

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle
Versorgung der Universität Tübingen

**Qualitätsmanagement in der allgemeinmedizinischen Lehre
unter dem Aspekt der studentischen Partizipation – Status
quo und Lösungsansatz in Form eines
multiperspektivischen Qualitätszirkels**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

Steffen, Marie-Theres

2022

Dekan: Professor Dr. B. Pichler
1. Berichterstatter: Professorin Dr. S. Joos
2. Berichterstatter: Professorin Dr. A. Herrmann-Werner

Tag der Disputation: 09.05.2022

Widmung

"Pour voir clair, il suffit souvent de changer de point de vue"
Um klar zu sehen, genügt oft ein Wechsel der Blickrichtung.

-Antoine de Saint-Exupéry

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
1 Einleitung	6
1.1 Qualität und Qualitätsmanagement	6
1.1.1 Die Definition von Qualität und Qualitätsmanagement im Bildungsbereich	6
1.1.2 Beispiele zu Qualitätsdefinitionen in der Lehre aus der Literatur	8
1.1.3 Lerntheoretische Grundlage	9
1.1.4 Qualitätsdefinition in dieser Dissertation	10
1.1.5 Entwicklung des Qualitätsmanagements in der medizinischen Ausbildung	10
1.1.6 Die Herausforderungen der Lehre im primärversorgenden Bereich	11
1.1.7 Die Bedeutung von Qualitätsmanagement in der medizinischen Hochschullehre in Deutschland bis heute	15
1.2 Der Tübinger Qualitätszirkel	15
1.2.1 Definition Qualitätszirkel	15
1.2.2 Allgemeine Entwicklung und Nutzen von Qualitätszirkeln	16
1.2.3 Rahmenbedingungen des Tübinger QZ	16
1.2.4 Multiperspektivität als Schwerpunkt	18
1.3 Zielsetzung und Fragestellungen	19
2 Material und Methoden	21
2.1 Allgemeines methodisches Vorgehen	21
2.2 Quantitativer Anteil	22
2.2.1 Entwicklung und Aufbau des Fragebogens	22
2.2.2 Studienteilnehmende und Rekrutierung	24
2.2.3 Durchführung der Befragung	24
2.2.4 Auswertung	25
2.3 Qualitativer Teil	26
2.3.1 Studienteilnehmende	26
2.3.2 Durchführung der Interviews	26
2.3.3 Auswertung mittels Grounded Theory	27
2.3.4 Anwendung der Methode in dieser Arbeit	32
3 Ergebnisse	34
3.1 Quantitativer Teil	34
3.1.1 Fragebogen	34
3.1.1.1 Daten zu den Teilnehmenden	34
3.1.1.2 Qualitätssicherung an der allgemeinmedizinischen Einrichtung	36

3.1.1.3	Strukturelle und inhaltliche Aspekte zum Blockpraktikum	39
3.1.1.4	Kommunikation	42
3.1.1.5	Didaktische Schulungen	44
3.1.1.6	Fallbeispiele	45
3.2	Qualitativer Anteil	48
3.2.1	Durchführung der Interviews	48
3.2.2	Kategoriensystem	48
3.2.3	Phänomene	51
3.2.3.1	Phänomen 1: Die Teilhabe der einzelnen Teilnehmenden am Qualitätszirkel	51
3.2.3.2	Phänomen 2: Die Dynamik der einzelnen Sitzung	57
3.2.3.3	Phänomen 3: Die kontinuierliche Arbeit des Qualitätszirkels	64
3.2.3.4	Phänomen 4: Die subjektiven Auswirkungen des Qualitätszirkels	69
3.2.4	Selektives Kodieren: dynamische Kontinuität	74
4	Diskussion	79
4.1	Diskussion der Methodik	79
4.1.1	Studiendesign	79
4.1.2	Quantitativer Teil	80
4.1.3	Qualitativer Teil	81
4.1.3.1	Stichprobe	81
4.1.3.2	Reliabilität	82
4.1.3.3	Validität	83
4.2	Diskussion der Ergebnisse	85
4.2.1	Bedarf von Qualitätssicherung in der allgemeinmedizinischen Lehre	85
4.2.2	Beitrag des Qualitätszirkels	87
4.2.2.1	Studentische Teilhabe	87
4.2.2.2	Multiperspektivität lernen	89
4.2.3	Die dynamische Kontinuität im Qualitätszirkel	90
4.3	Ausblick	93
5	Zusammenfassung	95
6	Literaturverzeichnis	97
7	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	103
7.1	Abbildungsverzeichnis	103
7.2	Tabellenverzeichnis	103
8	Anhang	104
8.1	Quantitativer Teil	105
8.1.1	Anschreiben per Mail	105

8.1.2	Umfrage unter den allgemeinmedizinischen Einrichtungen in Deutschland	106
8.2	Qualitativer Teil	116
8.2.1	Probandeninformation	116
8.2.2	Einverständniserklärung zum Datenschutz	118
8.2.3	Interviewleitfaden	121
9	Erklärung zum Eigenanteil	122
10	Veröffentlichungen	123
11	Danksagung	124

Abkürzungsverzeichnis

AM: Allgemeinmedizin

bvmd: Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.

DEGAM: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DOPS: Direct Observation of Procedural Skills

DREEM: Dundee ready educational environment measure

EDV: Elektronische Datenverarbeitung

ENQA: European Association for Quality Assurance in Higher Education

IMPP: Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen

ISO: Internationale Organisation für Normung

IT: Informationstechnik

MCPI: Manchester clinical placement index

Mini-CEX: Mini-Clinical Evaluation Exercise

OSCE: Objective Structured Clinical Examination

PJ: Praktisches Jahr

QM: Qualitätsmanagement

QZ: Qualitätszirkel

SOAP: Subjective Objective Assessment Plan

TQM: Total Quality Management

UKT: Universitätsklinikum Tübingen

1 Einleitung

Im Wintersemester 2020/2021 erhielten knapp 13.000 Studierende ihre Approbationsurkunde (Hochschulrektorenkonferenz, 2020) und damit die Berechtigung zur ärztlichen Tätigkeit. Eine Zielgröße der bis dorthin stattgefundenen ärztlichen Ausbildung ist nach §1 der Approbationsordnung: „*Der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist.*“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2002). Als Teil dieser universitären Ausbildung hat sich die Allgemeinmedizin in den letzten Jahren als Lehr- und Prüfungsfach an deutschen Universitäten zunehmend etabliert, sodass mittlerweile an fast jeder medizinischen Fakultät in Deutschland Lehrstühle für Allgemeinmedizin eingerichtet sind. Angesichts der Zunahme allgemeinmedizinischer Lehrinrichtungen erscheint es umso wichtiger, die Qualität dieser sicherzustellen, um eine qualitativ hochwertige Lehre zu ermöglichen und eine gute Versorgung der Patient:innen durch die zukünftigen Mediziner:innen sicherzustellen.

1.1 Qualität und Qualitätsmanagement

1.1.1 Die Definition von Qualität und Qualitätsmanagement im Bildungsbereich

Für die Betrachtung von Qualitätsmanagement ist eine Definition des Qualitätsbegriffes notwendig. Gleichzeitig greifen manche Qualitätsbegriffe auf Prozesse des Qualitätsmanagements zurück, weshalb diese Begriffe in den folgenden Abschnitten gemeinsam erläutert werden.

Es gibt nach Harvey und Green (2000) unterschiedliche Definitionen von Qualität. Qualität kann auf ein Endprodukt ausgerichtet sein, was auch *Fitness for Purpose* genannt wird. Dabei ist das Ziel der qualitätssichernden Maßnahmen das Erfüllen vorher festgelegter Zielkriterien. Im medizinischen Bildungskontext könnte ein Zielkriterium sein, dass die Studierenden befähigt sind als Arzt oder Ärztin tätig sein zu. Somit wäre eine Maßnahme im Qualitätsmanagement, unter dieser Definition von Qualität, die Umstellung einer rein theoretischen Prüfung auf ein mündlich-praktisch orientiertes Format, wie den *Objective structured clinical examination* (OSCE).

Ein weiterer Aspekt in der Definition von Qualität ist nach Harvey und Green (2000) der Begriff *Consistency*. Dabei wird davon ausgegangen, dass man nicht die Produkte oder Dienstleistungen selbst einer Qualitätssicherung unterzieht, sondern die Rahmenbedingungen, unter denen sie entstehen, optimiert. Somit wäre beispielsweise das Setzen von Feedbackanreizen während eines Praktikums im Rahmen einer standardisierten Vorbereitung der Lehrärzt:innen, sowie der Studierenden, eine qualitätssichernde Maßnahme. Unter diesen beiden Aspekten – *Fitness for Purpose* und *Consistency* – sind Methoden des Qualitätsmanagements als eine Übereinstimmung mit zuvor definierten standardisierten Prozessen und Ausrichtung dieser Prozesse auf ein institutionell definiertes Ziel zu verstehen (Harvey und Green, 2000).

Durch die Beschäftigung mit Qualitätsmanagement wird auf institutioneller Ebene und bei den Studierenden ein Umwandlungsprozess angestoßen, der eine Veränderung von Werten und Einstellungen mit sich führt: „*Anders als bei anderen Dienstleistungen, bei denen der Dienstleister etwas für den Konsumenten tut, vollziehen Bildungsentwicklungen etwas am Konsumenten.*“ (Harvey und Green, 2000 S. 31). Dies zeigt den Unterschied vom Qualitätsmanagement im Dienstleistungsbereich zu dem Qualitätsmanagement im Bildungsbereich auf. Qualität wird dabei als Transformationsprozess („*Quality as Transformation*“) definiert, dessen Ziel es ist, bei allen Adressat:innen der Lehre persönlich und institutionell einen kontinuierlichen, auf ein Ziel gerichteten Veränderungsprozess herbeizuführen (Harvey und Green, 2000).

Stimmt das Produkt, in diesem Fall die Lehre bzw. der Kompetenzgewinn des Studierenden, nicht mit den festgelegten Standards überein, werden Schritte unternommen, um die Prozesse anzupassen (Kayyal und Gibbs, 2012). Im Falle von klinischen Praktika steht dabei weniger die Anpassung der Inhalte im Fokus, sondern die des Lehrprozesses und der Lernerfahrung von Studierenden (James und Osborne, 1999). Diese Prozesse sind aufgrund der komplexen Umgebung in der dezentralen Lehre mit einer klassischen studentischen Evaluation, welche sich häufig auf die Qualität des Lehrenden fokussiert, mangelhaft darstellbar (Zayas et al., 1999).

Qualitätsmanagement wird von Reinbacher (2017) als Auseinandersetzung mit dem Ist-Zustand und einem Soll-Zustand beschrieben. Beide Zustände rekrutieren sich aus der erbrachten Leistung der Einheit, sowie deren Funktion. Diese beiden Aspekte sind im

hohen Maße abhängig von der jeweiligen Perspektive der interessierten oder nutzenden Personen, sogenannte *Stakeholder*, und der erbrachten Leistung oder der zu erbringenden Funktion (Reinbacher, 2017).

1.1.2 Beispiele zu Qualitätsdefinitionen in der Lehre aus der Literatur

Im Falle der medizinischen Ausbildung gibt es unterschiedliche Definitionen von Qualität und deren Adressat:innen, welche im Folgenden beispielhaft beschrieben werden.

De Leeuw et. al. (2016) beruft sich in seiner Publikation zur Analyse von medizinischem *e-Learning* bei Studierenden auf die Definition von Qualität, welche auf das Endprodukt ausgerichtet ist. Er macht aber auch deutlich, dass es keine einheitliche Definition von Qualität gibt. Ein Produkt gilt dann als qualitativ hochwertig, wenn es die Erwartungen der adressierten Person und die der Produzierenden erfüllt, Standards entspricht und die Qualität des Produktes zu einer Zufriedenheit beim Adressaten führt. Er betont, dass der Fokus des *e-Learnings* auf den Lernenden sein sollte und nicht auf dem *e-Learning* an sich, weshalb hier als Adressat:innen der Lehre die Lernenden zu verstehen sind (De Leeuw et al., 2016).

