J. S. (1990). *Foundations of social theory*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Costello, C. Y. (2010). *Professional identity crisis. Race, class, gender, and success at professional schools* (1. Auflage). Nashville, Tennessee: Vanderbilt University Press.
- Crossley, N., Bellotti, E., Edwards, G., Everett, M. G., Koskinen, J. & Tranmer, M. (2015). *Social network analysis for ego-nets*. Los Angeles: Sage.
- DAAD & DZHW. (2019). *Wissenschaft weltoffen 2019. Daten und Fakten zur Internationalität von Studium und Forschung in Deutschland. Fokus: Studienland Deutschland - Motive und Erfahrungen internationaler Studierender*. Bielefeld: wbv Media.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. (5. Aufl.). Marburg: Eigenverlag.
- Ferrel, V. K. (2017). A Culture of Supremacy in Medicine. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 92(8), 1071–1072. To the Editor.

- Flick, U. (2018). *Managing quality in qualitative research* (The SAGE qualitative research kit, 2nd edition). Los Angeles: Sage.
- Flick, U., Kardorff, E. v. & Steinke, I. (2013). Was ist Qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (10. Auflage, S. 13–29). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Foorman, S. & Lloyd, C. (1986). The Relationship between Social Support and Psychiatric Symptomatology in Medical Students. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(4), 229–239.
- Fuchs-Heinritz, W. & König, A. (2011). *Pierre Bourdieu. Eine Einführung* (UTB, 2. überarb. Aufl.). Konstanz: UVK-Verlagsgesellschaft.
- Gilligan, C. & Outram, S. (2012). Culturally and linguistically diverse students in health professional programs: an exploration of concerns and needs. *Educ Health (Abingdon)*, 25(1), 40–47.
- Gore, J., Patfield, S., Holmes, K. & Smith, M. (2018). Widening participation in medicine? New insights from school students' aspirations. *Medical Education*, 52(2), 227–238.
- Granovetter, M. S. (1974). *Getting a job. A study of contacts and careers*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Green, J. A. (2015). The effect of English proficiency and ethnicity on academic performance and progress. *Advances in Health Sciences Education : Theory and Practice*, 20(1), 219–228.
- Hafferty, F. (1998). Beyond Curriculum Reform: Medicine's Hidden Curriculum. *Academic Medicine*, 73(4), 403–407.
- Hafferty, F. W. (1988). Cadaver Stories and the Emotional Socialization of Medical Students. *Journal of Health and Social Behavior*, 29(12), 344–356.
- Hafferty, F. W., Castellani, B., Hafferty, P. K. & Pawlina, W. (2013). Anatomy and histology as socially networked learning environments: some preliminary findings. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 88(9), 1315–1323.
- Hahn, H., Kropp, P., Kirschstein, T., Rücker, G. & Müller-Hilke, B. (2017). Test anxiety in medical school is unrelated to academic performance but correlates with an effort/reward imbalance. *PloS One*, 12(2), e0171220.
- Haller, H. D. (1997). Zur Frage der kulturellen Dimension von Identität in der Lernstilforschung - Untersuchung über Kultureinstellungen unter didaktischer Perspektive. In D.

- Hoffmann & H. Bleiber (Hrsg.), *Auf der Suche nach Identität - pädagogische und politische Erörterungen eines gegenwärtigen Problems* (S. 153–166). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Hansestadt Rostock. (2018). *Statistisches Jahrbuch 2018*. Rostock.
- Heinen, I., Guse, A. H., Fischer, M. R., Jacobs, F., Albrecht, N. J. & Kurrè, J. (2014). Wie werden internationale Studierende an deutschsprachigen Medizinischen Fakultäten unterstützt? Eine Umfrage unter Teilnehmenden der GMA-Tagung 2013 in Graz. In *Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)*. Hamburg, 25.-27.09.2014. (DOCP355). Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House.
- Hendrickson, B., Rosen, D. & Aune, R. K. (2011). An analysis of friendship networks, social connectedness, homesickness, and satisfaction levels of international students. *International Journal of Intercultural Relations*, 35(3), 281–295.
- Henning, M. A., Krägeloh, C., Moir, F., Doherty, I. & Hawken, S. J. (2012). Quality of life: international and domestic students studying medicine in New Zealand. *Perspectives on Medical Education*, 1(3), 129–142.
- Heublein, U. (2015). Von der Schwierigkeiten des Ankommens. *Die Neue Hochschule*, 15(1), 14–17.
- Heublein, U., Hutzsch, C., Schreiber, J., Sommer, D. & Besuch, G. (2009). *Ursachen des Studienabbruchs in Bachelor- und in herkömmlichen Studiengängen. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Exmatrikulierten des Studienjahres 2007/08*. Hannover: DZHW.
- Heublein, U. & Schmelzer, R. (2018). *Die Entwicklung der Studienabbruchquoten an den deutschen Hochschulen. Statistische Die Entwicklung der Studienabbruchquoten an den deutschen Hochschulen. Berechnungen auf der Basis des Absolventenjahrgangs 2016*. Hannover: DZHW.
- Heublein, U., Sommer, D. & Weitz, B. (2004). *Studienverlauf im Ausländerstudium. Eine Untersuchung an vier ausgewählten Hochschulen* (Dok&Mat 55). Bonn: DAAD.
- Hochschulrektorenkonferenz. (2012). *Die deutschen Hochschulen internationalisieren! Internationale Strategie der HRK; Sprachenpolitik an deutschen Hochschulen*. Bonn.
- Hofstede, G. (1986). Cultural differences in teaching and learning. *International Journal of Intercultural Relations*, 10(3), 301–320.
- Hogan, B., Carrasco, J. A. & Wellman, B. (2007). Visualizing Personal Networks: Working with Participant-aided Sociograms. *Field Methods*, 19(2), 116–144.

- Hollstein, B. (2010). Qualitative Methoden und Mixed-Method-Designs. In C. Stegbauer & R. Häußling (Hrsg.), *Handbuch Netzwerkforschung* (1. Auflage, S. 459–470). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hommel, J., Rienties, B., Grave, W. de, Bos, G., Schuwirth, L. & Scherpbier, A. (2012). Visualising the invisible: a network approach to reveal the informal social side of student learning. *Advances in Health Sciences Education : Theory and Practice*, 17(5), 743–757.
- Huhn, D., Eckart, W., Karimian Jazi, K., Amr, A., Herzog, W. & Nikendei, C. (2015). Voluntary peer-led exam preparation course for international first year students: Tutees' perceptions. *BMC Medical Education*, 15, 106.
- Huhn, D., Huber, J., Ippen, F. M., Eckart, W., Junne, F., Zipfel, S. et al. (2016). International medical students' expectations and worries at the beginning of their medical education: a qualitative focus group study. *BMC Medical Education*, 16, 33.
- Huhn, D., Junne, F., Zipfel, S., Duelli, R., Resch, F., Herzog, W. et al. (2015). International medical students—a survey of perceived challenges and established support services at medical faculties. *GMS Zeitschrift Fur Medizinische Ausbildung*, 32(1), Doc9.
- Huhn, D., Lauter, J., Roesch Ely, D., Koch, E., Möltner, A., Herzog, W. et al. (2017). Performance of International Medical Students In psychosocial medicine. *BMC Medical Education*, 17(1), 111.
- Huhn, D. & Nikendei, C. (2018). International students - support and integration initiatives at Medical Faculties in Germany. *GMS Journal for Medical Education*, 35(5), Doc62.
- Huhn, D., Resch, F., Duelli, R., Möltner, A., Huber, J., Karimian Jazi, K. et al. (2014). Examination performances of German and international medical students in the preclinical studying-term—a descriptive study. *GMS Zeitschrift Fur Medizinische Ausbildung*, 31(3), Doc29.
- Huhn, D., Schmid, C., Erschens, R., Junne, F., Herrmann-Werner, A., Möltner, A. et al. (2018). A Comparison of Stress Perception in International and Local First Semester Medical Students Using Psychometric, Psychophysiological, and Humoral Methods. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12).
- IBM Corp. (2016). IBM SPSS Statistics for Windows (Version 24) [Computer software]. Armonk, NY.
- Id, M., Paulmann, V., Dudzinska, A. & Gutenbrunner, C. (2012). Programm IsiEmed – Integration, sprachlicher und interkultureller Einstieg in das Medizinstudium für ausländische Erstsemester der Medizin und Zahnmedizin: Lohnt sich für eine Hochschule die spe-

- zifische Betreuung einer Fünf-Prozent-Gruppe? In *Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Aachen, 27.-29.09.2012.* (DocP149). Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House.
- International Federation of Medical Students' Associations. (2019). *IFMSA at a glance.* Selbstbeschreibung der International Federation of Medical Students' Associations auf ihrer Website. Zugriff am 07.04.2019. Verfügbar unter <https://ifmsa.org/at-a-glance/>
- Jansen, D. (2006). *Einführung in die Netzwerkanalyse. Grundlagen, Methoden, Forschungsbeispiele* (3., überarb. Aufl.). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Joy, S. & Kolb, D. A. (2009). Are there cultural differences in learning style? *International Journal of Intercultural Relations*, 33(1), 69–85.
- Kadushin, C. (2012). *Understanding social networks. Concepts, theories, and findings.* Oxford: Oxford University Press.
- Karay, Y., Restel, K., Marek, R. & Schlüter de Castro, B. (2018). Studienstart International of the University of Cologne: The closely supervised semester of study entry for students from third countries using the example of the model degree program for human medicine. *GMS Journal for Medical Education*, 35(5), Doc60.
- Keller, S., Maddock, J. E., Laforge, R. G., Velicer, W. F. & Basler, H.-D. (2007). Binge drinking and health behavior in medical students. *Addictive Behaviors*, 32(3), 505–515.
- Kennedy, P. (2002). Learning cultures and learning styles. Myth-understandings about adult (Hong Kong) Chinese learners. *International Journal of Lifelong Education*, 21(5), 430–445.
- Kingma, R. (1957, 10. Januar). Persische Studenten. Einsam zwischen kostbaren Teppichen. *ZEIT*, 02/1957.
- Knipper, M. & Putz, R. (2016). *Die Internationalisierung der Curricula in der Medizin. Beitrag in Ergänzung der Empfehlung „Zur Internationalisierung der Curricula“ der Hochschulrektorenkonferenz.* Zugriff am 23.01.2019. Verfügbar unter https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-07-Internationales/Curricula_Medizin.pdf
- Kolbert-Ramm, C. & Ramm, M. (2011). *Zur Studiensituation im Fach Humanmedizin. Ergebnisse des 11. Studierenden surveys. Sonderauswertung mit Unterstützung des Medizinischen Fakultätentages (MFT) der Bundesrepublik Deutschland.* Berlin: MFT.
- Kurré, J., Scholl, J., Bullinger, M. & Petersen-Ewert, C. (2011). Integration and health-related quality of life of undergraduate medical students with migration backgrounds - Results of a survey. *Psycho-Social Medicine*, 8, Doc07.

- Lehmann, R. (2010). *Lernstile als Grundlage adaptiver Lernsysteme in der Softwareschulung*. Münster: Waxmann.
- Liebau, E. & Huber, L. (1985). Die Kulturen der Fächer. *Neue Sammlung*, 25(3), 314–339.
- Lin, N. (2001). *Social capital: a theory of social structure and action*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Linville, P. W. (1985). Self-Complexity and Affective Extremity: Don't Put All of Your Eggs in One Cognitive Basket. *Social Cognition*, 3(1), 94–120.
- Lorenz, I. & Shahla, H. (2014). Ausländische Studierende im Spiegel der bundesweiten medizinischen Staatsexamina. In *Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)*. Hamburg, 25.-27.09.2014. (DocP351). Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House.
- Lovell, B. (2015). 'We are a tight community': social groups and social identity in medical undergraduates. *Medical Education*, 49(10), 1016–1027.
- Loy, C., Hell, B. & Robra, B. P. (2009). Priorisierung ausländischer Bildungsabschlüsse bei der Zulassung zum Medizinstudium. *Das Hochschulwesen*, 57(3).
- Malau-Aduli, B. S. (2011). Exploring the experiences and coping strategies of international medical students. *BMC Medical Education*, 11, 40.
- Mann, C., Canny, B., Lindley, J. & Rajan, R. (2010). The influence of language family on academic performance in Year 1 and 2 MBBS students. *Medical Education*, 44(8), 786–794.
- Marmon, W., Arnold, U., Maaz, A., Schumann, M. & Peters, H. (2018). Welcome, Orientation, Language Training: a project at the Charité for new international medical students. *GMS Journal for Medical Education*, 35(5), Doc59.
- Marx, G. & Wollny, A. (2009). Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. Teil 1: Theorie und Grundlagen der qualitativen Forschung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 85(3), 105–113.
- McGarvey, A., Brugha, R., Conroy, R. M., Clarke, E. & Byrne, E. (2015). International students' experience of a western medical school: a mixed methods study exploring the early years in the context of cultural and social adjustment compared to students from the host country. *BMC Medical Education*, 15, 111.
- McNeill, K. G., Kerr, A. & Mavor, K. I. (2014). Identity and norms: the role of group membership in medical student wellbeing. *Perspectives on Medical Education*, 3(2), 101–112.
- Merkens, H. (2013). Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (10. Auflage, S. 286–299). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

- Mews, C., Vonneilich, N., Strauß, A., Albrecht, N. J., Knesebeck, O. von dem & Scherer, M. (2018a). Interkulturelle Kompetenz und Internationale Medizin (intermed). Ein strukturiertes Mantelcurriculum in Hamburg [Bericht über Entwicklungsprozess]. In *Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)*. Wien, 19.-22.09.2018. (Doc44.4). Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House.
- Mews, C., Schuster, S., Vajda, C., Lindtner-Rudolph, H., Schmidt, L. E., Bösner, S. et al. (2018b). Cultural Competence and Global Health: Perspectives for Medical Education - Position paper of the GMA Committee on Cultural Competence and Global Health. *GMS Journal for Medical Education*, 35(3), Doc28.
- Middendorff, E., Apolinarski, B., Becker, K., Bornkessel, P., Brandt, T., Heißenberg, S. et al. (2017). *Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2016*. 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt vom Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (Bundesministerium für Bildung und Forschung, Hrsg.). Berlin.
- Monrouxe, L. V. (2010). Identity, identification and medical education: why should we care? *Medical Education*, 44(1), 40–49.
- Monrouxe, L. V. (2013). Identities, self and medical education. In K. Walsh (Hrsg.), *Oxford Textbook of Medical Education* (S. 113–123). Oxford: OUP Oxford.
- Morris-Lange, S. (2017). *Allein durch den Hochschuldschungel. Hürden zum Studienerfolg für internationale Studierende und Studierende mit Migrationshintergrund* (Forschungsbe- reich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) GmbH, Hrsg.). Berlin.
- Muckel, P. (2011). Die Entwicklung von Kategorien mit der Methode der Grounded Theory. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 333–352). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Nicholson, S. & Cleland, J. A. (2017). “It’s making contacts”: notions of social capital and implications for widening access to medical education. *Advances in Health Sciences Education : Theory and Practice*, 22(2), 477–490.
- OECD. (2016). *PISA 2015 Results (Volume I)*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2018). *Education at a Glance 2018: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- O’Neill, L. D., Wallstedt, B., Eika, B. & Hartvigsen, J. (2011). Factors associated with drop- out in medical education: a literature review. *Medical Education*, 45(5), 440–454.

- Orom, H., Semalulu, T. & Underwood, W. (2013). The social and learning environments experienced by underrepresented minority medical students: a narrative review. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 88(11), 1765–1777.
- Petzold-Rudolph, K. (2018). *Studienerfolg und Hochschulbindung. Die akademische und soziale Integration Lehramtsstudierender in die Universität*. Wiesbaden: Springer VS.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone. The collapse and revival of American community*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Queis, D. v. (2009). *Interkulturelle Kompetenz. Praxis-Ratgeber zum Umgang mit internationalen Studierenden*. Darmstadt: WBG.
- Ramm, M., Multrus, F., Bargel, T. & Schmidt, M. (2014). *Studiensituation und studentische Orientierungen. 12. Studierendensurvey an Universitäten und Fachhochschulen*. Berlin.
- Reimann, S. (2013). *Die medizinische Sozialisation*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Roccas, S. & Brewer, M. B. (2002). Social Identity Complexity. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 88–106.
- Röwert, R., Lah, W., Dahms, K., Berthold, C. & Stuckrad, T. v. (2017). *Diversität und Studienerfolg. Studienrelevante Heterogenitätsmerkmale an Universitäten und Fachhochschulen und ihr Einfluss auf den Studienerfolg - eine qualitative Untersuchung*. Arbeitspapier Nr. 198 (CHE Centrum für Hochschulentwicklung, Hrsg.). Gütersloh.
- Sanner, S. & Wilson, A. (2008). The experiences of students with English as a second language in a baccalaureate nursing program. *Nurse Education Today*, 28(7), 807–813.
- Schönhuth, M., Kronenwett, M., Gamper, M. & Stark, M. (2014). VennMaker (Version 1.5.5) [Computer software].
- Schulze, H., Zhang, D., Pérez Anderson, R. P., Alhalabi, O., Huhn, D. & Astfalk, T. (2018). Symposium “International Medical Students - Support Programs in Practical Application”: Networking, best-practice examples and local representation. *GMS Journal for Medical Education*, 35(5), Doc53.
- Spady, W. G. (1970). Dropouts from Higher Education. An Interdisciplinary Review and Synthesis. *Interchange*, 1(1), 64–85.
- Stabsstelle Hochschul- und Qualitätsentwicklung der Universität Rostock. (2015). *FachanfängerInnen nach Studienfach und Herkunft der Hochschulzugangsberechtigung (HZB) 2015 (Zahlenspiegel)* (Universität Rostock, Hrsg.). Rostock.
- Statistisches Bundesamt. (2017). *Fachserie 1 Reihe 2.2. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2016*. Berlin.

Statistisches Bundesamt. (2018a). *Fachserie 1 Reihe 2. Ausländische Bevölkerung 2017*. Berlin.

Statistisches Bundesamt. (2018b). *Fachserie 11 Reihe 4.1. Bildung und Kultur - Studierende an Hochschulen - Wintersemester 2017/2018*. Berlin.

Statistisches Bundesamt. (2018c). *GENESIS Datenbank Tabelle 21311-0003*. Eigene Zusammenstellung nach Studierenden im Fach Medizin in Deutschland im Wintersemester 2017/2018. Zugriff am 05.04.2019. Verfügbar unter https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;sid=6B2BBD0DD7FAF04567026C2DF16129D0.GO_1_2?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=2&levelid=1554471753575&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&selectionname=21311-0003&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf

Statistisches Bundesamt. (2018d). *GENESIS Datenbank Tabelle 21311-0006*. Eigene Zusammenstellung nach Studierenden im Fach Medizin in Berlin und Mecklenburg-Vorpommern im Wintersemester 2017/2018. Zugriff am 05.04.2019. Verfügbar unter https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;sid=0101054F5C87D4D671D7EEC477BC45BB.GO_1_2?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=2&levelid=1554471156168&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&selectionname=21311-0006&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf

Statistisches Bundesamt. (2018e). *GENESIS Datenbank Tabelle 21311-0012*. Eigene Zusammenstellung nach Studienanfängern im Fach Medizin in Deutschland im Wintersemester 2017/2018. Zugriff am 05.04.2019. Verfügbar unter https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;sid=72EB67797F6E0BE5BDD5EE8CE315CB47.GO_1_2?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=2&levelid=1554472214434&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&selectionname=21311-0012&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf

Statistisches Bundesamt. (2018f). *GENESIS Datenbank Tabelle 21311-0015*. Eigene Zusammenstellung nach Studienanfängern im Fach Medizin in Berlin und Mecklenburg-Vorpommern im Wintersemester 2017/2018. Zugriff am 05.04.2019. Verfügbar unter https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;sid=2962E793A01EA56E589C90430F8E0C61.GO_1_2?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=2&levelid=1554472411283&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&selectionname=21311-0015&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf

- Stegers-Jäger, K. M., Steyerberg, E. W., Cohen-Schotanus, J. & Themmen, A. P. N. (2012). Ethnic disparities in undergraduate pre-clinical and clinical performance. *Medical Education*, 46(6), 575–585.
- Stiftung für Hochschulzulassung. (2018a). *Hinweise zu Angebot und Nachfrage früherer Zulassungen - Wintersemester 2018/19*. Zugriff am 05.04.2019. Verfügbar unter https://zv.hochschulstart.de/fileadmin/media/zv/nc/wise2018_19/bew_zv_ws18.pdf
- Stiftung für Hochschulzulassung. (2018b). *Merkblatt M11 - Mit ausländischem Pass an deutsche Hochschulen*. Zugriff am 05.04.2019. Verfügbar unter <https://zv.hochschulstart.de/fileadmin/media/zv/downloads/merkblaetter/m11.pdf>
- Stiftung für Hochschulzulassung. (2019). *Verordnung über die zentrale Vergabe von Studienplätzen durch die Stiftung für Hochschulzulassung. VergabeVO Stiftung*.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (2003). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory* (2. Auflage). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Strauss, F. (2010). Netzwerkkarten - Netzwerke sichtbar machen. In C. Stegbauer & R. Häußling (Hrsg.), *Handbuch Netzwerkforschung* (1. Auflage, S. 527–538). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Tajfel, H. & Turner, J. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. G. Austin & S. Worchel (Hrsg.), *The Social psychology of intergroup relations* (S. 33–48). Monterey, California: Brooks/Cole Pub. Co.
- Taylor, J. S. & Wendland, C. (2014). The Hidden Curriculum in Medicine's "Culture of No Culture". In F. W. Hafferty & J. F. O'Donnell (Hrsg.), *The Hidden Curriculum in Health Professional Education* (S. 53–62). Hanover, New Hampshire: Dartmouth College Press.
- Thies, A. L., Marschall, B. & Friederichs, H. (2014). Problematische Studienverläufe bei ausländischen Studierenden - konträre Wahrnehmung von Studierenden und Dozenten. In *Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Hamburg, 25.-27.09.2014*. (DocP354). Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House.
- Tinto, V. (1975). Dropout from Higher Education. A Theoretical Synthesis of Recent Research. *Review of Educational Research*, 45(1), 89–125.
- Truschkat, I., Kaiser-Belz, M. & Volkmann, V. (2011). Theoretisches Sampling in Qualifikationsarbeiten: Die Grounded-Theory-Methodologie zwischen Programmatik und Forschungspraxis. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 353–380). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Turner, J., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D. & Wetherell, M. S. (1987). *Rediscovering the social group. A self-categorization theory*. Oxford: Blackwell.