Bei der Einführung eines qualitätssichernden Systems an der medizinischen Fakultät der Universität Damaskus beschreiben Kayyal und Gibbs (2012) eine ähnliche Definition von Qualität wie De Leeuw. Hier umfasst der Qualitätsbegriff ebenfalls, dass bestimmte Anforderungen erfüllt werden sollen. Diese Anforderungen können nach den Autoren sowohl im Vorhinein festgelegt als auch implizit vorhanden sein. Zusätzlich zu den Lernenden, bezieht Kayyal als Kund:innen-Gruppe des Qualitätsmanagements auch die Patient:innen und die medizinische Fakultät mit in den Begriff der Adressat:innen ein (Kayyal und Gibbs, 2012).

In De Bucourts (2007) Publikation zur Etablierung eines Qualitätsmanagement-Systems an einem epidemiologischen Institut beschreibt er, dass Qualität sowohl im Dienstleistungsbereich als auch in der Medizin zur grundlegenden wirtschaftlichen Sicherung einer Institution beiträgt. Diese Sicherung ist durch das Eingehen von neuen Kund:innen-Beziehungen und dem Erhalten vorhandener Beziehungen bedingt, was auch in der Medizin immer mehr an Bedeutung gewinnt. Gleichzeitig beschreibt er die

Schwierigkeiten bei der Arbeit mit dem Qualitätsbegriff, da es an einer akzeptierten und eindeutigen Definition mangelt (De Bucourt, 2007).

Shipengrover und James (1999a) wiederum beschreiben den Staat als übergeordneten Adressaten von qualitativ hochwertiger Lehre. Durch eine gute Lehre entstehen gut ausgebildete Mediziner:innen, die mit ihrer Arbeitskraft im Gesundheitssystem benötigt werden und somit im Interesse des Staates stehen. Aber auch die Lernenden selbst werden von Shipengrover und James in den Begriff der Adressat:innen der Lehre miteinbezogen: Betrachtet man Universitäten aus einer systemischen Sicht, ist die grundlegendste Aufgabe die Vermittlung von Wissen in den einzelnen Veranstaltungen. Jede einzelne Veranstaltung trägt dabei weiter zu dem Lernprozess bei, an dessen Ende ausgebildete Mediziner:innen stehen. Lernende sind dabei nicht zwangsläufig als die Adressat:innen des Inhaltes eines Kurses zu verstehen. Vielmehr kann man sie als Empfangende einer Anleitung, welche den Prozess des Lernens bedingt, sehen. Dieser Prozess der Lernenden wird von Shipengrover und James als Qualität bezeichnet, die von verschiedenen Faktoren abhängig ist. Sowohl Lehrende, das Umfeld, das Patient:innen-Kollektiv, als auch die Lernenden selbst beeinflussen die Lernerfahrung innerhalb eines Kurses. Die Lernerfahrung findet in einem Setting statt, das von Shipengrover als *black box* bezeichnet wird. Durch die vielen unterschiedlichen Einflussfaktoren ist es schwierig die Lernerfahrung der Studierenden objektiv zu messen. Das Ziel eines Kurses ist deshalb die Lernerfahrung an sich, welche als Zwischenziel zufriedene Studierende hat und als Fernziel kompetente Mediziner:innen (Shipengrover und James, 1999b).

1.1.3 Lerntheoretische Grundlage

Dieser Abhandlung wird Kolbs (2015) erfahrungsbasierte Lerntheorie zu Grunde gelegt. Diese Theorie entstammt der Tradition konstruktivistischer Lerntheorien. Allen konstruktivistischen Lerntheorien liegt zugrunde, dass Lernende neues Wissen konstruieren, indem sie Erfahrungen im sozialen Raum in die persönliche Biografie integrieren. Lernen wird dabei insbesondere als sozialer Prozess verstanden und neues Wissen führt auch zu einer persönlichen Veränderung der Lernenden. Kolbs Modell versteht somit Lernprozesse in der Praxis als erfahrungsbasierte Transaktion zwischen Lernenden und Lernumgebung im sozialen Kontext des Lernens (Kolb, 2015).

1.1.4 Qualitätsdefinition in dieser Dissertation

Vor dem Hintergrund des lerntheoretischen Modells von Kolb verwendet diese Dissertation die oben erläuterten Qualitätsbegriffe *Consistency* und *Transformation* (Harvey und Green, 2000). Die in dieser Studie untersuchte qualitätssichernde Maßnahme hat somit nicht die Übereinstimmung mit zuvor definierten Standards eines Endproduktes zum Ziel, sondern die Ausrichtung von Lehrprozessen und die daraus resultierenden Veränderungen auf die Lernenden durch die Lehre. Die Adressat:innen der Qualitätssicherung sind in diesem Fall – ähnlich zu den vorherig genannten Beispielen – die Studierenden. Dabei liegt der Schwerpunkt inhaltlich wie methodisch auf der allgemeinmedizinischen Lehre, die sich durch das ambulante Setting im Niedrigprävalenzsektor auszeichnet. Die Lehre trägt zur Erfüllung der universitären Aufgabe einer Ausbildung von Mediziner:innen im Fach Allgemeinmedizin bei. Es wird angenommen, dass eine fundierte und gute Ausbildung von Mediziner:innen schlussendlich auch zu einer guten Patient:innen-Versorgung führt, die nicht aus der reinen Prävention und Therapie von einzelnen Symptomen besteht, sondern den Menschen ganzheitlich betrachtet und behandelt. Qualitätsmanagement wird in diesem Zusammenhang als ein wichtiger Faktor zur Erreichung dieses Ziels betrachtet.

1.1.5 Entwicklung des Qualitätsmanagements in der medizinischen Ausbildung

Qualitätsmanagement kann auf eine lange Geschichte zurückgreifen und wurde bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts wissenschaftlich beschrieben (Taylor, 1911). Im weiteren zeitlichen Verlauf hielt Qualitätsmanagement unter ständiger Weiterentwicklung in vielen Bereichen, beispielsweise in der Industrie, Einzug (Zollondz, 2011). Während es dort schon seit Mitte des 20. Jahrhunderts regelhaft genutzt wird, um die Effektivität eines Produktionsprozesses zu steigern, findet strukturiertes Qualitätsmanagement in der Lehre erst seit den 1990er Jahren statt (Sallis, 2002).

Im Hochschulsektor gewinnt die Qualitätssicherung zunehmend an Bedeutung und rückt in das Bewusstsein der Lehrstuhlinhabenden (Meier, 2017). Dennoch werden nach Peck und Reitzug (2012) trotz der vermehrten Bestrebungen unter anderem Konzepte zur Qualitätssicherung fast unverändert aus dem betriebswirtschaftlichen Sektor in den Bildungsbereich importiert. Häufig führt dies zu frustrierten Ergebnissen, da die zu

implementierenden Konzepte nicht an die Begebenheiten des Bildungssektors angepasst werden. Dies hat zur Folge, dass sie nach kurzer Zeit wieder verworfen werden müssen (Peck und Reitzug, 2012).

Sallis (2002) beschreibt, dass Lehre dabei kein konkretes Produkt darstellt, sondern eine Dienstleistung, die erbracht wird. Der Beziehung zwischen den Kund:innen oder Adressat:innen und den Erbringer:innen von Lehre kommt dabei eine besondere Rolle zu, da die Qualität der Dienstleistung von beiden unmittelbar beeinflusst wird. Die Erfassung einer Dienstleistungsqualität birgt einige Schwierigkeiten, die es bei den klassischen Produktionsprozessen aus der Industrie nicht gibt. Dazu zählen unter anderem der direkte Kontakt zwischen den Erbringer:innen und Empfänger:innen von Lehre, als auch die Tatsache, dass man stattgefundene Lehre im Nachhinein nicht mehr verbessern kann und die Schwierigkeit die Qualität dieser Dienstleistung messbar zu machen (Sallis, 2002).

Sallis (2002) Konzept vom totalen Qualitätsmanagement (TQM) beschreibt zur Qualitätssicherung im Bildungsbereich deshalb einen kontinuierlichen Prozess, der sich durch eine enge Empfänger:in-Erbringer:in-Beziehung auszeichnet. Auch wenn die Empfänger:innen von Lehre in diesem qualitätssichernden Prozess die primäre Rolle spielen, sind die Erbringer:innen nicht zu vernachlässigen (Sallis, 2002).

In Deutschland gibt es nur wenige nationale Bestrebungen, medizinische Lehre einem standardisierten Qualitätsmanagement zuzuführen. Die standortgebundene Ausprägung der Lehre spielt in unserem föderalistischen System eine tragende Rolle bei der Ausbildung von Disparitäten (Lin-Klitzing, 2019). Insbesondere die allgemeinmedizinischen Institute stehen vor einer großen Herausforderung, da eine flächendeckende Institutionalisierung der Allgemeinmedizin an den Universitäten erst in den letzten Jahren stattgefunden hat (Richter-Kuhlmann und Rieser, 2015).

1.1.6 Die Herausforderungen der Lehre im primärversorgenden Bereich

Medizinische Lehre im klinischen Kontext bringt komplexe Herausforderungen für die Lehrenden mit sich, wie beispielsweise die unterschiedlichen Wissensstände der Studierenden, die Unvorhersehbarkeit und das Spektrum an klinischen Fällen oder die Anwesenheit von Patient:innen (McGee und Irby, 1997). Diese Herausforderungen finden sich auch im Setting der primärversorgenden Praxen und erfordern eine

Auseinandersetzung damit, sowie eine zielführende Vorbereitung der Lehrenden (Hewson, 1992, Lawson und Flocke, 2009).

Qualitätsmanagement in der medizinischen Lehre sollte sich somit neben der Curriculums-Entwicklung auch damit beschäftigen, wie die Inhalte vermittelt werden sollen, um diesen Herausforderungen zu begegnen. Dies entspricht dem *Instructional Design*, also der Art und Weise wie Inhalte vermittelt werden. Die Entwicklung und Anpassung eines Curriculums spiegeln sich in dem *Curriculum Design* wider, welches sich mit den konkret zu vermittelnden Inhalten beschäftigt. Somit wird bei der Fokussierung auf das *Instructional Design* nicht entschieden, welche konkreten Fakten gelehrt werden, sondern wie man das Wissen unter Berücksichtigung der individuellen Herausforderungen an die Studierenden vermitteln kann (Snell et al., 2019). Lehrende stehen dabei oft in dem Konflikt Lehren und Arbeiten miteinander verbinden zu müssen. Diese Herausforderung bietet gleichzeitig aber auch die Chancen den Studierenden das arbeitsplatzbasierte Lernen für ihre eigene spätere medizinische Tätigkeit nahe zu bringen (Morris, 2019).

In Tübingen gibt es ungefähr 250 hausärztliche Lehrpraxen, welche einen Lehrvertrag mit dem Institut für Allgemeinmedizin geschlossen haben und sich in einem Umkreis von ca. 70 km um die Universität Tübingen befinden. Pro Semester absolvieren ungefähr 160 Studierende das zweiwöchige Blockpraktikum Allgemeinmedizin in diesen Lehrpraxen. Die Rekrutierung und Schulung dieser Lehrpraxen stellt die allgemeinmedizinischen Einrichtungen vor komplexe Herausforderungen (Hydes und Ajjawi, 2015, Alberti und Atkinson, 2018). Neben diesen organisatorischen Besonderheiten bei der Verteilung der Studierenden auf die Praxen finden sich auch didaktische Charakteristika der ambulanten Lehre. Die Studierenden profitieren von einer 1:1-Betreuung, der Möglichkeit zum selbstständigen Arbeiten und einer familiären Atmosphäre (Gottlob et al., 2019, Turkeshi et al., 2015), treffen aber auch auf unselektierte Patient:innen-Fälle im Niedrigprävalenzbereich und heterogene Lehrpraxen und -ärzt:innen (Franco et al., 2019). Die Heterogenität von Lehrpraxen und Lehrpersonen wird dabei auch als *black box* bezeichnet (Shipengrover und James, 1999a).

Die Allgemeinmedizin erfreut sich unter den Studierenden in den höheren klinischen Semestern einer steigenden Beliebtheit, wie eine Studie aus dem allgemeinmedizinischen

Institut in Jena zeigt. Für ihr ambulantes Wahlfach, welches im Zuge des Masterplans 2020 im Praktischen Jahr (PJ) eingeführt werden wird, würde sich die Mehrzahl der Studierenden für die Allgemeinmedizin entscheiden (Petruschke et al., 2020). Auch durch die Stärkung der Allgemeinmedizin im Zuge der Neustrukturierung Masterplan 2020 (Wissenschaftsrat, 2018) kann man zukünftig eine steigende Anzahl an Studierenden und PJ-Studierenden in allgemeinmedizinischen Praxen erwarten. Dies generiert einen weiteren Bedarf an Qualitätssicherung in der dezentralen Lehre.

In den kommenden Jahren werden fast alle Hochschulstandorte einen allgemeinmedizinischen Lehrstuhl haben. Zur Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen der allgemeinmedizinischen Lehre gibt es an den jeweiligen Standorten unterschiedliche Herangehensweisen, die bislang nicht wissenschaftlich beforscht worden sind. In der medizinischen Forschung werden immer wieder Fragebögen genutzt, um Daten zu erheben. Bei der Abbildung der dezentralen Lehre gibt es bisher nur vereinzelte Erhebungen mittels Fragebögen, von denen einige hier beispielhaft erläutert werden.

Baldor et al. (2001) erhoben von einigen zufällig ausgewählten niedergelassenen Ärzt:innen aus den Fachbereichen Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Pädiatrie in den USA Daten zu deren Wahrnehmung und ihren Bedürfnissen in Bezug auf Medizinstudierende in ihrer Praxis.

In dem Fragebogen wurden neben den demografischen Angaben der Ärzt:innen und ihrer Praxen insgesamt 20 Items mittels einer 5-Punkte-Likert-Skala abgebildet. Die Items beinhalteten unter anderem den Einfluss der Studierenden auf die Produktivität der Ärzt:innen, die Ärzt:innen-Patient:innen-Beziehung oder die Qualität der praktischen Tätigkeit. Aber auch Rahmenbedingungen, wie Ausgleichszahlungen, der elektronische Zugang zu der medizinischen Bibliothek der Universität oder geplante Termine mit der medizinischen Fakultät wurden erhoben. In der Publikation finden sich keine Angaben zu der Erstellung des Fragebogens (Baldor et al., 2001).

Eine weitere Studie aus dem Jahr 2018 an der Universität Limerick in Irland verglich zwei unterschiedliche Methoden zur Darstellung von klinischen Lernumgebungen bei Hochschulabsolvent:innen: Den *Dundee ready educational environment measure* (DREEM) und den *Manchester clinical placement index* (MCPI). Die Analyse mit

DREEM ist dabei die aktuelle Standardmethode, während der MCPI-Score erst kürzlich entwickelt wurde.

Der DREEM-Fragebogen besteht aus 50 Items, die anhand einer 5-Punkte-Likert-Skala bewertet werden sollen. Die Items sind auf fünf Themengebiete aufgeteilt. Jedes Item ist mit einer Punktzahl von 0-4 bewertet, was zu einer maximalen Gesamtpunktezahl von 200 führt. Je nach Punktzahl lassen sich die anhand der Bewertungsrichtlinie des DREEM Rückschlüsse auf die Qualität der Lernumgebung ziehen. Am Ende des Fragebogens befindet sich zusätzlich die Möglichkeit für freie Kommentare. Der Fragebogen ist die Standarderhebungs-Methode der Universität Limerick und wird zweimal jährlich verschickt.

Der MCPI besteht aus zwei Themengebieten mit insgesamt acht Fragen, die auf einer 7-Punkte-Likert-Skala erfasst werden. Weiterhin gibt es zu jedem Item zwei offene Fragen. Die maximale Punktzahl ist 48. Der Fragebogen basiert auf der *Experience-Based-Learning-Theorie* (Kolb, 2015).

In der Umfrage, die im Rahmen dieser Studie durchgeführt wurde, wurden beide Evaluationsmethoden abgefragt, sowie weitere Items hinzugefügt, die die Erfahrung und Bewertung von DREEM und MCPI der Studierenden abbilden soll. Die Studie kam zu dem Schluss, dass der MCPI von den Proband:innen bevorzugt wurde, da er zu einer detaillierteren Beschreibung der Lernumgebung anregt (Hyde et al., 2018).

An der Universität Halle wurde 2008 ein Fragebogen zur Abbildung der Lehrmotivation und Evaluationsbereitschaft aller Lehrpraxen auf der Basis von Fokusgruppen- und Telefoninterviews erstellt. Dieser Fragebogen umfasst insgesamt 36 Items aus fünf Themengebieten (Lehrmotivation, Evaluationsbereitschaft, Fortbildungen in der Lehre, Vermittlung praktischer Fertigkeiten und Kenntnisse, Ausstattung der Lehrpraxis). Die einzelnen Themengebiete wurden mit einer 5-Punkte-Likert-Skala bewertet. Zudem erfolgten demografische Angaben zu den Lehrpraxen und den Lehrärzt:innen. (Klement et al., 2011).

Zusammenfassend fällt auf, dass, neben den demografischen Angaben, in den meisten Fällen eine Likert-Skala genutzt wurde, die entweder aus fünf oder sieben Abstufungen

bestand. Sofern Angaben zur Erstellung der Fragebögen gemacht wurden, hatten diese Fokusgruppen- und Telefoninterviews oder Lerntheorien als Grundlage.

1.1.7 Die Bedeutung von Qualitätsmanagement in der medizinischen Hochschullehre in Deutschland bis heute

Durch die Komplexität der Aufgaben der allgemeinmedizinischen Institute in der Lehre gewinnt Qualitätsmanagement zunehmend an Bedeutung, sei es zur Vermeidung von Fehlern und Problemen oder zur Verbesserung des Kompetenzzuwachses der Studierenden (MFT, 2015).

Nur wenn die Prozesse der Lehre ständig überprüft werden, kann es zu Verbesserungen kommen. Dabei kann die medizinische Lehre in Deutschland von anderen Professionen und Sichtweisen, wie beispielsweise der Wirtschaft oder der Pädagogik, lernen. Grundsätzlich muss zunächst definiert werden, welcher Qualitätsbegriff dem Qualitätsmanagement zu Grund liegt.

1.2 Der Tübinger Qualitätszirkel

Als konkrete qualitätssichernde Maßnahme besteht der Tübinger QZ für die allgemeinmedizinische Lehre seit 2018. Die vorliegende Arbeit untersucht diesen QZ. Im folgenden Kapitel wird zunächst das generelle Konzept eines QZ erläutert. Daran anschließend werden die Entwicklung des Tübinger QZ für die allgemeinmedizinische Lehre und seine Rahmenbedingungen dargelegt.

1.2.1 Definition Qualitätszirkel

Ein QZ bildet sich aus einer kleinen Gruppe von Mitarbeitenden, die sich in regelmäßigen Sitzungen und durch eine Moderatorin oder einen Moderator geleitet, treffen. Dort werden in der Regel hierarchielos Problemlösungen für eigenständig gewählte Probleme konzipiert. Das Ziel ist es dabei bessere Arbeitsbedingungen zu schaffen, indem die erarbeiteten Konzepte umgesetzt und die Ergebnisse selbst kontrolliert werden (Rischar und Titze, 2002). Auch die persönliche Entwicklung der Mitarbeitenden, beispielsweise der Sozialkompetenz oder dem Kommunikationsverhalten, stellt eine Zielgröße in der Arbeit eines QZ dar (Maier et al., 2018).

1.2.2 Allgemeine Entwicklung und Nutzen von Qualitätszirkeln

In der ambulanten Versorgung gibt es seit rund 30 Jahren hausärztliche QZ (Quasdorf und Kleudgen, 2014), die sich deutschlandweit mit ca. 60.000 Teilnehmenden etabliert haben (Quasdorf und Klein-Reick, 2018). Der positive Effekt für die Teilnehmenden wurde in Studien bestätigt (Andres et al., 2010). Auch international konnte ein positiver Effekt von Qualitätszirkeln auf verschiedene Zielbereiche nachgewiesen werden. Hierzu zählen unter anderem der Nutzen für Patient:innen und Lernende, aber auch Veränderungen innerhalb einer Institution oder eines Teams konnten festgestellt werden (Barr et al., 2005).

QZ werden deshalb auch für hausärztlichen Fortbildungen gerne genutzt (Bahrs et al., 2001). Als ein besonderer Vorteil dieser Form der Fortbildung besteht die Möglichkeit des Einbeziehens lokaler Begebenheiten unmittelbar in der QZ-Sitzung (Derboven et al., 2003). Durch die Möglichkeit zur individuellen Anpassung von Didaktik und Struktur, sowie dem Einbeziehen von lokalen Besonderheiten, können unter anderem die gegenseitige Akzeptanz und der emotionale Rückhalt gemeinsam mit dem fachlichen Austausch auf Augenhöhe einen Beitrag zur Professionalisierung und beruflichen Weiterentwicklung liefern (Andres et al., 2015, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2020, Dick und Weisenburger, 2017). Verfügbares Wissen kann durch den QZ an den jeweiligen Fall und die Situation angepasst angewendet werden und legitimiert dort ärztliche Handlungen mit Hilfe von gesicherten Wissensständen (Bahrs und Andres, 2016). Auch die DEGAM schätzt den Nutzen der QZ-Arbeit und empfiehlt beispielweise DMP-Fortbildungsprogramme innerhalb von QZ einzugliedern (DEGAM, 2014).

1.2.3 Rahmenbedingungen des Tübinger QZ

In Anlehnung an das Qualitätszirkel-Modell zum primärärztlichen Qualitätsmanagement entstand der Tübinger QZ für die allgemeinmedizinische Lehre Anfang 2018, um sich den zahlreichen und komplexen Anforderungen an eine gute Lehre in der Allgemeinmedizin zu stellen. Bei der Etablierung des QZ waren insbesondere zwei Ziele formuliert: Zum einen eine Teilnahme von Studierenden am QZ zu ermöglichen und zum anderen eine möglichst multiperspektivische Haltung einzunehmen, um so Änderungen

in der vielschichtigen Struktur, der überwiegend extern stattfindenden Lehre, zeitnah aus der Perspektive der verschiedenen *Stakeholder* validieren zu können.

Der QZ trifft sich zwei bis vier Mal pro Jahr. Es nehmen Tübinger Medizinstudierende, Mitarbeitende aus der Lehrkoordination, den Pflegewissenschaften, der Medizindidaktik, wie auch Lehrärzt:innen teil, um regelmäßig und anlassbezogen über Themen der allgemeinmedizinischen Lehre in Tübingen zu sprechen.

Die Mitglieder stehen in enger Beziehung zur Allgemeinmedizin und zeichnen sich durch ihr Interesse an der Lehrforschung aus.

Bei der Gründung des QZ wurden zunächst gemeinsam die Rahmenbedingungen festgelegt. Dies beinhaltete zum einen den organisatorischen Rahmen mit Ort und Diversität der Teilnehmenden, die sich vor allem auf Alter, Geschlecht und beruflichen Hintergrund bezieht. Die potenziell Teilnehmenden wurden, bei Interesse, eingeladen und die Studierendenvertreter über die Fachschaft rekrutiert, um eine demokratisch gewählte Studierendenvertretung zu erhalten. Des Weiteren wurde ein Zeitlimit für jede Sitzung und die Umgangsformen untereinander festgelegt. Dazu zählen eine offene Atmosphäre, flache Hierarchien und das Einbeziehen aller Teilnehmenden. Diese Maßnahmen sollen Diskussionen anregen und ermöglichen.

Der Ablauf eines Treffens gestaltet sich folgendermaßen:

- Zu Beginn eines jeden Treffens findet ein *Check-In* statt, in dem sich jede Person kurz vorstellt und beschreibt mit welchen Gedanken und Erwartungen er oder sie in die aktuelle Sitzung hineingeht.
- Anschließend folgt die Vorstellung des Ablaufs und es wird bei jeder Sitzung eine Person zur Protokollführung und zum Zeitmanagement bestimmt.
- Im weiteren Verlauf wechseln sich inhaltlicher Input und die Diskussionen unter den Teilnehmenden ab.
- Der inhaltliche Teil endet mit dem Festhalten der Ergebnisse und äquivalent zu dem *Check-In*, findet zuletzt ein *Check-Out* statt, in dem sich alle äußern können.
- Das Thema des nächsten QZ wird gemeinschaftlich nach dem inhaltlichen Ende eines Treffens für den nächsten Termin festgelegt. Dort werden auch

Arbeitsaufträge an die Teilnehmenden verteilt, die bei der nächsten Sitzung gegenseitig vorgestellt werden und als inhaltlicher Input dienen sollen.