- Universität Rostock. (2009). Studienordnung für das Studium der Humanmedizin an der Universität Rostock. Nichtamtliche Lesefassung unter Berücksichtigung der 1., 2. und 3. Satzung zur Änderung der Studienordnung.
- Vaughan, S., Sanders, T., Crossley, N., O'Neill, P. & Wass, V. (2015). Bridging the gap: the roles of social capital and ethnicity in medical student achievement. *Medical education*, 49(1), 114–123.
- VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH. (2016). MAXQDA 12, Software für qualitative Datenanalyse (Version 12.2.1) [Computer software]. Berlin.
- Wayne, S. J., Fortner, S. A., Kitzes, J. A., Timm, C. & Kalishman, S. (2013). Cause or effect? The relationship between student perception of the medical school learning environment and academic performance on USMLE Step 1. *Medical Teacher*, 35(5), 376–380.
- Weaver, R., Peters, K., Koch, J. & Wilson, I. (2011). 'Part of the team': professional identity and social exclusivity in medical students. *Medical Education*, 45(12), 1220–1229.
- Werz, N. (2014). Ausländische Studierende in Mecklenburg und Vorpommern. In N. Werz & R. Nuthmann (Hrsg.), *Abwanderung und Migration in Mecklenburg und Vorpommern* (S. 123–145). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wilkinson, T. J. (2016). Stereotypes and the hidden curriculum of students. *Medical Education*, 50(8), 802–804.
- Winde, M. & Schröder, J. (2015). *Hochschul-Bildungs-Report 2020 - Bericht 2015. Schwerpunkt: Internationale Bildung* (Stifterverband für die deutsche Wirtschaft, Hrsg.). Essen.
- Witzel, A. (1989). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (2. Aufl.). Heidelberg: Asanger.
- Wollny, A. & Marx, G. (2009). Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. Teil 2: Qualitative Inhaltsanalyse vs. Grounded Theory. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 85(11), 467–476.
- Wong, J. K.K. (2004). Are the Learning Styles of Asian International Students Culturally or Contextually Based? *International Education Journal*, 4(4), 154–166.
- Woolf, K., Cave, J., Greenhalgh, T. & Dacre, J. (2008). Ethnic stereotypes and the underachievement of UK medical students from ethnic minorities: qualitative study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 337, a1220.
- Woolf, K., Potts, H. W. W. & McManus, I. C. (2011). Ethnicity and academic performance in UK trained doctors and medical students: systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 342, d901.

- Woolf, K., Potts, H. W. W., Patel, S. & McManus, I. C. (2012). The hidden medical school: a longitudinal study of how social networks form, and how they relate to academic performance. *Medical teacher*, 34(7), 577–586.
- Yamazaki, Y. (2005). Learning styles and typologies of cultural differences. A theoretical and empirical comparison. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(5), 521–548.
- Zhang, D., Boukovala, M., Anderson, R. P. P., Aithal, C., Messoudi, A., Wild-Bode, C. et al. (2016). GAIA – Ein fakultätsweites Projekt zur Förderung internationaler Studierender. In *Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)*. Bern, 14.-17.09.2016. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House.

Anhang

A1 Leitfaden Interviewdurchführung

A2 Fragebogen

A3 Netzwerkfragen

A4 Interviewleitfaden

A5 Zeiten der 27 Interviews

A6 Soziodemographie der einzelnen Studienteilnehmenden

A7 Netzwerkmaße der einzelnen Studienteilnehmenden

A8 Test auf Normalverteilung der Variablen

A9 Test auf Gruppenunterschiede der Variablen

Ablauf der Messung mit Fragebogen, Netzwerkerfassung und Interview

Messung/Ablauf	Beschreibung	Durchgeführt? Besonderheiten?
1 Vorbereitung Arbeitsmaterial & Aufnahmetechnik	<ul style="list-style-type: none"> • Ausdruck des Messinstruments (Fragebogen, Netzwerkrfragen und Interviewleitfaden) • Vorbereitung der Post-it Zettel mit Nummerierung, Namen- und Rollenwordruck, sowie Präparation auf Trägerplatte • Check Kugelschreiber, Farbstifte und Non-permanent-Marker • Check Aufnahmegeräte 1 und 2 (Reservegerät) 	
2 Einleitung und Aufklärung des/der ProbandIn	<ul style="list-style-type: none"> • ProbandIn wird über den Ablauf und der Ziele der Untersuchung aufgeklärt. • Es werden die Datenschutzerklärung und die Nutzung der Daten besprochen. Es wird explizit nach Fragen oder Bedenken gefragt. • Es wird das eigene Interesse an dem Thema bekundet und unterstrichen, dass es mir nicht auf die Personendaten, sondern auf die anonymisierten Inhalte ankommt. • Es wird die Schweigepflicht des Interviewers betont. 	
3 Datenschutz- erklärung & Infomaterial für den/die ProbandIn	<ul style="list-style-type: none"> • Die Datenschutzerklärung wird nach ausführlicher Information des/der ProbandIn von diesem/er unterschrieben und durch den Interviewer dokumentiert/archiviert. • Der Informationsbogen mit den wichtigsten Informationen sowie der Kontaktadresse des Studienteams wird an den/die ProbandIn ausgeteilt. 	
4 Fragebogen	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird der Fragebogen an den/die ProbandIn ausgeteilt und gemeinsam die Fragen beantwortet. Der Interviewer hilft dabei bei Bedarf und beantwortet auftretende Fragen. • Wichtige Eckfragen des Fragebogens werden durch den Interviewer notiert (für das Interview bzw. die Netzwerkerfassung). 	
5 Netzwerk- erfassung	<ul style="list-style-type: none"> • Das Netzwerk wird erfasst (siehe hierzu die explizit ausformulierten Netzwerkrfragen und -abläufe). Dazu gehören insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> ○ Namensgeneratoren ○ Attributfragen und Skalen zu den Alteri ○ Funktionsfragen zu den Alteri ○ Verortung der Alteri auf der Netzwerkkarte ○ Zeichnung der Alter-Alter Beziehungen auf der Netzwerkkarte 	
6 Interview	<ul style="list-style-type: none"> • Basierend auf der Netzwerkkarte (wurde in Schritt 4 erarbeitet) und einem Interviewleitfaden findet ein Interview mit starkem Bezug auf das Netzwerk und das Medizinstudium statt. 	

A1 Leitfaden Interviewdurchführung

A2 Fragebogen

7d	<u>Wenn du einer Religionsgemeinschaft angehörst: wie häufig bist du in dieser aktiv?</u>	<input type="checkbox"/> Wöchentlich <input type="checkbox"/> Mehrmals im Monat <input type="checkbox"/> Monatlich <input type="checkbox"/> Mehrmals im Jahr <input type="checkbox"/> Jährlich <input type="checkbox"/> Seltener <input type="checkbox"/> Nie
8	In welchem Jahr hast du deinen Schulabschluss gemacht?	<p>.....</p>
9 – 9e	Wo hast du deinen Schulabschluss gemacht?	<input type="checkbox"/> In Deutschland Wo dort? In welchem Bundesland? <p>.....</p> <input type="checkbox"/> Im Ausland Wo dort? In welchem Land/Staat? <p>.....</p>
10 – 10b	Welche Note hast du bekommen?	Deutsche Schulabschlussnote: <p>.....</p> Ausländische Schulabschlussnote: <p>.....</p>
10c – 10d	<u>Wenn du deinen Schulabschluss im Ausland erworben hast: was ist die maximale und was die minimal mögliche Note in deinem Heimatland?</u>	Maximale Note:..... Minimale Note:
10e	<u>Wenn du deinen Schulabschluss im Ausland erworben hast: weißt du welcher deutschen Note dein Schulabschluss entspricht?</u>	Deutsche Äquivalenznote für ausländische Schulabschlüsse: <p>.....</p>
10f – 10g	<u>Wenn du deinen Schulabschluss im Ausland erworben hast: hast du vor dem Studium an einem Studienkolleg teilgenommen?</u>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja und zwar in: <p>.....</p>
11 – 11d	Bist du vor dem Studium nach Rostock gezogen?	<input type="checkbox"/> Nein, ich komme aus Rostock oder der Umgebung <input type="checkbox"/> Ja, Von wo bist du nach Rostock gezogen? <p>.....</p> Wann bist du nach Rostock gezogen? <p>.....</p>

12 – 12b	Wo leben deine engsten Verwandten (z.B. deine Eltern)?
13 – 13d	Welche Berufe üben deine Eltern aus?	Vater: Mutter:
14 – 14i	Wie finanzierst du dir dein Studium? Kreuze bitte alle zutreffenden Optionen an. Umkreise anschließend die wichtigste Option für dich.	<input type="checkbox"/> Unterhalt durch die Eltern / Familie <input type="checkbox"/> Unterhalt durch den Partner / die Partnerin <input type="checkbox"/> BAföG <input type="checkbox"/> Eigener Verdienst / Nebenjob <input type="checkbox"/> Stipendium <input type="checkbox"/> Kredit / Darlehen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
15 – 15b	Wie wohnst du? Kreuze eine Option an.	<input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft / WG <input type="checkbox"/> Wohnheim <input type="checkbox"/> Eigene Wohnung (allein) <input type="checkbox"/> Eigene Wohnung (mit Partner/in) <input type="checkbox"/> Bei den Eltern / Geschwistern <input type="checkbox"/> Sonstiges:
16	In welcher Seminargruppe bist du?	<input type="checkbox"/> SG 1 <input type="checkbox"/> SG 7 <input type="checkbox"/> SG 2 <input type="checkbox"/> SG 8 <input type="checkbox"/> SG 3 <input type="checkbox"/> SG 9 <input type="checkbox"/> SG 4 <input type="checkbox"/> SG 10 <input type="checkbox"/> SG 5 <input type="checkbox"/> SG 6
17	In welchem Jahr hast du dich immatrikuliert?
18	Hast du schonmal ein Urlaubssemester genommen? Wie viele waren das?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja und zwar:
20 – 20c	Befindest du dich in der Regelstudienzeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein und zwar weil:
21	Wie schätzt du deine allgemeine Leistung im Studium ein?	sehr gut gut teils-teils schlecht sehr schlecht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