1.2.4 Multiperspektivität als Schwerpunkt

In das Konzept des Tübinger QZ floss aus den oben genannten Gründen von Beginn ein multiperspektivischer Gedanke ein. Sowohl Produzierende der Lehre, wie beispielsweise Lehrärzt:innen und Lehrkoordinator:innen, als auch Empfangende der Lehre, wie die Studierenden, erarbeiten somit gemeinsam problemorientiert konkrete Lösungsvorschläge aus den verschiedenen jeweiligen Perspektiven.

Für den klinischen Kontext finden sich Studien zum Qualitätsmanagement unter der Teilhabe von unterschiedlichen Berufsgruppen. Basierend auf den dort nachgewiesenen Erfolgen existieren klare Empfehlungen für das interprofessionelle Qualitätsmanagement, beispielsweise auf Intensivstationen (Curtis et al., 2006).

Der produktivitätssteigernde Effekt von Multiperspektivität in qualitätssichernden Maßnahmen konnte im Gesundheitssystem unter anderem auch von Harris et al. bereits aufgezeigt werden. Besonders hilfreich war hier die Diversität der Beteiligten im qualitätssichernden Prozess, durch erfahrene Kolleg:innen in Führungspositionen und direkten Mitarbeitenden aus den beteiligten Abteilungen. Zudem wurde die Teilhabe von administrativ und koordinativ tätigen Mitarbeitenden im Qualitätsmanagement als hilfreich für eine erfolgreiche Zusammenarbeit dargestellt. Durch die Mischung der unterschiedlichen Perspektiven kann es zu einer möglichst umfassenden Darstellung der zu behandelnden problematischen Themen kommen und somit auch zu verschiedenen Lösungsansätzen (Harris et al., 2012). Auch Schweitzer beschreibt die förderliche Wirkung von Diversität bei den Teilnehmenden auf den Erfolg einer Kooperation, gerade innerhalb komplexer organisatorischer Einheiten (Schweitzer, 2000).

Diese Diversität findet sich im Tübinger QZ wieder. Eine Besonderheit dieses QZ stellt dabei die studentische Teilhabe dar. Hier lässt sich der QZ mit anderen Branchen, beispielsweise der IT-Branche vergleichen. Dort werden die Empfänger:innen eines Produktes regelmäßig in das Qualitätsmanagement und die Konzeption eingebunden (Johl und Grigsby, 2017).

Der Tübinger QZ arbeitet also nicht in einer reinen *top down*-Ausrichtung, in der sich die Teilhabe der Studierenden auf das Ziel qualitätssichernder Maßnahmen beschränkt, sondern bezieht diese aktiv in das Qualitätsmanagement ein. Dieses bidirektionale Prinzip, auch *bottom up* genannt, bietet die Möglichkeit, anstatt nur auf problematische Situationen zu reagieren, diese proaktiv zu bearbeiten (Johl und Grigsby, 2017).

1.3 Zielsetzung und Fragestellungen

Ziel dieser Arbeit ist die Bestandsaufnahme des Qualitätsmanagements der allgemeinmedizinischen Lehre in Deutschland. Weiterhin soll ein empirisch begründetes Modell für die Arbeit des multiperspektivischen QZ für die allgemeinmedizinische Lehre in Tübingen unter Berücksichtigung der studentischen Partizipation entwickelt werden. Dieses Modell kann zur Weiterentwicklung des Konzeptes und zur Implementierung an anderen Standorten in Deutschland dienen. Langfristig wird das Ziel eines vergleichbaren Qualitätsmanagements der allgemeinmedizinischen Lehre in Deutschland verfolgt. Hiervon werden durch eine qualitativ hochwertige Lehre sowohl die Studierenden als auch die Patient:innen in der Primärversorgung profitieren können.

Entsprechend diesen übergeordneten Zielen wurden verschiedene Fragestellungen konzipiert. Zur Einschätzung des aktuell in den allgemeinmedizinischen Einrichtungen praktizierten Qualitätsmanagements und der Beurteilung des Bedarfs an qualitätssichernden Maßnahmen wurden folgende Fragen formuliert:

- Wie sind die nationalen Begebenheiten (Prozesse, Rahmenbedingungen, Strukturen) für die Qualitätssicherung der allgemeinmedizinischen Lehre?

Mit dieser Befragung sollten auch problematische Bereiche in der Lehre am jeweiligen Standort und das individuelle Vorgehen bei Problemen in der dezentralen Lehre erfasst werden. Auf diesen Ergebnissen aufbauend wurde die Arbeitsweise des lokalen Tübinger QZ unter Berücksichtigung des vorherig ermittelten nationalen Kontextes mit den folgenden Fragestellungen untersucht:

- Wie bearbeitet der lokale QZ in Tübingen ein konkretes Thema mit Bezug auf diesen nationalen Kontext?

Während der Sitzung des lokalen QZ:

- Wie gestaltet sich die Arbeit der einzelnen Teilnehmenden im QZ?
- Welche Beiträge leisten Teilnehmende durch ihre jeweilige Perspektive?
- Wie beeinflussen Teilnehmende die Arbeit des QZ und wie beeinflusst die Arbeit des QZ die Teilnehmenden, sowohl während der Sitzung als auch danach?
- Lassen sich diese gruppenspezifischen und individuellen Prozesse verallgemeinern und ein allgemeingültiges Modell für einen multiperspektivischen QZ im Kontext des Qualitätsmanagements allgemeinmedizinischer Lehre ableiten?
- Welche Rolle spielt die studentische Partizipation in diesem QZ?

2 Material und Methoden

2.1 Allgemeines methodisches Vorgehen

Die Studie bediente sich eines gemischtmethodischen Ansatzes, welcher in Abbildung 1 visualisiert ist. Zunächst wurde eine deutschlandweite quantitative Befragung aller Lehrkoordinator:innen bzw. Lehrstuhlinhaber:innen und administrativ tätigen Mitarbeitenden der allgemeinmedizinischen Institute durchgeführt. Aus diesen Ergebnissen wurde ein national relevantes Thema in der Qualitätssicherung der allgemeinmedizinischen Lehre definiert und im QZ vorgestellt: Die Digitalisierung der allgemeinmedizinischen Lehre.

Im weiteren Verlauf der Sitzung wurde die Thematik von den Teilnehmenden unter Berücksichtigung des nationalen Kontextes bearbeitet und beobachtet. Die anschließend stattfindenden Einzelinterviews wurden mit *Grounded Theory* ausgewertet und ein Modell des QZ abgeleitet. Für diese Studie liegt ein positives Votum (021/2019BO2) der Ethikkommission vom 25.02.2019 vor.

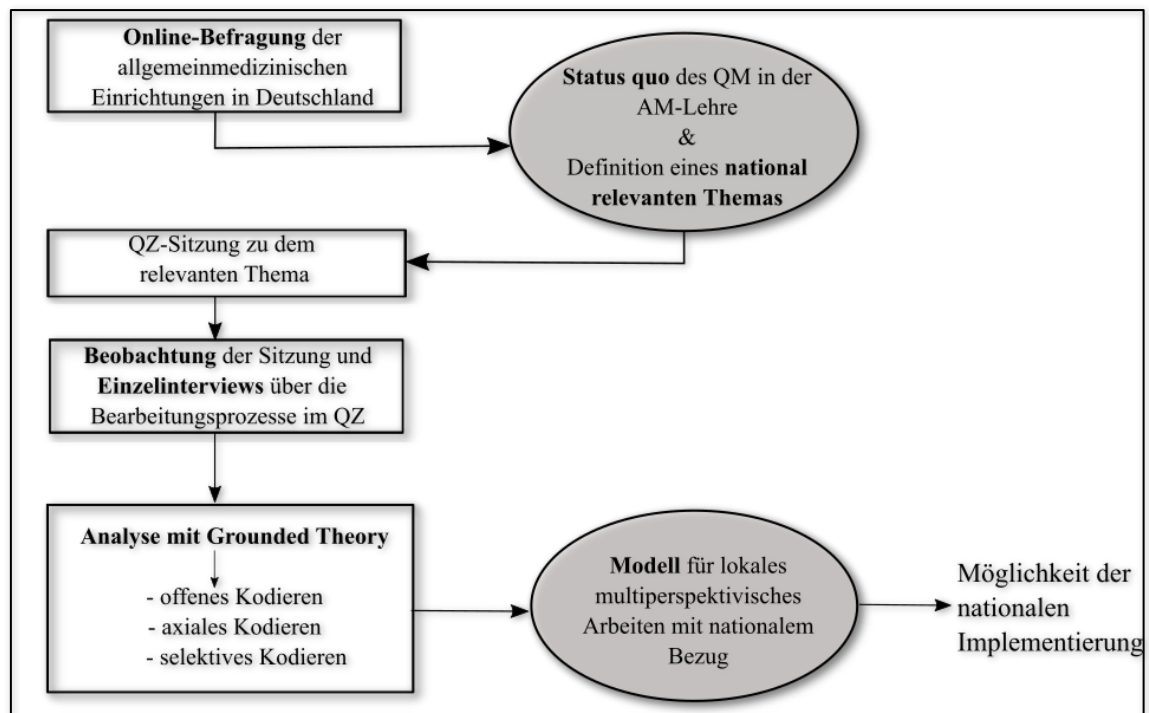


Abbildung 1: Methodisches Vorgehen

2.2 Quantitativer Anteil

Im quantitativen Teil der Studie wurden alle universitären Einrichtungen für Allgemeinmedizin (Lehrbereiche oder Einrichtungen für Allgemeinmedizin) in Deutschland schriftlich kontaktiert und um das anonyme Ausfüllen eines selbst entwickelten Online-Fragebogens gebeten.

2.2.1 Entwicklung und Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen wurde auf Basis einer qualitativen Interviewstudie zu problematischen Situationen zwischen Studierenden und Lehrärzt:innen (Braun, 2022) entworfen und in mehreren Vorgesprächen zwischen dem Lehrkoordinator und der Lehrstuhlinhaberin des Instituts für Allgemeinmedizin Tübingen und der Autorin dieser Arbeit weiterentwickelt.

Vor der eigentlichen Befragung wurde der Fragebogen mehrfach mit der *Think-Aloud-Methode* pilotiert. Die Methode wurde im späten 20. Jahrhundert aus der Kognitionspsychologie weiterentwickelt (Jääskeläinen, 2010). Neben verschiedenen kognitiven Prozessen lässt sich damit auch die Benutzerfreundlichkeit eines Fragebogens testen. Der Teilnehmende wird dazu aufgefordert, den Fragebogen auszufüllen und dabei jeden Gedanken laut auszusprechen (van Someren et al., 1994). Dadurch können Verständnisprobleme aufgedeckt werden (Collins, 2003). In dieser Studie wurde der Fragebogen mit dieser Methode durch erfahrene, an der Studie unbeteiligte, wissenschaftliche Mitarbeitende aus verschiedenen universitären Standorten erprobt. Die Sitzungen wurden anschließend ausgewertet und der Fragebogen nach dieser Evaluation angepasst.

Der Online-Fragebogen wurde allen Teilnehmenden der Befragung – den Lehrkoordinator:innen bzw. Lehrstuhlinhabern:innen und administrativ tätigen Mitarbeitenden – vorgelegt und ist im Anhang unter Kapitel 8.1.2 in einer für den Gebrauch außerhalb der Erhebungssoftware abgeänderten Formatierung einsehbar. Er gliedert sich in drei Abschnitte.

In dem ersten Abschnitt wurde die Qualitätssicherung, strukturelle und inhaltliche Aspekte des Blockpraktikums Allgemeinmedizin, die Kommunikation mit Studierenden und Lehrenden, sowie die didaktische Schulung von Lehrenden abgefragt. Dazu wurden

sowohl Fragetypen mit Einzel- und Mehrfachauswahl als auch Freitextantworten genutzt. Die Herausforderungen und positiven Aspekte in den Prozessen und Strukturen der jeweiligen Institute wurden ausschließlich mit offenen Fragen erhoben.

Der Fragebogen war so gestaltet, dass den Teilnehmenden manche Fragen nur angezeigt wurden, wenn sie in einer vorherigen Frage eine Bedingung, wie beispielsweise die Beantwortung dieser mit „Ja“, erfüllten. So konnte sichergestellt werden, dass auf spezifische Fragen, wie beispielsweise die Benennung von qualitätssichernden Maßnahmen, nur diejenigen antworten, die vorher angegeben hatten, Qualitätssicherung zu betreiben.

In einem zweiten unmittelbar anschließenden Teil der Befragung wurde anhand von drei Fallbeispielen Bezug zu problematischen Situationen genommen. Die Beschreibungen der Situationen stammten aus einer aktuellen Studie zu den Problemen zwischen Lehrärzt:innen und Studierenden im Blockpraktikum Allgemeinmedizin in Tübingen (Braun, 2022): Das erste Fallbeispiel stellte problematisches Verhalten von Seiten der Lehrärzt:innen dar. Im zweiten Fallbeispiel wurde problematisches Verhalten von Studierendenseite thematisiert. Ein didaktisches Problem wurde im dritten Fallbeispiel aufgenommen. Die Fallbeispiele sind im Anhang unter Kapitel 8.1.2 einsehbar.

Mit diesen Fallbeispielen sollte es den Teilnehmenden ermöglicht werden, ihr lokales Vorgehen und die zugehörigen Prozesse in den allgemeinmedizinischen Einrichtungen darzustellen. Die Teilnehmenden sollten beschreiben, wie das Vorgehen des jeweiligen Standorts beim entsprechenden Fallbeispiel wäre.

Am Ende des Fragebogens wurden allgemeine Angaben zu den Teilnehmenden, wie beispielsweise die Dauer der beruflichen Tätigkeit in der aktuellen Position, erhoben. Analog dazu konnten die Teilnehmenden Angaben zu ihrem jeweiligen Institut machen, wie unter anderem die Anzahl von Mitarbeitenden und angeschlossenen Lehrpraxen oder die Anzahl der zu betreuenden Studierenden. Auch die Dauer des Bestehens als eigenständige allgemeinmedizinische Einrichtung wurde erfragt.

Mit diesem Fragebogen wurden qualitätssichernde Prozesse und Pfade erfasst. Anhand der Ergebnisse konnte das Thema identifiziert werden, welches von den Teilnehmenden am häufigsten angegeben wurde und für die Bearbeitung in einem QZ am geeignetsten

erschien. Das so identifizierte Thema mit der höchsten Relevanz wurde dann im folgenden qualitativen Teil bearbeitet.

2.2.2 Studienteilnehmende und Rekrutierung

Die Studienpopulation bestand aus administrativ tätigen Mitarbeitenden, Lehrkoordinator:innen, Lehrbeauftragte:innen, Studienbeauftragte:innen und ärztlichen Leiter:innen der allgemeinmedizinischen Institute an allen medizinischen Universitäten in Deutschland zum Zeitpunkt des Rekrutierungsbeginnes.

Pro universitäre allgemeinmedizinische Einrichtung konnte je eine Person aus dem Lehrsekretariat und eine aus dem leitenden Lehrbereich rekrutiert werden. Waren an einigen Standorten keine Lehrkoordinator:innen ausgewiesen, wurden die Lehrstuhlinhabenden kontaktiert. Bei der Fallzahlplanung im quantitativen Teil galt, dass bei 36 Hochschulstandorten mit je zwei möglichen Berufsgruppen pro Einrichtung maximal $N=72$ Teilnehmende möglich waren.

Die Befragung fand vom 04.08.2019 bis 31.10.2019 statt. Die Kontaktdaten der Teilnehmenden waren über die Internetseiten der Institute öffentlich zugänglich. Es wurde persönlich über E-Mail mit den Teilnehmenden Kontakt aufgenommen und über die Studie, sowie die Teilnahmemodalitäten informiert. Das Anschreiben ist unter Kapitel 8.1.1 im Anhang einsehbar. Der Online-Fragebogen wurde mittels eines Links ebenfalls per E-Mail an die 72 potenziellen Teilnehmenden versandt.

Die Ein- und Ausschlusskriterien sind folgender Tabelle zu entnehmen:

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien quantitativer Teil

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Berufliche Tätigkeit in der Lehrkoordination oder Lehradministration	Gesundheitszustand der Teilnehmenden lässt das Ausfüllen eines Fragebogens nicht zu
Volljährigkeit	Minderjährigkeit

2.2.3 Durchführung der Befragung

Für die Durchführung der Umfrage, wurde das Online-Fragebogentool *Unipark* (Questback GmbH, Köln) genutzt. Die Teilnahme erfolgte nach Bestätigung des Lesens der Probandeninformation und war freiwillig. Nach drei Wochen erfolgte eine Erinnerungs-Mail an alle potenziellen Teilnehmenden. Nach der Erhebungsphase wurden

alle Institute telefonisch kontaktiert und um die Auskunft gebeten, wie viele der beiden potenziellen Teilnehmenden (keine, eine oder beide Personen) tatsächlich teilgenommen hatten. Damit konnte trotz der Anonymisierung die deutschlandweite Anzahl der teilgenommenen Institute ermittelt werden.

2.2.4 Auswertung

Die Antworten der Teilnehmenden wurden mit dem Programm *SPSS* (IBM Corporation, New York) ausgewertet und deskriptiv dargestellt.

Wie in Kapitel 2.2.1 zu entnehmen ist, wurde das Fragebogendesign so gewählt, dass gegebenenfalls manche Fragen übersprungen wurden, sodass die jeweilige Anzahl an Teilnehmenden pro Fragen unterschiedlich ist. Die Teilnehmenden, denen die Frage präsentiert wurde, die aber keine Eingabe vornahmen, wurden mit „keine Angabe“ kodiert. Die einzelnen Antworten wurden auf die Gesamtzahl der gültigen Teilnehmenden bezogen, um eine Verzerrung durch die unterschiedliche Anzahl an Antworten pro Teilnehmenden zu verhindern. Die Anzahl der Antworten sind in der deskriptiven Statistik jeweils als absolute Menge und relativ zur Gesamtmenge angegeben.

Auswahlfragen:

Die Antworten wurden nach der Häufigkeit sortiert dargestellt.

Freitext:

Ausgehend von den Antworten aus den Freitexten wurde ein Kategoriensystem gebildet, in welches die Antworten eingeordnet wurden. Bei Mehrfachnennungen im Freitext wurden alle genannten Aspekte in die Auswertung mit einbezogen. Dabei stellen die Prozentangaben den Anteil der Teilnehmenden dar, die diese Aussage in den Freitextantworten formuliert haben. Bei den Häufigkeitsangaben aus den Freitexten wurde der Minimum-, Maximum- und Mittelwert berechnet. Daraus wurde deren Median und das Konfidenzintervall bestimmt.

2.3 Qualitativer Teil

Aus den Ergebnissen der nationalen Umfrage wurde für den weiteren Verlauf der Studie ein Thema mit standortübergreifender Bedeutung ermittelt. Die drei am häufigsten genannten Themen (dezentrales Qualitätsmanagement, personelle Ressourcen und Digitalisierung) erfüllten das Kriterium der standortübergreifenden Bedeutung. Das Thema „Digitalisierung“ wies dabei das höchste Potential zur lokalen Bearbeitung auf, da das dezentrale Qualitätsmanagement bereits in mehreren vorherigen Sitzungen aufgegriffen wurde und personelle Ressourcen zu sehr an finanzielle Rahmenbedingungen geknüpft sind, um diese Problematik vor dem nationalen Kontext diskutieren zu können.

Die Ergebnisse der nationalen Umfrage wurden den Teilnehmenden des Tübinger QZ für die allgemeinmedizinische Lehre präsentiert und am 16.10.2019 wurde eine lokale Sitzung des QZ zu dem Thema „Digitalisierung“ unter Berücksichtigung des nationalen Kontextes abgehalten und beobachtet. Unmittelbar daran anschließend wurde mit allen Teilnehmenden des QZ Interviews zu der beobachteten Sitzung und zu der Arbeit des QZ seit seiner Gründung geführt. Die Interviews wurden mit *Grounded Theory* analysiert, um ein auf empirischen Daten basierendes Modell für die multiperspektivische Arbeit in einem QZ der allgemeinmedizinischen Lehre zu beschreiben.

2.3.1 Studienteilnehmende

Die Studienteilnehmenden dieses Studienabschnittes waren Mitglieder des multiperspektivischen QZ in Tübingen: Wissenschaftliche Mitarbeitende des UKT aus den Bereichen Lehre, Medizindidaktik und Pflegewissenschaften, Tübinger Medizinstudierende, sowie Lehrärzt:innen.

Für den qualitativen Teil wurde eine Fallzahl von $N=12$, begrenzt durch die Anzahl der Teilnehmenden des QZ, festgelegt.

2.3.2 Durchführung der Interviews

Innerhalb von vier Wochen nach der Qualitätszirkel-Sitzung zum Thema Digitalisierung wurden die Teilnehmenden einzeln interviewt, um die multiperspektivische Arbeit im QZ aus ihrer Sicht zu beschreiben. Die Aufklärung zu Studienablauf und Datenschutz finden

sich im Anhang unter Kapitel 8.2.1 und 8.2.2. Die Interviews wurden mittels eines Leitfadens, einsehbar im Anhang unter Kapitel 8.2.3 geführt und fanden entweder telefonisch oder persönlich im Institut für Allgemeinmedizin und interprofessionelle Versorgung Tübingen statt. Die Interviews wurden aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

Zu Beginn wurde ein Probe-Interview geführt, welches anschließenden in Bezug auf den Interviewstil und den Fragebogen evaluiert wurde. Während der Durchführung der Interviews wurde mit der Transkription und Auswertung begonnen. Der Interviewleitfaden wurde im Verlauf der Erhebung angepasst und um einzelne Fragen ergänzt.

2.3.3 Auswertung mittels Grounded Theory

Die Auswertung der Transkripte der Einzelinterviews erfolgte mit Hilfe der *Grounded Theory* nach Strauss und Corbin (1996), einem Ansatz aus der Sozialforschung zur systematischen Sammlung und Auswertung qualitativer Daten (Marx und Wollny, 2009). Mit dieser Methode ist es möglich, ein auf empirischen Daten basierendes Modell für multiperspektivische Arbeit in einem QZ der allgemeinmedizinischen Lehre zu beschreiben.

Analytisches Vorgehen

Die für die Analyse zentralen Begriffsdefinitionen sind in Tabelle 2 zu finden.

Tabelle 2: Begriffsdefinitionen in der Grounded Theory nach Strauss und Corbin (1996)

Kodierung	Die Textstellen werden während der Analyse zunächst im offenen Kodieren, welches im Folgenden erläutert wird, kodiert. Dabei handelt es sich nicht um eine reine Paraphrasierung des zentralen Elements der Textstelle, sondern um eine Konzeptualisierung, die die Zuordnung weiterer Textstellen ermöglicht.
Kategorie	Die Kodierungen werden gruppiert und zu Kategorien zusammengefasst. In den Kategorien werden die Eigenschaften der jeweiligen Kategorie und die Dimensionen dieser Eigenschaften herausgearbeitet und können in einer Notiz festgehalten werden.
Hauptkategorie	Die Kategorien selbst werden ebenfalls gruppiert und es werden Hauptkategorien gebildet. Das Abstraktionslevel ist bei der Hauptkategorie am höchsten, um die untergeordneten Kategorien zusammenfassen zu können und so eine konzeptuelle Stärke zu entwickeln.
Subkategorie	Zur besseren Differenzierung der Kategorien werden im Verlauf auch Subkategorien erstellt. Diese dienen vor allem dazu die Unterschiede innerhalb einer Kategorie darzustellen.
Phänomen	Mit Phänomen ist in diesem Kontext das zentrale Thema oder Ereignis gemeint, mit welchem sich die Interaktionen der Beteiligten beschäftigen, um es bewältigen oder kontrollieren zu können.
Memos	In Memos werden Konzepte, Ideen oder Entwürfe festgehalten, die sich auf die Theorie beziehen. Diese können während der gesamten Erhebungs- und Analysephase erstellt werden.
Kernkategorie	Die Kernkategorie ist das Ergebnis des offenen Kodierens und das zentrale Phänomen, welches alle anderen Phänomene umfassend beschreibt und das finale theoretische Modell darstellt.