22 – 22b	Hast du schon mal eine Prüfung (z.B. eine Klausur) nicht bestanden?	<input type="checkbox"/> Nein Ja und zwar: <input type="checkbox"/> Ein- bis dreimal <input type="checkbox"/> Vier- bis Sechsmal <input type="checkbox"/> Siebenmal oder häufiger
23	Hast du schon mal einen Härtefallantrag stellen müssen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
25	Hast du vor dem Medizinstudium eine Ausbildung oder ein Studium absolviert?	<input type="checkbox"/> Ja, eine Ausbildung <input type="checkbox"/> Ja, ein Studium <input type="checkbox"/> Nein
26	Hast du zum Studienstart an Einführungsveranstaltungen der Universität, der Universitätsmedizin oder der Fachschaft Medizin (Ersti-Wochenende) teilgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

1 - Netzwerk – Namensgeneratoren

Nummer	Netzwerkfragen – Generatoren für Alteri	Konkrete Frage
0	Erklärung zum Einstieg	<i>In der folgenden Aufgabe stelle ich dir Fragen zu Menschen in deinem Umfeld. Bitte schreibe die Namen die dir einfallen auf die vorliegenden Etiketten. Du kannst dazu den (Vor)Namen der Personen oder eine andere Bezeichnung angeben. Es kann sein, dass du bei manchen Fragen bereits Personen aufgeschrieben hast. Das ist kein Problem, du musst dann nichts Neues aufschreiben. Du kannst aber jederzeit mehr Personen aufschreiben.</i>
1	Namensgenerator – Allgemein	Fragestimulus 1: Menschen haben häufig Kontakt zu anderen Menschen die für sie eine wichtige Rolle im Leben spielen. Wenn du ganz allgemein an dein Leben denkst, mit welchen für dich wichtigen Menschen hast du Kontakt?
2	Namensgenerator – Rostock allgemein	Fragestimulus 2: Wenn du nun an Rostock oder das Umland denkst: welche Menschen sind dir hier in der Stadt wichtig, zu denen du Kontakt hast?
3	Namensgenerator – Medizinstudium	Fragestimulus 3: Wenn du nun an dein Studium und dein Studienumfeld im Medizin-studium denkst: welche Menschen sind dir hier wichtig, zu denen du Kontakt hast?
4	Rollengenerator – Wohnumfeld	Fragestimulus 4: Das Wohnumfeld ist für viele Menschen ein sehr wichtiger Bereich. Gibt es Menschen aus deinem Wohnumfeld die dir wichtig sind und zu denen du Kontakt hast?
5	Rollengenerator – Dein Semester	Fragestimulus 5: Wir gehen jetzt nochmal zurück zu deinem Studium. Wenn du an deinen Jahrgang bzw. dein Semester denkst: gibt es hier Menschen die dir wichtig sind und zu denen du Kontakt hast?
6	Rollengenerator – Höhere Semester	Fragestimulus 6: Und wenn du an ältere oder jüngere Jahrgänge bzw. Semester denkst: fallen dir hier wichtige Personen ein zu denen du Kontakt hast?
7	Rollengenerator – Klinisch tätige Personen	Fragestimulus 7: Manche Medizinstudierende kennen bereits während des Studiums Personen die klinische tätig sind. Das können z.B. unter anderem Ärztinnen, Pflegekräfte oder klinische TutorInnen sein? Kennst du solche Menschen zu denen du Kontakt hast?
8	Endfrage – Fehlen noch Personen?	Fragestimulus 8: Wir sind am Ende der Namensfragen angekommen. Wenn du dir die Namensliste vor dir anschaut, fehlen noch Namen? Möchtest du noch welche nachtragen?

A3 Netzwerkfragen

2 - Attributfragen

Bitte beantworte die folgenden Fragen zu jeder der genannten Personen in deinem Umfeld.

Thema	Frage	Kodierung
Alter	<i>Bitte trage nun das Alter jeder Person ein. Wenn du das Alter nicht sicher weißt, dann kannst du auch einen Altersbereich angeben. Z.B.: 55 Jahre oder zwischen 50 und 60 Jahre oder 50-60 Jahre.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Numerisch kodiert. Durch Probandin und Interviewer vermerkt
Geschlecht	<i>Bitte trage nun das Geschlecht aller Personen ein. Dafür kannst du ein M für Männlich und ein W für Weiblich nutzen. Alternativen sind M für Männlich, F für Weiblich, ♂ = Männlich, ♀ = Weiblich.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Numerisch kodiert (1=♂, 2=♀) Durch Probandin und Interviewer vermerkt
Nationalität / Staatsangehörigkeit	<i>Haben alle Personen die gleiche Nationalität? Wenn nicht, schreibe bitte die Nationalität bzw. Staatsbürgerschaft auf.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Händisch notiert, später numerisch erfassen! Siehe Länderkodes von DESTATIS Durch Interviewer auf Notizblock vermerkt
Muttersprache	<i>Sprechen alle Personen Deutsch als Ihre Muttersprache? Wenn nicht, schreibe bitte die jeweilige Muttersprache auf.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Händisch notiert, später numerisch erfassen! Durch Interviewer auf Notizblock vermerkt
Wohnort	<i>Bitte sage nun den aktuellen Wohnort dieser Personen an. Das wäre in deinem Falle z.B. Rostock. Wenn diese Person häufiger zwischen Orten wechselt, dann nenne bitte den Ort an dem sie meistens zu finden ist.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Händisch notiert, später numerisch erfassen! Siehe Länder- Bundesländer- und Städtecodes von DESTATIS Durch Interviewer auf Notizblock vermerkt
Rolle der Alteri	<i>Woher kennst du diese Personen hauptsächlich? Als Hilfe findest du ein paar Beispiele in dieser Tabelle.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Numerisch kodiert (nach Rollenliste) Durch Interviewer auf Notizblock vermerkt
Tätigkeit	<i>Welcher Tätigkeit gehen diese Personen nach? Als Hilfe findest du ein paar Beispiele in dieser Tabelle.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Numerisch kodiert (nach Tätigkeitenliste) Durch Probandin und Interviewer auf Notizblock vermerkt
SG-Zugehörigkeit	<i>Frage bezieht sich nur auf die Medizinstudierenden im Netzwerk! In welcher Seminargruppe befinden sich diese Kommilitoninnen und Kommilitonen von dir?</i>	<ul style="list-style-type: none"> Numerisch kodiert (nach SG Nummer also von 1 bis 10) Durch Interviewer auf Notizblock vermerkt
Einschätzung Studienleistung	<i>Frage bezieht sich nur auf die Medizinstudierenden im Netzwerk! Wenn du die Studienleistungen deiner KommilitonInnen von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht) (siehe hierzu Skala aus Fragebogen, siehe Fragebogen 21) bewerten musst. Wie würdest du sie bewerten?</i>	<ul style="list-style-type: none"> Numerisch kodiert (nach Selbsteinschätzungsskala des Fragebogens, Fragebogenfrage 21) Durch Interviewer auf Notizblock vermerkt
Abfrage Prüfungs-wiederholung	<i>Frage bezieht sich nur auf die Medizinstudierenden im Netzwerk! Hat jemand deiner KommilitonInnen schon mal eine Prüfung wiederholen müssen? Wenn ja wie häufig?</i>	<ul style="list-style-type: none"> Numerisch kodiert (nach Selbsteinschätzungsskala des Fragebogens, Fragebogenfrage 21) Durch Interviewer auf Notizblock vermerkt

2 - Rollen von Alteri

Woher kennst du diese Personen hauptsächlich bzw. welche Rolle spielen sie für dich?

Rolle	Kodierung
Partner/in (auch Lebens- oder Ehepartner/in)	0
Mutter	1
Vater	2
Bruder	3
Schwester	4
Großmutter	5
Großvater	6
Tante	7
Onkel	8
Sonstige Verwandte	9
Aus der Jugend oder Schulzeit	10
Aus Zeit <u>zwischen</u> Schule und Studium	11
Aus dem Medizinstudium in Rostock	12
Durch das Leben in Rostock	13
Durch das Ehrenamt / Verein in Rostock	14
Durch den Sport in Rostock	15
Sonstige (bitte benennen)	16

2 - Tätigkeiten von Alteri

Wie würdest du die Tätigkeit der anderen Person beschreiben?

Tätigkeit	Kodierung
Medizinstudent/in im <u>gleichen</u> Semester	1
Medizinstudent/in im <u>höheren</u> Semester	2
Medizinstudent/in im <u>niedrigeren</u> Semester	3
Medizinstudent/in im PJ	4
Arzt/Ärztin	5
Auszubildende/r in Gesundheitsberufen (z.B. Pflege)	6
Arbeiter/in in Gesundheitsberufen (z.B. Pflege)	7
Student/in in einem anderen Fachgebiet (z.B. Maschinenbau)	8
Arbeitet in einem nicht-medizinischem Beruf	9
Berentet/ Pensioniert	10
Arbeitslos	11
Sonstige Tätigkeiten	12

3 - Funktionen im Netzwerk

Nummer	Funktion	Ausformulierte Frage
1	Ratgeber – Allgemeine persönliche Fragen	Fragestimulus 1: Nehmen wir mal an du stehst vor einem persönlichen Problem, was aber nichts mit dem Studium zu tun hat. Es geht also nicht um Probleme im Studium. Mit welcher Person würdest du ein persönliches Problem besprechen?
2	Ratgeber – Studienorganisation und Studienfragen	Fragestimulus 2: Stell dir vor das neue Semester beginnt bald und du wirst ein neues Fach belegen. Mit wem tauscht du dich zu dem Ablauf und den Anforderungen dieses neuen Faches aus?
3	Ratgeber – Fachfragen	Fragestimulus 3: Stell dir vor du hast nach einer Vorlesung einige Dinge nicht verstanden. Wenn fragst du um Hilfe bei diesen fachlichen Fragen zu bekommen?
4	Gruppenlernen	Fragestimulus 4: Wenn du zusammen mit Leuten ein Themengebiet lernen möchtest: mit wem lernst du gemeinsam?
5	Prüfungsmaterial und Altfragen	Fragestimulus 5: Stell dir vor du musst demnächst eine Prüfung ablegen und möchtest dich auch mit Altfragen oder Prüfungsprotokollen vorbereiten. Wen fragst du nach solchem Prüfungsmaterial oder Altfragen?
6	Freizeit	Fragestimulus 6: Mit wem verbringst du regelmäßig deine Freizeit?
7	Motivator	Fragestimulus 7: Wenn du dich unmotiviert und niedergeschlagen fühlst: wer motiviert dich zum Weitermachen?
8	Negative Gefühle	Fragestimulus 8: Manchmal bereiten einem andere Menschen auch negative Gefühle (z.B. Stress, Druck, Wut oder Angst). Wer bereitet dir manchmal negative Gefühle?
9	Materieller Support	Fragestimulus 9: Wer unterstützt dich finanziell?

Leitfaden Interview zur Netzwerkbewertung und -nutzung

Einstieg	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nachdem wir uns bis jetzt mit deinem aktuellen Umfeld beschäftigt haben, geht es nun im Interview darum wie du zu diesem Netzwerk gekommen bist, wie du darüber denkst und es nutzt.</i> 		Konkrete (Zweit-)Fragen (an passender Stelle einbringen)
Themenkomplex	Leitfrage (Erzählauforderung)	Check – Was wurde erwähnt? (Memo für mögliche Nachfragen – CAVE: nur stellen wenn nicht von alleine angesprochen. Formulierung situationsgerecht anpassen)	
Studienstart	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Fangen wir erstmal mit deinem Studienstart in Rostock an. Wie hast du in den ersten Wochen und Monaten das „Miteinander“ (also das Zusammenleben und –arbeiten) mit deinen neuen Kommilitoninnen und Kommilitonen erlebt?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppen-/Cliquenbildung • Neue Freundinnen • Zwischenmenschliche Probleme • Ausgrenzung / Isolation • Erstseminarveranstaltungen + Terminologiepropädeutikum (Vorsprung von einigen?) • Welche „Investitionen“ waren nötig für Integration? 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>NUR fragen</u> wenn Ausgrenzung, Isolation oder Probleme angesprochen, aber nicht konkretisiert werden! <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Was waren die Gründe für diese Probleme/Ausgrenzung/Isolation?</i> • <i>Wer half dir in den ersten Wochen im Studium oder in Rostock “anzukommen”?</i>
Veränderungen zum heutigen Netzwerk	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Wenn du dir nun dein heutiges Netzwerk anschaut (was du eben erarbeitet hast): wie hat sich dieses Netzwerk seit dem Studienbeginn verändert, bis es so aussah wie heute?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderungen -> Menschen aus Studium • Veränderung -> Menschen außerhalb Studium • Veränderung -> Alte Netzwerke (Menschen vor Studium) 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>NUR fragen</u> zum triggern, sofern nicht ansatzweise allein angesprochen: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Gab es Veränderungen bei den Menschen aus dem Studium?</i> ○ <i>Gab es Veränderungen bei den Menschen außerhalb des Studiums?</i> ○ <i>Gab es Veränderungen bei den Menschen die du aus der Zeit vor dem Studium kanntest?</i> • WARUM gab es diese Veränderungen?
Nutzung des eigenen Netzwerks im Medizinstudium	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Allgemein heißt es, dass das Umfeld oder das Netzwerk um einen herum im Medizinstudium sehr wichtig ist. Welchen Nutzen hat dieses Netzwerk für dein Medizinstudium?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperation/ Zusammenarbeit • Fachliche Unterstützung (z.B. Fragen klären) • Erfahrungsaustausch (z.B. über Dozierende/Prüfende) • Teilen von <u>Altfragen</u> und <u>Tipps</u> zur Prüfungsvorbereitung • Informationsfluss im Semester • Soziale Medien (Facebook) • Lernstrategien / Lerngruppen • Emotionaler Support (z.B. beim Scheitern) • Ausgleich/ Ablenkung • Freizeitgestaltung • Gesundheit (psychisch?) 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>NUR fragen</u>, sofern Erfahrungsaustausch und Altfragen nicht aktiv angesprochen oder ausreichend thematisiert: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Warum glaubst du denn, dass Erfahrungsaustausch und Vernetzung im Medizinstudium allgemein als so wichtig gilt?</i> • <i>Gibt es auch Dinge die du im Gegenzug für den Nutzen für dein Netzwerk machst?</i>

A4 Interviewleitfaden

Themenkomplex	Leitfrage (Erzählaufrorderung)	Check – Was wurde erwähnt? (Memo für mögliche Nachfragen – CAVE: nur stellen wenn nicht von alleine angesprochen, Formulierung situationsgerecht anpassen)	Konkrete (Zweit-)Fragen (an passender Stelle einbringen)
Gruppe Medizin- studierende: Vor- & Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> Häufig stellt man fest, dass die Gruppe der Medizinstudierenden sehr eng miteinander vernetzt ist. Welche Vorteile glaubst du bringt diese enge Gruppenbildung? 	<ul style="list-style-type: none"> Unterschiede Isolation/Ausgrenzung Abschottung/Abgrenzung Sprachbarriere Religion Schlechtere Studienleistung 	<ul style="list-style-type: none"> Gibt es deiner Meinung auch Nachteile durch diese enge Gruppenbildung?
Verhältnis deutsche und Internationale Medizinstudierende	<p>Bei <u>internationalen</u> Medizinstudierenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mir fällt auf, dass es relativ wenige deutsche Medizinstudierende in deinem Netzwerk gibt. Wie erlebst du allgemein das Zusammenleben mit deinen deutschen Kommilitoninnen und Kommilitonen? <p>Bei <u>deutschen</u> Medizinstudierenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mir fällt auf, dass es relativ wenige internationale (also ausländische) Medizinstudierende in deinem Netzwerk gibt. Wie erlebst du allgemein das Zusammenleben mit deinen internationalen Kommilitoninnen und Kommilitonen? <p>Bei Studierenden mit <u>gemischten Anteil an Nationalitäten</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mir fällt auf, dass es sowohl internationale (also ausländische) als auch deutsche Medizinstudierende in deinem Netzwerk gibt. Wie erlebst du allgemein das Zusammenleben mit diesen beiden Gruppen von Kommilitoninnen und Kommilitonen? 		

A5 Zeiten der 27 Interviews

Studien-nummer	Zeitpunkt der Erhebung	Ort der Datenerhebung	Teilnahme- erklärung liegt vor	Fragebogen liegt vor	Netzwerkkarte liegt vor	Interview liegt vor	Dauer der Erhebung (Minuten)	Dauer des Interviews (Minuten)
SN1	Nov 15	Gebäude der TU Berlin	Ja	Ja	Ja	Ja	93	18
SN2	Nov 15	Histopathologische Sammlung Rostock	Ja	Ja	Ja	Ja	85	14
SN3	Dez 15	Histopathologische Sammlung Rostock	Ja	Ja	Ja	Ja	71	14
SN4	Dez 15	Privatwohnung von SN4	Ja	Ja	Ja	Ja	64	16
SN5	Dez 15	Tagungsraum Unibibliothek Rostock	Ja	Ja	Ja	Ja	91	26
SN6	Dez 15	Tagungsraum Unibibliothek Rostock	Ja	Ja	Ja	Ja	57	16
SN7	Dez 15	Räume der Fachschaft Medizin Rostock	Ja	Ja	Ja	Ja	66	15
SN8	Dez 15	Räume der Fachschaft Medizin Rostock	Ja	Ja	Ja	Ja	62	23
SN9	Dez 15	Privatwohnung von SN9	Ja	Ja	Ja	Ja	60	24
SN10	Jan 16	Seminarraum Stadtbibliothek Rostock	Ja	Ja	Ja	Ja	90	36
SN11	Jan 16	Räume der Fachschaft Medizin Rostock	Ja	Ja	Ja	Ja	88	25
SN12	Jan 16	Räume der Fachschaft Medizin Rostock	Ja	Ja	Ja	Ja	36	12
SN13	Feb 16	Privatwohnung von SN13	Ja	Ja	Ja	Ja	63	12
SN14	Feb 16	Räume der Fachschaft Medizin Rostock	Ja	Ja	Ja	Ja	69	18
SN15	Feb 16	Tagungsraum Unibibliothek Rostock	Ja	Ja	Ja	Ja	51	16
SN16	Feb 16	Privatwohnung von SN16	Ja	Ja	Ja	Ja	78	19
SN17	Feb 16	Tagungsraum Unibibliothek Rostock	Ja	Ja	Ja	Ja	64	21
SN18	Feb 16	Tagungsraum Unibibliothek Rostock	Ja	Ja	Ja	Ja	60	15
SN19	Feb 16	Tagungsraum Unibibliothek Rostock	Ja	Ja	Ja	Ja	67	18
SN20	Feb 16	Tagungsraum Unibibliothek Rostock	Ja	Ja	Ja	Ja	80	31
SN21	Apr 16	Tagungsraum Unibibliothek Rostock	Ja	Ja	Ja	Ja	68	18
SN22	Mai 16	Tagungsraum Unibibliothek Rostock	Ja	Ja	Ja	Ja	57	24
SN23	Mai 16	Tagungsraum Unibibliothek Rostock	Ja	Ja	Ja	Ja	60	36
SN24	Mai 16	Tagungsraum Unibibliothek Rostock	Ja	Ja	Ja	Ja	41	13
SN25	Mai 16	Histopathologische Sammlung Rostock	Ja	Ja	Ja	Ja	103	38
SN26	Mai 16	Räume der Fachschaft Medizin Rostock	Ja	Ja	Ja	Ja	78	29
SN27	Mai 16	Räume der Fachschaft Medizin Rostock	Ja	Ja	Ja	Ja	42	20