Bei der Forschung nach *Grounded Theory* wird nach Strauss und Corbin (1996) auf eine strikt festgelegte Reihenfolge von Analyseschritten verzichtet. Vielmehr wird eine flexible und offene Forschungshaltung ohne Vorannahmen eingenommen, um sich dem Datenmaterial anpassen zu können. Die Analyse des Datenmaterials beginnt bereits bei der Transkription der Interviews. In Form von Memos können hier erste Ideen der Forschenden festgehalten werden und der Interviewleitfaden angepasst werden. Für die weitere Analyse schlagen Strauss und Corbin (1996) ein dreistufiges Vorgehen vor, bestehend aus offenem Kodieren, axialem Kodieren und selektivem Kodieren. Die Analyseschritte können dabei gleichzeitig ablaufen und werden während des Analysezeitraums mehrfach durchlaufen. Während der Analyse werden Hypothesen immer wieder anhand des Datenmaterials überprüft (Strauss und Corbin, 1996).

Offenes Kodieren

Das offene Kodieren ist der erste Analyseschritt, der „*eher einen breiten und noch wenig geordneten Zugang zum Datenmaterial schafft und eine Vielzahl untereinander unverbundener Konzepte und Kategorien erarbeitet.*“ (Strübing, 2014, S. 17).

Hierbei wird das Datenmaterial aufgebrochen, kleinschrittig benannt und kategorisiert. Um dies zu erreichen, werden zwei analytische Verfahren genutzt: das Anstellen von Vergleichen und das Stellen von Fragen. Durch das Vergleichen einer Benennung mit den bereits kodierten Textstellen fallen Gemeinsamkeiten oder Unterschiede auf, die zu der Ausbildung von Subkategorien führen.

Die Kodierungen, die man so erhält, werden gruppiert dargestellt, um sie kategorisieren zu können. In den Kategorien werden dabei die Eigenschaften und die dazugehörigen Dimensionen herausgearbeitet. Diese Kategorien selbst werden ebenfalls gruppiert und zu Hauptkategorien formiert. Die Hierarchie der Ebenen in der Auswertung kann in Abbildung 2 nachvollzogen werden und gestaltet sich somit folgendermaßen:

1. Hauptkategorie → 2. Kategorie → 3. Subkategorie → 4. Kodierung → 5. Textstelle

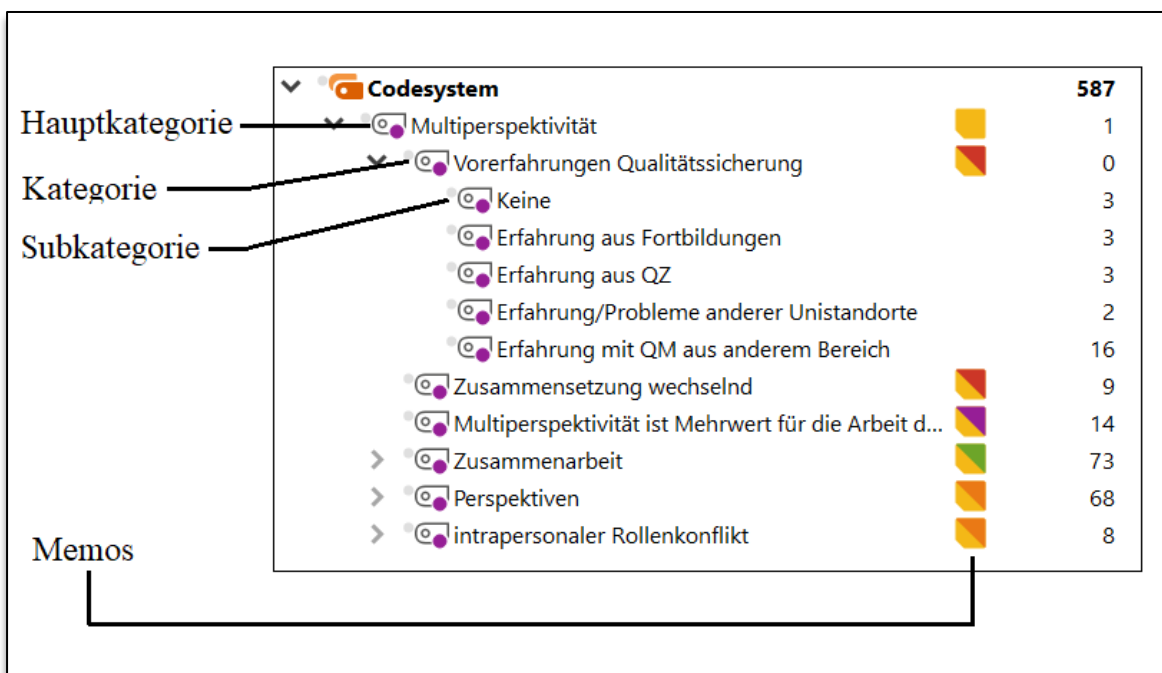


Abbildung 2: Beispielhafte Darstellung der verwendeten Begriffe anhand des Codesystems

Dabei ist das Abstraktionslevel bei der Hauptkategorie am höchsten, um die untergeordneten Kategorien zusammenfassen zu können und so eine konzeptuelle Stärke zu entwickeln (Strauss und Corbin, 1996).

Axiales Kodieren

In diesem Analyseschritt werden neue Zusammenhänge zwischen den Kategorien, mit dem Ziel Verbindungen zwischen den einzelnen Kategorien herzustellen, ermittelt. Somit werden die Daten aus dem offenen Kodieren hier nicht weiter verdichtet, sondern neu zusammengesetzt und weitere Konzepte sichtbar gemacht. Um diese Verbindungen aufzuzeigen, wurde von Strauss und Corbin ein paradigmatisches Modell entwickelt. In der Literatur finden sich auch weitere individuelle Unterteilungen dieses Modells (Strauss und Corbin, 1996). In dieser Arbeit wurde eine Variante genutzt, die aus vier Teilen besteht und in Abbildung 3 dargestellt ist.

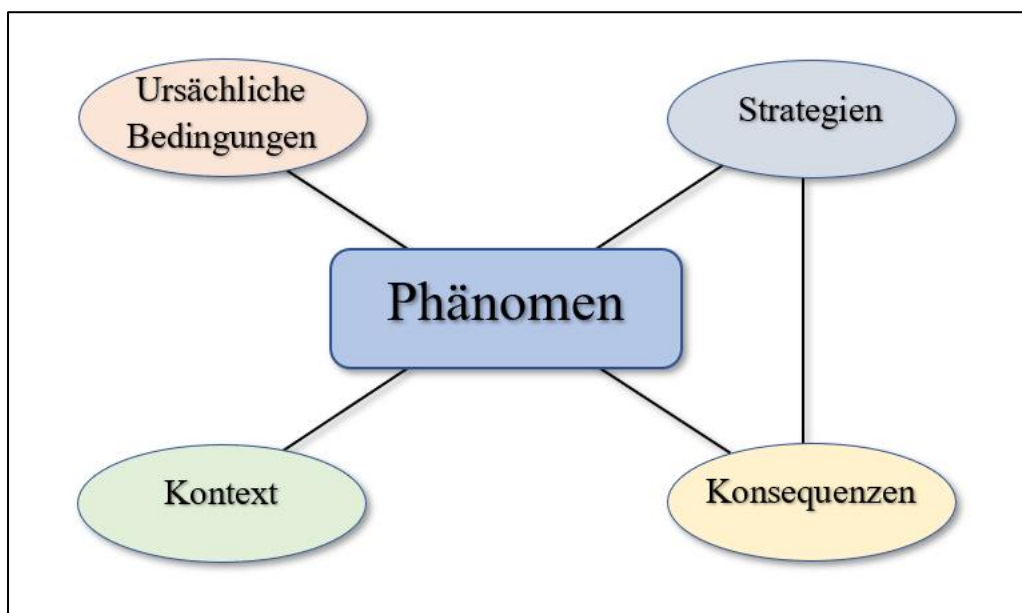


Abbildung 3: Paradigmatisches Modell modifiziert nach Flandorfer (2018)

Die ursächliche Bedingung beschreibt die Geschehnisse, die zu dem Phänomen geführt haben. Dabei kann es sich um die Ereignisse selbst handeln, aber auch die Eigenschaften, die dieses Ereignis mit sich bringt. In dem Interviewmaterial werden Textstellen, welche Daten zu einer oder mehrerer ursächlicher Bedingungen liefern, sprachlich von den Teilnehmenden unbewusst oft mit kausalen Satzverbindungen gekennzeichnet.

Bei der Beschreibung des Kontextes werden die spezifischen Eigenschaften genannt, in dessen Rahmen sich das Phänomen bewegt. Weiterhin finden sich hier auch die Bedingungen wieder, welche die Umgebung der darauffolgenden handlungs- und interaktionalen Strategien umfassen. Dieser Teil des Modells kann gemäß der Literatur auch in „Kontext“ und „intervenierende Bedingungen“ unterteilt werden.

Die handlungs- und interaktionalen Strategien, die im Zusammenhang mit dem Phänomen beschrieben werden, sind zielorientierte Prozesse. Diese Prozesse können dabei sowohl absichtlich als auch unabsichtlich sein oder als ausbleibende Handlung klassifiziert werden. Hier verwenden Teilnehmende als sprachliches Mittel oft handlungsorientierte Phrasen.

Die Handlungen, die mit den Strategien beschrieben werden, führen in der Folge zu Konsequenzen, die sowohl tatsächlich vorhanden als auch lediglich möglich sein können. Ebenso können Sie in der Gegenwart oder erst in der Zukunft eintreten. Die Ergebnisse eines einzelnen Phänomens können auch eine ursächliche Bedingung, Kontext oder Strategie eines weiteren Phänomens darstellen.

Anhand dieses Paradigmas kann man hypothetische Verbindungen schaffen, welche mittels des Datenmaterials verifiziert werden. Dabei muss ein gutes Maß zwischen ausreichender Dichte und der Suche nach Variationen gefunden werden. Die Unterschiede zwischen den Phänomenen, welche auch bei diesem Schritt der Analyse bereits auffallen können, sollten als Vorbereitung auf das selektive Kodieren, in Form von Memos, notiert werden. Das Darstellen von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen den Phänomenen stellt einen zentralen Punkt der *Grounded Theory* dar (Strauss und Corbin, 1996).

Selektives Kodieren

Das selektive Kodieren hat zum Ziel, die im axialen Kodieren ermittelten Phänomene zu einer Kernkategorie zu verknüpfen. Dieser Analyseschritt folgt dabei einem ähnlichen Muster, allerdings deutlich abstrakter, wie dem des axialen Kodierens. Das Erstellen der Kernkategorie erfordert das Festlegen eines roten Fadens innerhalb des Datenmaterials. Diese Kernkategorie sollte das Datenmaterial gut repräsentieren und die Phänomene aus dem axialen Kodieren umfassend miteinander verbinden. Dabei sollten die unterschiedlichen Bedingungen oder Ausgangslagen für die Phänomene und die darumstehenden Handlungen, die sich aus dem Datenmaterial ergeben, im selektiven Kodieren vertieft und gruppiert werden, um so der Theorie Spezifität zu verleihen und die Komplexität ausreichend abbilden zu können. Das Vorgehen bei der Erstellung solcher Verbindungen entspricht einer Kombination aus induktivem Denken, in Form von Aufstellen von Hypothesen, und deduktivem Denken, dem Prüfen der Hypothesen am

Material. Diese Wechsel zwischen Induktion und Deduktion finden beim selektiven Kodieren immer wieder statt, sodass der aktuelle Stand der Analyse angepasst werden kann (Strauss und Corbin, 1996).

Dabei kann auch ein bereits vorhandenes Phänomen als Kernkategorie genutzt werden, wenn sich dieses als zentrales Element darstellt. Die anderen Phänomene müssen in dieser Kernkategorie integriert werden, um das Material vollständig abzubilden. Dafür werden die Kategorien, welche ein Phänomen umgeben, neu geordnet und in die Kernkategorie eingefügt. Sollten sich Teile eines Phänomens oder ein gesamtes Phänomen nicht integrieren lassen, ist es nötig, die Kernkategorie zu hinterfragen und ändern (Strauss und Corbin, 1996).

Am Schluss stellt die Kernkategorie, die aus dem selektiven Kodieren entsteht, ein theoretisches Modell als Antwort auf die Forschungsfrage dar.