A6 Soziodemographie der einzelnen Studienteilnehmenden

Nicht-EU		EU		Deutsch		Studien- gruppe	Studien- nummer	Alter	Gender	Herkunft	Note HZB ¹	Ort HZB	Familien- stand.	Kinder	Mutter- sprache	Akad. Eltern	Deutsch- kenntnis	Studien- leistung	Prüfung- Wdhlg.	Semester	Härtefall	Nebenjob	Ersti-WE
	SN3	20	W	DE	DE	1,3	DE	Ledig	Nein	DE	Ja	1	2	1-3	3	Nein	Nein	Ja		Nein	Nein	Ja	
	SN4	30	W	DE	DE	2,5	DE	Ledig	Nein	DE	Ja	1	3	≥7	11	Ja	Ja			Ja	Ja	Ja	
	SN7	20	W	DE	DE	1,0	DE	Ledig	Nein	DE	Ja	1	2	1-3	3	Nein	Nein	Ja		Nein	Nein	Ja	
	SN8	20	W	DE	DE	1,0	DE	Ledig	Nein	DE	Ja	1	3	1-3	3	Nein	Nein	Ja		Nein	Nein	Ja	
	SN11	23	M	DE	DE	1,7	DE	Ledig	Nein	DE	Ja	1	3	4-6	3	Nein	Nein	Ja		Nein	Nein	Ja	
	SN12	22	M	DE	DE	1,5	DE	Ledig	Nein	DE	Ja	1	1	0	3	Nein	Nein	Ja		Nein	Nein	Ja	
	SN13	21	M	DE	DE	1,1	DE	Ledig	Nein	DE	Nein	1	2	1-3	3	Nein	Nein	Ja		Nein	Nein	Ja	
	SN21	20	M	DE	DE	1,4	DE	Ledig	Nein	DE + Nicht-DE ²	Ja	1	3	≥7	4	Nein	Nein	Ja		Nein	Nein	Ja	
	SN26	29	M	DE	DE	1,3	DE	Ledig	Nein	DE	Ja	1	3	1-3	6	Nein	Nein	Ja		Nein	Nein	Ja	
	SN27	30	M	DE	DE	2,1	DE	Ledig	Nein	DE	Ja	1	3	4-6	6	Nein	Nein	Ja		Nein	Nein	Ja	
	SN1	25	W	Osteur.	Osteur.	1,6	Osteur.	Ledig	Nein	Ni-DE	Ja	2	3	≥7	13	Ja	Ja			Ja	Ja	Ja	
	SN2	19	W	Osteur.	DE	1,3	DE	Ledig	Nein	DE + Nicht-DE ²	Ja	1	3	≥7	3	Nein	Nein	Ja		Nein	Nein	Ja	
	SN10	23	W	Westeur.	Westeur.	1,4	Westeur.	Ledig	Nein	Nicht-DE	Ja	2	2	1-3	7	Ja	Ja			Ja	Ja	Nein	
	SN14	31	W	Osteur.	Osteur.	1,7	Osteur.	Ledig	Ja	Nicht-DE	Ja	2	4	≥7	7	Ja	Ja			Ja	Ja	Nein	
	SN15	21	W	Osteur.	Osteur.	1,5	Osteur.	Ledig	Nein	Nicht-DE	Ja	1	3	1-3	3	Nein	Nein	Ja		Nein	Nein	Ja	
	SN18	22	W	Westeur.	Westeur.	1,7	Westeur.	Ledig	Nein	Nicht-DE	Ja	2	3	≥7	3	Nein	Nein	Ja		Nein	Nein	Ja	
	SN19	22	M	Osteur.	Osteur.	1,0 ³	Osteur.	Ledig	Nein	Nicht-DE	Ja	2	2	≥7	5	Nein	Nein	Ja		Nein	Nein	Ja	
	SN20	22	W	Osteur.	Osteur.	1,1 ³	Osteur.	Ledig	Nein	Nicht-DE	Ja	1	3	≥7	5	Ja	Ja			Nein	Nein	Ja	
	SN25	24	W	Osteur.	Osteur.	1,6	Osteur.	Ledig	Nein	Nicht-DE	Ja	1	3	4-6	4	Nein	Nein	Ja		Nein	Nein	Ja	
	SN5	21	M	Nahost	Nahost	1,3	Nahost	Ledig	Nein	Nicht-DE	Ja	1	3	≥7	5	Nein	Nein	Ja		Nein	Nein	Ja	
	SN6	30	W	Nahost	Nahost	1,4	Nahost	Gesch.	Nein	Nicht-DE	Ja	2	4	≥7	9	Ja	Ja			Nein	Nein	Ja	
	SN9	22	M	Nahost	Nahost	1,4	Nahost	Ledig	Nein	Nicht-DE	Ja	3	4	≥7	5	Nein	Nein	Ja		Nein	Nein	Nein	
	SN16	24	M	Zentralasien	Zentralasien	1,1	Zentralasien	Ledig	Nein	Nicht-DE	Ja	2	3	≥7	5	Nein	Nein	Ja		Nein	Nein	Nein	
	SN17	23	W	Nahost	Nahost	1,3	Nahost	Ledig	Nein	Nicht-DE	Ja	2	4	≥7	7	Ja	Ja			Nein	Nein	Nein	
	SN22	23	M	Nahost	Nahost	1,3	Nahost	Ledig	Nein	Nicht-DE	Ja	2	3	≥7	4 ²	Nein	Nein	Ja		Nein	Nein	Ja	
	SN23	23	M	Nahost	Nahost	1,2	Nahost	Ledig	Nein	Nicht-DE	Ja	2	3	≥7	8	Ja	Ja			Ja	Ja	Ja	
	SN24	24	W	Nahost	Nahost	1,4	Nahost	Ledig	Nein	Nicht-DE	Ja	3	4	≥7	8	Ja	Ja			Ja	Ja	Nein	

¹ Sofern nicht anders angegeben, basieren die angegebenen Noten auf den Aussagen der Studienteilnehmenden zu ihrer deutschen HZB oder den offiziellen Äquivalenzberechnungen ihrer ausländischen HZB im deutschen Notensystem.

² Bilinguale Erziehung in Deutsch und einer nicht deutschen Muttersprache.

³ SN19 und SN20 konnten nur ihre HZB im Notensystem der jeweiligen Heimat angeben. Darauf basierend wurden die äquivalenten deutschen Noten mittels der Bayerischen Formel berechnet.

A7 Netzwerkmaße der einzelnen Studienteilnehmenden

Netzwerk: Alteri-Komplett																										
Studiengruppe	Studiennummer	Größe	Dichte	Rolle: enge Fam.	Rolle: erw. Fam.	Rolle: Jugend	Rolle: Vor Stud.	Rolle: Med. Stud.	Rolle: Sonst.	Ärzte/innen	Deutschsprachig	Sehr wichtig	Wichtig	Teils-teils	Etwas wichtig	Unwichtig	Funkt. Ratg. allg.	Funkt. Ratg. Stud.	Funkt. Ratg. Fach	Funkt. Grup.Lern.	Funkt. Altfragen	Funkt. Freizeit	Funkt. Motivator	Funkt. neg.Gefühle	Funkt. Finanz.	
Deutsch	SN3	49	0,1	5	5	8	1	30	0	7	49	8	13	13	7	8	6	10	5	2	7	8	6	4	3	
	SN4	29	0,2	4	0	4	0	19	2	4	29	9	7	4	6	3	12	4	13	6	4	13	9	7	3	
	SN7	24	0,2	5	1	4	3	11	0	2	22	9	7	8	0	0	8	4	3	4	3	6	7	3	5	
	SN8	25	0,2	2	0	5	0	18	0	4	25	8	7	4	2	4	6	4	3	3	3	7	12	5	5	2
	SN11	36	0,1	7	2	3	7	17	0	6	29	11	12	8	3	2	18	15	6	3	12	7	10	5	3	
	SN12	7	0,6	4	0	0	0	3	0	1	7	4	3	0	0	0	3	5	4	1	0	5	2	4	2	
	SN13	36	0,1	4	0	6	2	24	0	0	34	5	14	10	7	0	2	5	2	3	0	13	4	2	2	
	SN21	27	0,1	3	0	15	0	9	0	5	17	9	10	4	4	0	4	5	4	3	0	3	8	2	2	
	SN26	26	0,1	3	1	0	2	17	3	4	26	3	6	5	4	8	5	3	3	3	5	10	7	6	0	
SN27	17	0,2	5	2	2	1	7	0	2	17	8	4	5	0	0	4	2	2	3	3	2	3	3	3		
EU	SN1	36	0,1	5	2	2	1	24	2	0	14	7	11	12	3	3	13	4	5	3	9	10	23	1	2	
	SN2	44	0,1	2	0	6	0	19	17	1	34	6	12	10	12	4	9	8	19	19	8	12	18	5	2	
	SN10	18	0,2	4	1	2	0	11	0	0	11	2	3	3	7	3	3	3	3	4	3	9	3	1	3	
	SN14	42	0,1	6	2	6	0	20	8	6	28	9	12	7	11	3	2	3	5	2	7	6	6	5	1	
	SN15	18	0,2	2	0	6	0	10	0	1	8	2	5	7	4	0	1	2	2	2	1	3	1	0	2	
	SN18	28	0,2	5	2	4	0	14	3	4	17	4	11	4	7	2	3	4	4	7	2	6	3	4	0	
	SN19	26	0,2	3	0	3	0	19	1	2	14	12	13	1	0	0	6	3	3	2	2	11	3	3	1	
	SN20	22	0,1	4	1	0	1	16	0	2	12	4	4	5	6	3	2	8	1	4	4	5	3	3	2	
SN25	34	0,2	4	7	3	11	8	1	0	15	6	4	8	10	6	2	6	3	3	3	1	3	3	2	2	
Nicht-EU	SN5	22	0,2	4	2	3	1	12	0	2	3	5	5	7	4	1	4	2	5	1	2	7	2	3	0	
	SN6	15	0,2	4	3	0	0	3	5	2	2	3	7	2	1	2	8	0	0	0	0	4	1	2	5	
	SN9	14	0,2	2	0	6	0	6	0	0	1	4	4	5	1	0	4	2	1	3	1	12	3	0	2	
	SN16	29	0,1	4	1	5	4	14	1	7	8	6	5	7	6	5	4	4	2	3	2	5	1	1	1	
	SN17	15	0,5	3	0	1	0	11	0	1	2	5	5	3	2	0	3	1	2	2	3	5	2	5	2	
	SN22	18	0,1	3	1	0	6	8	0	3	6	6	3	4	3	2	1	3	3	3	2	3	1	2	0	
	SN23	14	0,2	1	0	0	1	12	0	0	8	7	4	2	1	0	4	2	3	4	4	5	2	3	0	
SN24	14	0,2	3	0	1	2	8	0	2	5	5	6	2	1	0	6	3	1	1	4	5	3	0	2		

Netzwerk: Alteri-Medizinstud																			
Studiengruppe	Stu- di- en- num- mer	Grö- ße	Dichte	Medis höheres Sem.	Deut- sch- sprachig	Sehr wichtig	Wichtig	Teils- teils	Etwas wichtig	Un- wichtig	Funkt. Ratg. allg.	Funkt. Ratg. Stud.	Funkt. Ratg. Fach	Funkt. Grup. Lern.	Funkt. Alfragen	Funkt. Freizeit	Funkt. Motivator	Funkt. neg. Gefühle	Funkt. Finanz.
Deutsch	SN3	30	0,18	16	30	2	6	10	5	7	2	10	5	2	7	8	3	3	0
	SN4	12	0,68	11	12	7	3	1	1	0	8	4	10	6	4	10	9	2	0
	SN7	13	0,31	4	12	5	1	7	0	0	5	3	3	4	3	5	6	3	0
	SN8	15	0,42	4	15	6	7	1	1	0	5	4	3	3	7	12	4	3	0
	SN11	15	0,54	4	15	5	5	3	0	2	7	14	6	3	12	7	8	2	0
	SN12	5	0,90	1	5	2	3	0	0	0	2	5	4	1	0	5	2	2	0
	SN13	14	0,53	3	14	0	5	4	5	0	0	5	2	3	0	5	2	0	0
	SN21	7	0,33	1	5	3	3	1	0	0	1	5	4	3	0	3	6	0	0
	SN26	11	0,20	6	11	1	3	4	3	0	1	3	3	3	5	5	3	2	0
	SN27	6	0,27	2	6	1	2	3	0	0	2	2	2	3	3	2	1	0	0
EU	SN1	12	0,15	0	5	0	2	8	2	0	2	4	5	3	9	3	7	1	0
	SN2	18	0,08	6	15	3	5	3	3	4	2	7	15	15	7	9	7	2	0
	SN10	11	0,20	6	11	0	0	3	5	3	0	3	3	3	3	5	1	0	0
	SN14	10	0,09	3	9	0	4	3	3	0	0	3	5	2	7	2	2	3	0
	SN15	8	0,75	1	6	0	1	4	3	0	0	2	2	2	1	1	0	0	0
	SN18	11	0,84	1	10	1	5	2	3	0	2	4	4	7	2	5	3	2	0
	SN19	16	0,36	5	13	6	10	0	0	0	3	3	3	2	2	9	1	2	0
	SN20	12	0,26	5	9	1	3	2	6	0	0	6	1	4	4	4	1	2	0
	SN25	12	0,33	1	9	0	3	0	6	3	0	6	3	3	1	3	2	2	0
Nicht-EU	SN5	10	0,38	1	3	1	1	4	4	0	1	1	5	1	2	4	0	2	0
	SN6	3	0	1	2	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	2	0
	SN9	8	0,39	3	1	1	1	5	1	0	1	2	1	3	1	7	0	0	0
	SN16	14	0,18	8	8	0	2	4	5	3	1	3	2	3	2	3	0	1	0
	SN17	9	0,78	6	1	2	4	2	1	0	1	1	2	2	3	3	1	5	0
	SN22	7	0,24	1	3	3	0	3	1	0	1	3	3	3	2	3	1	0	0
	SN23	9	0,25	2	5	4	2	2	1	0	3	2	3	4	4	3	1	2	0
	SN24	7	0,48	5	5	2	3	2	0	0	2	1	1	1	4	5	2	0	0

A8 Test auf Normalverteilung der Variablen

Variable	Gruppe	p-Wert (Shapiro)	Interpretation
Netzwerkgröße	DE	0,039	nicht normalverteilt
Alteri Komplett	EU	0,239	normalverteilt
	Non-EU	0,667	normalverteilt
	DE	0,833	normalverteilt
Netzwerkgröße	DE	0,833	normalverteilt
Alteri Medizinstud	EU	0,465	normalverteilt
	Non-EU	0,008	nicht normalverteilt
	DE	0	nicht normalverteilt
Netzwerkdichte	DE	0	nicht normalverteilt
Alteri Komplett	EU	0,143	normalverteilt
	Non-EU	0,041	nicht normalverteilt
	DE	0,378	normalverteilt
Netzwerkdichte	DE	0,378	normalverteilt
Alteri Medizinstud	EU	0,056	normalverteilt
	Non-EU	0,8	normalverteilt
	DE	0,002	nicht normalverteilt
Rolle enge Familie	DE	0,002	nicht normalverteilt
Alteri Komplett	EU	0,843	normalverteilt
	Non-EU	0,987	normalverteilt
	DE	0,014	nicht normalverteilt
Rolle erweiterte Familie	DE	0,014	nicht normalverteilt
Alteri Komplett	EU	0,007	nicht normalverteilt
	Non-EU	0,01	nicht normalverteilt
	DE	0,006	nicht normalverteilt
Rolle Jugend	DE	0,006	nicht normalverteilt
Alteri Komplett	EU	0,081	normalverteilt
	Non-EU	0,019	nicht normalverteilt
	DE	0,033	nicht normalverteilt
Rolle vor dem Studium	DE	0,033	nicht normalverteilt
Alteri Komplett	EU	0	nicht normalverteilt
	Non-EU	0,043	nicht normalverteilt
	DE	0,253	normalverteilt
Rolle Medizinstudium	DE	0,253	normalverteilt
Alteri Komplett	EU	0,564	normalverteilt
	Non-EU	0,885	normalverteilt
	DE	0	nicht normalverteilt
Rolle Sonstige	DE	0	nicht normalverteilt
Alteri Komplett	EU	0,006	nicht normalverteilt
	Non-EU	0	nicht normalverteilt
	DE	0,547	normalverteilt
Wichtigkeit 1	DE	0,547	normalverteilt
Alteri Komplett	EU	0,002	nicht normalverteilt
	Non-EU	0,305	normalverteilt
	DE	0,283	normalverteilt
Wichtigkeit 2	DE	0,283	normalverteilt
Alteri Komplett	EU	0,685	normalverteilt
	Non-EU	0,51	normalverteilt
	DE	0,626	normalverteilt
Wichtigkeit 3	DE	0,626	normalverteilt
Alteri Komplett	EU	0,806	normalverteilt
	Non-EU	0,288	normalverteilt
	DE	0,14	normalverteilt
Wichtigkeit 4	DE	0,14	normalverteilt
Alteri Komplett	EU	0,157	normalverteilt
	Non-EU	0,057	normalverteilt

Wichtigkeit 5	DE	0,012	normalverteilt
Alteri Komplett	EU	0,388	normalverteilt
	Non-EU	0,034	nicht normalverteilt
	DE	0,374	normalverteilt
Wichtigkeit 1	DE	0,374	normalverteilt
Alteri Medizinstud	EU	0,002	nicht normalverteilt
	Non-EU	0,345	normalverteilt
	DE	0,995	normalverteilt
Wichtigkeit 2	DE	0,995	normalverteilt
Alteri Medizinstud	EU	0,943	normalverteilt
	Non-EU	0,157	normalverteilt
	DE	0,684	normalverteilt
Wichtigkeit 3	DE	0,684	normalverteilt
Alteri Medizinstud	EU	0,338	normalverteilt
	Non-EU	0,175	normalverteilt
	DE	0,008	normalverteilt
Wichtigkeit 4	DE	0,008	normalverteilt
Alteri Medizinstud	EU	0,522	normalverteilt
	Non-EU	0,093	normalverteilt
	DE	0	nicht normalverteilt
Wichtigkeit 5	DE	0	nicht normalverteilt
Alteri Medizinstud	EU	0	nicht normalverteilt
	Non-EU	0	nicht normalverteilt
	DE	0,748	normalverteilt
Funktion Ratgeber	DE	0,748	normalverteilt
Allgemein	EU	0,163	normalverteilt
	Non-EU	0,772	normalverteilt
	DE	0	nicht normalverteilt
Funktion Ratgeber	DE	0	nicht normalverteilt
Studienorganisation	EU	0,016	nicht normalverteilt
	Non-EU	0,753	normalverteilt
	DE	0,001	nicht normalverteilt
Funktion Ratgeber	DE	0,001	nicht normalverteilt
Fachfragen	EU	0,001	nicht normalverteilt
	Non-EU	0,54	normalverteilt
	DE	0,972	normalverteilt
Funktion Gruppenlernen	DE	0,972	normalverteilt
Alteri Komplett	EU	0,082	normalverteilt
	Non-EU	0,979	normalverteilt
	DE	0,302	normalverteilt
Funktion Altfragen	DE	0,302	normalverteilt
Alteri Komplett	EU	0,336	normalverteilt
	Non-EU	0,252	normalverteilt
	DE	0,372	normalverteilt
Funktion Freizeit	DE	0,372	normalverteilt
Alteri Komplett	EU	0,502	normalverteilt
	Non-EU	0,006	nicht normalverteilt
	DE	0,047	nicht normalverteilt
Funktion Motivation	DE	0,047	nicht normalverteilt
Alteri Komplett	EU	0,003	nicht normalverteilt
	Non-EU	0,34	normalverteilt
	DE	0,007	nicht normalverteilt
Funktion Negative	DE	0,007	nicht normalverteilt
Gefühle	EU	0,252	normalverteilt
	Non-EU	0,388	normalverteilt
	DE	0,23	normalverteilt
Funktion Finanzielle	DE	0,23	normalverteilt
Unterstützung	EU	0,591	normalverteilt
	Non-EU	0,051	normalverteilt
	DE	0,051	normalverteilt
Alteri Komplett	DE	0,051	normalverteilt

Funktion Ratgeber	DE	0,627	normalverteilt
Allgemein	EU	0,003	nicht normalverteilt
Alteri Medizinstud	Non-EU	0,318	normalverteilt
Funktion Ratgeber	DE	0,004	nicht normalverteilt
Studienorganisation	EU	0,635	normalverteilt
Alteri Medizinstud	Non-EU	0,739	normalverteilt
Funktion Ratgeber	DE	0,062	normalverteilt
Fachfragen	EU	0,229	normalverteilt
Alteri Medizinstud	Non-EU	0,647	normalverteilt
Funktion Gruppenlernen	DE	0,235	normalverteilt
Alteri Medizinstud	EU	0,013	nicht normalverteilt
	Non-EU	0,566	normalverteilt
Funktion Altfragen	DE	0,328	normalverteilt
Alteri Medizinstud	EU	0,087	normalverteilt
	Non-EU	0,96	normalverteilt
Funktion Freizeit	DE	0,052	normalverteilt
Alteri Medizinstud	EU	0,592	normalverteilt
	Non-EU	0,069	normalverteilt
Funktion Motivation	DE	0,366	normalverteilt
Alteri Medizinstud	EU	0,28	normalverteilt
	Non-EU	0,033	nicht normalverteilt
Funktion Negative	DE	0,273	normalverteilt
Gefühle	EU	0,577	normalverteilt
Alteri Medizinstud	Non-EU	0,042	nicht normalverteilt
Funktion Finanzielle	DE	nicht mgl.	normalverteilt
Unterstützung	EU	nicht mgl.	normalverteilt
Alteri Medizinstud	Non-EU	nicht mgl.	normalverteilt
Tätigkeit Arzt	DE	0,027	nicht normalverteilt
Alteri Komplett	EU	0,117	normalverteilt
	Non-EU	0,727	normalverteilt
Deutsche Muttersprache	DE	0	nicht normalverteilt
Alteri Medizinstud	EU	0,103	normalverteilt
	Non-EU	0,35	normalverteilt
Tätigkeit Medizinstudent	DE	0,033	nicht normalverteilt
höheres Semester	EU	0,632	normalverteilt
Alteri Medizinstud	Non-EU	0,45	normalverteilt