2.3.4 Anwendung der Methode in dieser Arbeit

Zur Kodierung und Analyse der Interviews wurde die Software *MAXQDA* (VERBI Software GmbH, Berlin) genutzt. Die ersten Interviews wurden, nach Empfehlung von Strauss und Corbin (1996), Zeile für Zeile kodiert, um so einen möglichst umfassenden Überblick zu erhalten. Das weitere Material wurde abschnittsweise kodiert und in das bestehende Codesystem integriert oder hat es erweitert.

Die Transkripte der ersten Interviews wurden von zwei Personen unabhängig voneinander kodiert. Die Kodierungen der weiteren Transkripte wurden stichprobenartig mit einer zweiten Person evaluiert. Das Kategoriensystem wurde während der Analysen der einzelnen Interviews reevaluierend und strukturierend erweitert und angepasst.

Während der Analyse wurden Memos verfasst, in denen Ideen zu den Kategorien und Konzepte verschriftlicht wurden.

In der interdisziplinären „Forschungswerkstatt für qualitative Methoden“, bestehend aus Forschenden der Soziologie, Medizin und Psychologie wurden mehrmals Zwischenergebnisse der Analyse vorgestellt und diskutiert.

Während des gesamten Analyseprozesses wurden die von Strauss und Corbin (1996) empfohlenen Analyseschritte zyklisch durchgeführt und so durch das Abwechseln von deduktivem und induktivem Denken dem Konzept der *Grounded Theory* Folge geleistet.

Zur besseren Lesbarkeit wurden im folgenden Teil dieser Arbeit einige Zitate aus den Interviews grammatikalisch angepasst. Die jeweiligen geänderten Zitate sind mit [GA] gekennzeichnet.

3 Ergebnisse

Analog zum Kapitel Material und Methoden werden in diesem Ergebniskapitel zunächst die Ergebnisse des quantitativen Teils und die daraus folgende Ableitung des Themas für die untersuchte Sitzung des Tübinger QZ beschrieben. Daran anschließend erfolgt die Darstellung der Ergebnisse aus dem qualitativen Teil nach dem Vorgehen der *Grounded Theory*.

3.1 Quantitativer Teil

3.1.1 Fragebogen

Es wurden insgesamt 72 Fragebögen verschickt. Der Rücklauf lag bei 27 Fragebögen (38%). Dabei konnten 20 der 37 deutschen Institute für Allgemeinmedizin abgebildet werden (54%), indem jeweils mindestens eine Teilnahme aus dieser universitäts-allgemeinmedizinischen Einrichtung vorlag.

3.1.1.1 Daten zu den Teilnehmenden

Wie in Tabelle 3 ersichtlich, befinden sich die Teilnehmenden zum Großteil seit bis zu sechs Jahren in ihrer jetzigen Position (67%) und gehen zu 41% einer administrativen Tätigkeit und zu 59% einer leitenden Tätigkeit nach. Die jeweiligen allgemeinmedizinischen Einrichtungen bestehen zu 48% aus bis zu 10 Personen und haben am häufigsten zwischen 0 und 10 niedergelassene Ärzt:innen mit einem Lehrauftrag (63%).

Tabelle 3: Daten zu den Teilnehmenden

Variable	Item	Anzahl	Anzahl in %
8.1 Tätigkeit in der jetzigen Position in Jahren	valid	27	100%
	0-3 Jahre	7	26%
	4-6 Jahre	11	41%
	7-10 Jahre	6	22%
	mehr als 11 Jahre	3	11%
8.2 Funktion in der allgemeinmedizinischen Einrichtung	valid	27	100%
	administrative Tätigkeit (z.B. Lehrsekretariat)	11	41%

	leitende Tätigkeit (z.B. Lehrstuhlinhaber:in, Lehrkoordinator:in)	16	59%
8.3 Anzahl an Mitarbeitenden in der allgemeinmedizinischen Einrichtung	valid	27	100%
	1-5 Personen	3	11%
	6-10 Personen	10	37%
	11-15 Personen	3	11%
	16-20 Personen	3	11%
	mehr als 20 Personen	8	30%
8.4 Anzahl der niedergelassene Ärzt:innen, die einen Lehrauftrag haben	valid	27	100%
	0-10 Personen	17	63%
	11-20 Personen	5	19%
	21-30 Personen	4	15%
	31-40 Personen	0	0%
	41-50 Personen	0	0%
	mehr als 50 Personen	1	3,7%
8.5 Bestehen eines eigenständigen Lehrstuhls für Allgemeinmedizin in Jahren	valid	25	100%
	0-10 Jahren	11	44%
	11-20 Jahren	4	16%
	21-30 Jahren	6	24%
	31-40 Jahren	0	0%
	41-50 Jahren	1	4%
	(noch) kein Lehrstuhl vorhanden	3	12%

Wie Tabelle 4 zu entnehmen ist, kommen die Teilnehmenden aus allgemeinmedizinischen Einrichtungen, die in 11 von 25 Fällen (44%) seit 0-10 Jahren als eigenständiger Lehrstuhl bestehen. Die Einrichtung dreier Teilnehmenden hat noch keinen eigenständigen Lehrstuhl (12%).

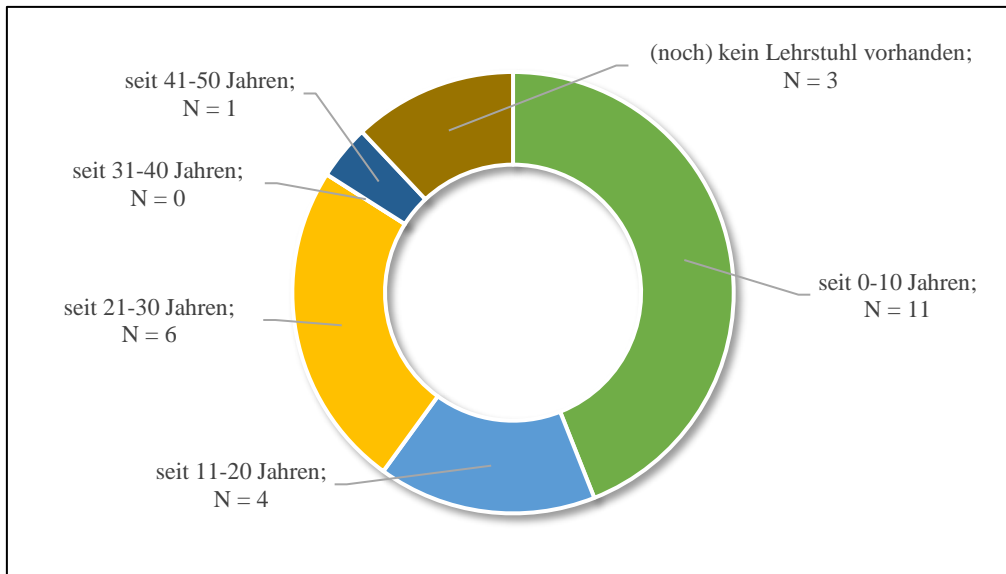


Abbildung 4: Bestehen eines eigenständigen Lehrstuhls für Allgemeinmedizin in Jahren

3.1.1.2 Qualitätssicherung an der allgemeinmedizinischen Einrichtung

$N=26$ Teilnehmende (96%) bejahten die Frage, ob an ihrer allgemeinmedizinischen Einrichtung Qualitätsmanagement betrieben werde. Einen konkreten Standard in der Qualitätssicherung der Lehre nannten in einer Freitextfrage $N=6$ Teilnehmende, während, wie in Abbildung 5 zu erkennen ist, $N=19$ der Teilnehmenden keine Eingabe zu einem standardisierten Verfahren machten, was als „keine Angabe“ in der Statistik gewertet wurde.

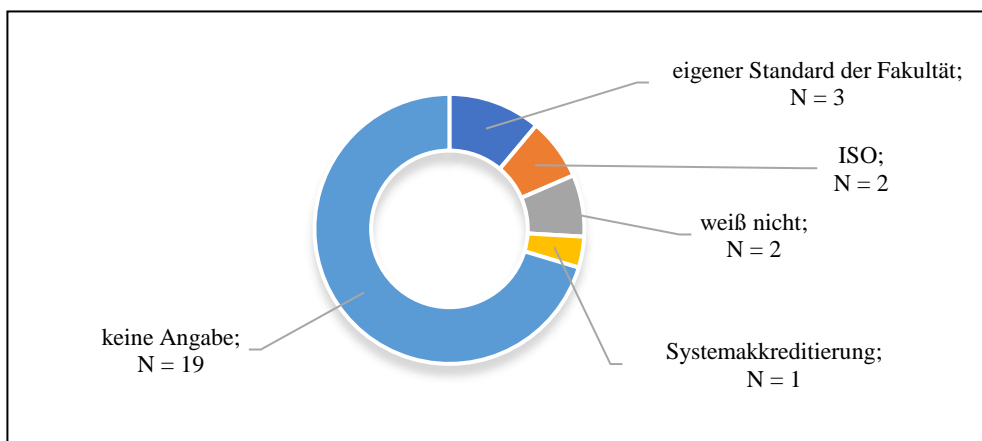


Abbildung 5: Standard in der Qualitätssicherung der universitären allgemeinmedizinischen Lehre

Wie Tabelle 4 zu entnehmen ist, wurden in den Freitextfeldern als zufriedenstellende Aspekte bei der Organisation der Lehre an der allgemeinmedizinischen Einrichtung vor allem Arbeitsabläufe am Institut (30%) genannt. Ähnlich oft wurden mit je 26% die Unterstützung durch die Fakultät, spezifische Lernumgebungen und die Kooperation mit

den Lehrärzt:innen angegeben. Auch das Team (22%) wurde als positiver Aspekt genannt, während IT und EDV, das Einbeziehen von Studierenden mit je 15% etwas weniger oft beschrieben wurden. Eine Zufriedenheit mit allen Aspekten in der Organisation (7,4%) wurde ebenfalls genannt. 15% der Teilnehmenden machten keine Angabe.

Als größten Verbesserungsbedarf nannten acht der insgesamt 27 Teilnehmenden das dezentrale Qualitätsmanagement (30%). Auch personelle Ressourcen (19%) und die Digitalisierung (15%) wurden genannt, ebenso wie die Kooperation mit der Fakultät und der Stellung der Allgemeinmedizin (jeweils 11%). Jeweils zweimal (7,4%) wurde die Kooperation mit Lehrenden, die Lehrmethoden, das Einbeziehen von Studierenden, die materiellen Ressourcen, sowie keinerlei Verbesserungsbedarf genannt. Drei Teilnehmende (11%) machten keine Angabe.

Die Angaben zu den geplanten Veränderungen bezogen sich hauptsächlich auf die Lehrformate (19%), die Evaluation (15%) und die Personalstruktur (15%). 15% der Teilnehmenden beschrieben, dass es aktuell keine geplanten Veränderungen gibt. Der Anteil der Teilnehmenden, die keine Angabe machten, betrug 11%.

Für die Umsetzung der geplanten Veränderungen wurden vor allem personelle Ressourcen (33%), finanzielle Mittel (22%), mehr Unterstützung durch universitäre Strukturen (15%) und IT-/EDV-Lösungen (11%) genannt.

Von den drei am häufigsten genannten Themen wurde das inhaltliche Thema Digitalisierung unter den Rahmenbedingungen eines dezentralen Qualitätsmanagements als standortübergreifendes Thema nationaler Relevanz in den folgenden qualitativen Studienabschnitt eingebracht.