A9 Test auf Gruppenunterschiede der Variablen

Variable	Kruskal-Wallis- Test		Post-hoc Analyse		
	Testwert	<i>p</i> -Wert	Gruppe	Testwert	<i>p</i> -Wert
Netzwerkgröße Alteri Komplett	5,871	0,053			
Netzwerkgröße Alteri Medizinstud	4,736	0,094			
Netzwerkdichte Alteri Komplett	1,586	0,452			
Netzwerkdichte Alteri Medizinstud	0,675	0,714			
Rolle enge Familie Alteri Komplett	1,586	0,452			
Rolle erweiterte Familie Alteri Komplett	1,866	0,393			
Rolle Jugend Alteri Komplett	0,975	0,614			
Rolle vor dem Studium Alteri Komplett	4,165	0,481			
Rolle Medizinstudium Alteri Komplett	0,575	0,750			
Rolle Sonstige Alteri Komplett	5,130	0,077			
Wichtigkeit 1 Alteri Komplett	7,518	0,023	DE v. Non-EU	0,000	1,000
			DE v. EU	4,337	0,037
			EU v. Non-EU	4,735	0,030
Wichtigkeit 2 Alteri Komplett	0,594	0,743			
Wichtigkeit 3 Alteri Komplett	0,686	0,710			
	4,847	0,089			

Wichtigkeit 4 Alteri Komplett					
Wichtigkeit 5 Alteri Komplett	0,686	0,710			
Wichtigkeit 1 Alteri Medizinstud	4,347	0,114			
Wichtigkeit 2 Alteri Medizinstud	3,679	0,159			
Wichtigkeit 3 Alteri Medizinstud	0,491	0,782			
Wichtigkeit 4 Alteri Medizinstud	9,020	0,011	DE v. Non-EU	3,600	0,058
			DE v. EU	4,232	0,040
			EU v. Non-EU	2,951	0,086
Wichtigkeit 5 Alteri Medizinstud	0,444	0,801			
Funktion Ratgeber Allgemein Alteri Komplett	1,365	0,505			
Funktion Ratgeber Studienorganisation Alteri Komplett	2,205	0,332			
Funktion Ratgeber Fachfragen Alteri Komplett	0,074	0,965			
Funktion Gruppenlernen Alteri Komplett	0,074	0,964			
Funktion Altfragen Alteri Komplett	0,575	0,750			
Funktion Freizeit Alteri Komplett	1,465	0,481			
Funktion Motivation Alteri Komplett	6,572	0,037	DE v. Non-EU	3,600	0,058
			DE v. EU	4,337	0,037
			EU v. Non-EU	0,554	0,457
Funktion Negative Gefühle Alteri Komplett	4,347	0,114			
	1,365	0,505			

Funktion Finanzielle Unterstützung Alteri Komplett					
Funktion Ratgeber Allgemein Alteri Medizinstud	3,067	0,216			
Funktion Ratgeber Studienorganisation Alteri Medizinstud	6,183	0,045	DE v. Non-EU	8,100	0,004
			DE v. EU	0,038	0,845
			EU v. Non-EU	7,244	0,007
Funktion Ratgeber Fachfragen Alteri Medizinstud	0,281	0,869			
Funktion Gruppenlernen Alteri Medizinstud	0,281	0,869			
Funktion Altfragen Alteri Medizinstud	0,074	0,964			
Funktion Freizeit Alteri Medizinstud	0,975	0,614			
Funktion Motivation Alteri Medizinstud	5,951	0,051			
Funktion Negative Gefühle Alteri Medizinstud	0,074	0,964			
Funktion Finanzielle Unterstützung Alteri Medizinstud	-	-			
Tätigkeit Arzt Alteri Komplett	4,347	0,114			
Deutsche Muttersprache Alteri Medizinstud	14,494	0,001	DE v. Non-EU	14,400	0,000
			DE v. EU	9,017	0,003
			EU v. Non-EU	13,432	0,000
Tätigkeit Medizinstudent höheres Semester Alteri Medizinstud	0,975	0,614			

10 Zusammenfassung

Einleitung:

Soziale Integration stellt neben sprachlichen, akademischen und kulturellen Schwierigkeiten ein häufiges Problemfeld für internationale Medizinstudierende dar. Dies steht im Gegensatz zur guten sozialen Integration unter deutschen Medizinstudierenden. Dabei gilt eine gute Vernetzung im Studiengang als positiver Einflussfaktor auf das Lernumfeld, die Studienleistungen sowie das Wohlbefinden von Studierenden. Während aber Untersuchungen zur Bildung und Erhaltung der persönlichen Netzwerke im Medizinstudium im Allgemeinen vorliegen, fehlt die Betrachtung von sprachlich und kulturell heterogenen Untergruppen der Studierendenschaft. Hierzu wurde die Wahrnehmung von internationalen und deutschen Medizinstudierenden zur Bildung und Erhaltung persönlicher Netzwerke im Studium verglichen und mögliche Einflussfaktoren untersucht.

Methodik:

Es wurde einem gemischt qualitativ-quantitativen Forschungsdesign gefolgt bei dem 17 internationale und 10 deutsche vorklinische Medizinstudierende nach dem Prinzip des Theoretical Sampling rekrutiert wurden. Die Befragung erfolgte mittels halbstrukturierter Interviews, deren Transkripte nach den Prinzipien der Grounded Theory Methodologie analysiert wurden. Darüber hinaus wurden strukturelle Merkmale der persönlichen Netzwerke quantitativ untersucht.

Ergebnisse:

Deutsche Studierende bewerteten die Netzwerkbildung im Studium im Allgemeinen positiver als internationale Studierende. Diese Unterschiede wurden beeinflusst durch: eine unterschiedlich wahrgenommene Zugehörigkeit zur Gruppe der Medizinstudierenden, einen geringen akademischen Nutzen von Kontakten zu internationalen Studierenden, die soziokulturellen Rahmenbedingungen des Medizinstudiums sowie individuelle Strategien der internationalen Medizinstudierenden im Umgang mit der Integration in ihren Jahrgang. Die Netzwerke deutscher TeilnehmerInnen waren größer und beinhalteten mehr studienrelevante Ressourcen als die ihrer internationalen KommilitonInnen. Diese unterhielten zudem mehr negative bzw. demotivierende Kontakte in ihren Netzwerken.

Schlussfolgerung:

Die vorliegende Studie erweitert bestehende Erkenntnisse zur Bildung und Erhaltung des sozialen Umfelds im Medizinstudium um die Einsicht in die Wahrnehmung einer Untergruppe von Medizinstudierenden. Ein besseres Verständnis dieser sozialen Prozesse ermöglicht eine effektive Evaluation von Unterstützungs- und Lehrangeboten für die Untergruppe der internationalen Medizinstudierenden in Deutschland.

11 Thesen

- (1) Mangelnde deutsche Sprachkompetenz und unzureichende schulische Vorbereitung sind langjährige zentrale Argumente zur Begründung der schlechteren akademischen Leistungen von internationaler Medizinstudierenden. Die geringe Studienleistung bei Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, aber deutschem Abitur (sogenannte Bildungsinländerinnen und Bildungsinländer) sowie die Isolation von internationalen Medizinstudierenden in ihren Jahrgängen begründen nun ein zunehmendes Interesse am Erklärungsansatz der sozialen Integration.
- (2) Bisherige Studien basieren meist auf Fragebogenerhebungen, welche neben einer quantitativen Problemwahrnehmung nur unzureichend Einblicke in das Erleben der sozialen Integration von internationalen Medizinstudierenden ermöglichen. Qualitative Untersuchungen wie die vorliegende Studie erlauben stattdessen detailreiche Einblicke in diese Prozesse.
- (3) Alle Studierenden erleben eine soziale Identität als Medizinstudierende, welche sie sowohl von bekannten Gruppen (z.B. Familie) trennt, als auch in der neuen Gruppe der Medizinstudierenden verankert.
- (4) Internationale Medizinstudierende erleben zusätzlich eine soziale Identität als internationale Studierende, welche sie von deutschen Studierenden trennt und mit anderen internationalen Studierenden verbindet. Deutsche Studierende erleben keine soziale Identität auf Grundlage ihres Status als Inländerinnen und Inländer.
- (5) Im Studienverlauf erleben alle Medizinstudierenden eine Kosten-Nutzen Abwägung bezüglich ihrer sozialer Kontakte. Dies liegt in den zunehmenden Leistungsanforderungen und des damit einhergehenden Leistungsgefälles innerhalb ihres Jahrgangs begründet.
- (6) Bedingt durch den höheren Aufwand bei der Erhaltung von Kontakten zu internationalen Medizinstudierenden, schneiden diese bei der Kosten-Nutzen Abwägung häufig schlecht ab.
- (7) Der höhere Erhaltungsaufwand von Kontakten zu internationalen Medizinstudierenden begründet sich in deren Position als Minderheit im Jahrgang, der Wahrnehmung unterschiedlicher Gruppenzugehörigkeiten, den kulturellen Unterschieden, den unterschiedlichen akademischen Leistungen, den sprachlichen Hürden sowie den Rahmenbedingungen des Medizinstudiums.

- (8) Beim Umgang mit Integration im Studium finden sich sowohl deutsche als auch internationale Medizinstudierende mit einer aktiven sowie passiven Herangehensweise. Unabhängig davon erscheint bei deutschen Medizinstudierenden das Outcome positiver als bei internationalen Medizinstudierenden. Hierzu gehören:
- a. Die Netzwerke von deutschen Medizinstudierenden sind im Vergleich zu denen der internationalen Medizinstudierenden häufig größer und dichter.
 - b. Die Menge an Netzwerkkontakten mit konkreten Ressourcen für die teilnehmenden Studierenden, ist bei deutschen Medizinstudierenden größer als bei internationalen Medizinstudierenden.
 - c. Mit Bezug zum Medizinstudium sind Nicht-EU Medizinstudierenden der größten Menge an Netzwerkkontakten ausgesetzt, welche sie negativ im Studium beeinflussen.
- (9) Die Differenzierung zwischen EU und Nicht-EU internationalen Medizinstudierenden ist sinnvoll, da EU Studierende zwar die soziale Identität als internationale Studierende erleben, aber ihre Netzwerkstrukturen (Größe, Dichte, Ressourcen) oftmals denen der deutschen Studierenden ähneln.
- (10) Angesichts der Ergebnisse, sollte der Begriff *Gemeinschaft* der Medizinstudierenden in Lovells' Modell zu Gruppendynamiken unter Medizinstudierenden um den Begriff *Gesellschaft* erweitert werden. Diese erlaubt eine präzisere Beschreibung von Randgruppen unter Medizinstudierenden (z.B. internationale Medizinstudierende), welche zwar ebenfalls den Rahmenbedingungen aus Lovells' Modell unterliegen, diese allerdings nicht gleichermaßen beeinflussen können wie Studierende innerhalb der Gemeinschaft.

12 Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, Timo Astfalk, dass ich die eingereichte Dissertation selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Timo Astfalk

Rostock, 16.01.2020