Tabelle 4: Qualitätssicherung in der allgemeinmedizinischen Einrichtung

Variable	Item	Anzahl	Anzahl in %
1.1 Aktives Qualitätssicherung in der Lehre	valid	27	100%
	ja	26	96%
	nein	1	3,7%
1.2 Standard in der Qualitätssicherung [Freitext]	valid	26	100%
	eigener Standard der Fakultät	3	12%
	ISO-Standard	2	7,7%
	„weiß nicht“	2	7,7%
	Systemakkreditierung	1	3,9%
	keine Angabe	19	73%
1.3 zufriedenstellende Aspekte bei der Organisation der Lehre an der allgemeinmedizinischen Einrichtung [Freitext]	valid	27	100%
	Arbeitsabläufe am Institut	8	30%
	Unterstützung durch Fakultät	7	26%
	spezifische Lernumgebung	7	26%
	Kooperation Lehrärzt:innen	7	26%
	Team	6	22%
	IT/EDV	4	15%
	Einbeziehen von Studierenden	4	15%
	Alles	2	7,4%
keine Angabe	4	15%	
1.4 größter Verbesserungsbedarf in der Organisation der Lehre in der allgemeinmedizinischen Einrichtung [Freitext]	valid	27	100%
	Dezentrales QM	8	30%
	personelle Ressourcen	5	19%
	Digitalisierung	4	15%
	Kooperation mit der Fakultät Dekanat	3	11%
	Stellung der AM	3	11%
	aktuell keine	2	7,4%
	Kooperation mit Lehrenden	2	7,4%
	Lehrmethoden	2	7,4%
	Einbeziehen von Studierende	2	7,4%
	materielle Ressourcen	2	7,4%
	keine Angabe	3	11%
1.5 aktuell geplante Veränderungen in Bezug auf die Herausforderungen [Freitext]	valid	27	100%
	Lehrformate ändern	5	19%
	keine	4	15%
	Evaluation von Studierenden und Prüfungsergebnisse	4	15%
	Personalveränderungen	4	15%
	Ausbauen der Kontakte	3	11%
	Didaktikschulung für Lehrende	3	11%
	strukturelle Veränderung	2	7,4%
	weiß nicht	2	7,4%
	Veränderungen nicht möglich	2	7,4%

	höhere Transparenz	1	3,7%
	IT-Lösungen	1	3,7%
	keine Angabe	3	11%
1.6 Hilfreiche Aspekte zur Umsetzung von Verbesserungen an der allgemeinmedizinischen Einrichtung [Freitext]	valid	27	100%
	personelle Ressourcen	9	33%
	finanzielle Mittel	6	22%
	mehr Unterstützung durch universitäre Strukturen	4	15%
	IT/EDV	3	11%
	besserer Austausch mit Beteiligten	2	7,4%
	nichts	1	3,7%
	weniger Anwesenheitspflicht	1	3,7%
	mehr räumliche Kapazitäten	1	3,7%
	keine Angabe	5	19%

3.1.1.3 Strukturelle und inhaltliche Aspekte zum Blockpraktikum

In Tabelle 5 ist ersichtlich, dass der Großteil der allgemeinmedizinischen Einrichtungen bis zu 200 Lehrpraxen (70%) angeschlossen hat und pro Semester zwischen 101-200 Studierende (77%) betreut. Der Zeitraum des Blockpraktikums wird mehrheitlich vom Dekanat vorgegeben (63%) und befindet sich im Semester (47%) oder sowohl im Semester als auch in der vorlesungsfreien Zeit (35%).

Tabelle 5: Strukturelle Aspekte zum Blockpraktikum

Variable	Item	Anzahl	Anzahl in %
2.1 Anzahl Lehrpraxen mit Anschluss an allgemeinmedizinischer Einrichtung	valid	27	100%
	weniger als 50 Praxen	0	0%
	51-100 Praxen	9	33%
	101-200 Praxen	10	37%
	201-300 Praxen	7	26%
	über 300 Praxen	1	3,7%
2.2 Anzahl Studierender im Blockpraktikum Allgemeinmedizin pro Semester	valid	26	100%
	weniger als 50 Studierende	1	3,9%
	51-100 Studierende	0	0%
	101-200 Studierende	20	77%
	201-300 Studierende	4	15%
	über 300 Studierende	1	3,9%
2.3 Vorgabe Zeitraum Blockpraktikum Allgemeinmedizin	valid	27	100%
	Zu einem bestimmten Zeitpunkt, der z.B. vom Dekanat vorgegeben wird	17	63%

	Zu einem Zeitpunkt, den die Studierenden selbst bestimmen können	5	19%
	andere	5	19%
2.3.1 vorgegebener Zeitraum Blockpraktikum Allgemeinmedizin	valid	17	100%
	nur während des Semesters	8	47%
	Sowohl während des Semesters als auch in der vorlesungsfreien Zeit	6	35%
	nur in der vorlesungsfreien Zeit	1	5,9%
	andere	2	12%
2.3.1.1 anderer Zeitraum Blockpraktikum Allgemeinmedizin [Freitext]	valid	2	100%
	auf Studierendenwunsch zu anderem Zeitpunkt	1	50%
	nur Härtefälle zu anderem Zeitpunkt	1	50%

Die meisten bejahen das Vorhandensein von Mindestanforderungen für die Auswahl der Lehrpraxen (96%), dabei orientieren sich viele an festgelegten Kriterien (74%), was der Tabelle 6 entnehmbar ist. Einen didaktischen Standard für das Blockpraktikum haben 81% formuliert. Dieser ist meistens nicht öffentlich zugänglich (59%). Als wichtigste Lerngelegenheiten im Blockpraktikum nannten die Teilnehmenden vor allem die selbstständige Untersuchung durch die Studierenden (46%), das Feedback durch die Lehrärztin oder den Lehrarzt (31%) und das Kennenlernen der Arbeit durch Beobachten (23%).

Bei der Umsetzung des didaktischen Standards durch die Lehrärzt:innen wurde die Schulung der Lehrenden (62%) und die Kommunikation mit ihnen (38%) als erfolgreichste Maßnahme genannt. Die Einhaltung des Standards wird vor allem über die Evaluation der Studierenden (73%) kontrolliert. Die Mehrheit (85%) führt eine Leistungskontrolle im Blockpraktikum durch, welche bei 55% dezentral und bei 36% sowohl zentral als auch dezentral stattfindet.

Tabelle 6: Inhaltliche Aspekte Blockpraktikum

Variable	Item	Anzahl	Anzahl in %
3.1 Standard für die Auswahl von Lehrpraxen (Mindestanforderungen)	valid	27	100%
	ja	26	96%
	nein	1	3,7%
3.2 Art des Standards für die Auswahl von Lehrpraxen (Mindestanforderungen) [Freitext]	valid	27	100%
	festgelegte Kriterien (z.B. DEGAM)	20	74%

	Praxisausstattung, Räumlichkeiten	8	30%
	persönlicher Kontakt	2	7,4%
	längeres Praxisbestehen	2	7,4%
	Erfahrung mit Studierendenlehre	2	7,4%
	Schulung zum Bewertungsverfahren	1	3,7%
	keine Angabe	2	7,4%
3.3 didaktischer Standard für das Blockpraktikum Allgemeinmedizin	valid	27	100%
	ja	22	81%
	nein	5	19%
3.3.1 Öffentliche Zugänglichkeit des didaktischen Standards	valid	22	100%
	ja	9	41%
	nein	13	59%
3.4 Lerngelegenheiten (in der Fragestellung: Nennung von den drei wichtigsten) Gesamt [Freitext]	valid	26	100%
	Studierende untersuchen Patient:innen	12	46%
	Feedback durch Lehrärzt:innen	8	31%
	Kennenlernen der Arbeit durch Beobachten	6	23%
	spezielle Prüfungsformate (Mini-CEX, SOAP, DOPS)	3	12%
	Hausbesuche miterleben	3	12%
	Untersuchungstechniken vorher erlernen	2	7,7%
	Anwendung von Diagnostika	2	7,7%
	Checkliste erfüllen	1	3,9%
	keine Angabe	14	54%
3.5 Maßnahme mit erfahrungsgemäß größtem Erfolg für die Umsetzung des didaktischen Standards durch Lehrärzt:innen [Freitext]	valid	26	100%
	Schulung der Lehrenden	16	62%
	Kommunikation mit Lehrenden	10	38%
	Kommunikation Lehrender untereinander	2	7,7%
	Kontrolle der Lehrenden	2	7,7%
	keine Angabe	7	27%
3.6 Art der Kontrolle der Einhaltung des didaktischen Standards in den Lehrpraxen [Freitext]	valid	26	100%
	Evaluationen der Studierenden	19	73%
	Gespräche/Anwesenheit bei Fortbildungen	5	19%
	Praxisbesuch	2	7,7%
	Logbucheinträge	2	7,7%
	keine Angabe	6	23%
3.7 Leistungskontrolle im Blockpraktikum	valid	26	100%
	ja	22	85%
	nein	4	15%

3.7.1 Ort der Leistungskontrolle im Blockpraktikum	valid	22	100%
	zentral (an Ihrer Einrichtung)	1	4,6%
	dezentral (in der Praxis)	12	55%
	sowohl zentral als auch dezentral (z.B. arbeitsplatzbasiertes Prüfen und OSCE)	8	36%
	Andere (Freitextnennung): Studierende bewerten sich selbst vor & nach Blockpraktikum	1	4,6%

3.1.1.4 Kommunikation

Wie in Tabelle 7 dargestellt ist, gaben ein Großteil der Teilnehmenden (85%) an, dass sie systematisch negative Erlebnisse von Studierenden im Blockpraktikum, vor allem über die Evaluation (100%) erheben. Bei 96% der Teilnehmenden ist es schon einmal zu einer Kontaktaufnahme von Studierenden zu der Einrichtung aufgrund negativer Erlebnisse im Blockpraktikum gekommen. Dies geschah meistens per E-Mail (77%) oder persönlich (69%). Die Häufigkeit der Kontaktaufnahme befand sich im Median zwischen ein- und dreimal pro Semester.

Tabelle 7: Kommunikation mit Studierenden

Variable	Item	Anzahl	Anzahl in %
4.1 systematische Erhebung bei Studierenden von negativen Erlebnissen im Blockpraktikum	valid	27	100%
	ja	23	85%
	nein	4	15%
4.1.1 Weg der systematischen Erhebung bei Studierenden von negativen Erlebnissen im Blockpraktikum [Freitext]	valid	23	100%
	Evaluation	23	100%
	persönlicher Kontakt mit Studierenden	5	22%
	persönlicher Kontakt mit Lehrärzt:innen	1	4,4%
	keine Angabe	4	17%
4.2 Kontaktaufnahme zur Einrichtung von Studierenden aufgrund negativer Erlebnisse im Blockpraktikum	valid	27	100%
	ja	26	96%
	nein	1	3,7%
4.2.1 Weg der Kontaktaufnahme für Studierende [Freitext]	valid	26	100%
	E-Mail	20	77%
	persönlich	18	69%
	telefonisch	13	50%
	über Evaluation	4	15%

Variable	Minimum	Maximum	Median (95% KI)
Minimale Häufigkeit der Berichte von negativen Erlebnissen durch Studierende pro Semester [Freitext]	0,0	4,0	1,0 (1,0-2,0)
Maximale Häufigkeit der Berichte von negativen Erlebnissen durch Studierende pro Semester [Freitext]	1,0	5,0	3,0 (3,0-4,0)
Mittlere Häufigkeit der Berichte von negativen Erlebnissen durch Studierende pro Semester [Freitext]	0,5	4,5	2,0 (1,5-2,5)
Valid = 24			

In Tabelle 8 sind die Ergebnisse aus dem Abschnitt zur Kommunikation mit den Lehrärzt:innen einsehbar. Lediglich 44% der Teilnehmenden gaben an, dass sie auch bei Lehrärzt:innen systematisch negative Erlebnisse erheben. Dies geschieht vor allem über Evaluationen (58%). 92% der Teilnehmenden berichteten von einer Kontaktaufnahme durch die Lehrärzt:innen aufgrund negativer Erlebnisse im Blockpraktikum. Dabei wurde die telefonische Kontaktaufnahme bevorzugt (88%). Die Häufigkeit lag dabei im Median zwischen einmal und zweimal pro Semester.

Tabelle 8: Kommunikation mit Lehrärzt:innen

Variable	Item	Anzahl	Anzahl in %
5.1 systematische Erhebung bei Lehrärzt:innen von negativen Erlebnissen mit Studierenden im Blockpraktikum	valid	27	100%
	ja	12	44%
	nein	15	56%
5.1.1 Weg der systematischen Erhebung bei Lehrärzt:innen von negativen Erlebnissen mit Studierenden im Blockpraktikum [Freitext]	valid	12	100%
	Evaluation	7	58%
	direkte Kontaktaufnahme (Telefon, Mail, persönlich)	2	17%
	beim Lehrärzt:innen-Treffen	2	17%
	keine Angabe	1	8,3%
5.2 Kontaktaufnahme zur Einrichtung von Lehrärzt:innen aufgrund negativer Erlebnisse im Blockpraktikum	valid	26	100%
	ja	24	92%
	nein	2	7,7%
5.2.1 Weg der Kontaktaufnahme für Lehrärzt:innen [Freitext]	valid	24	100%
	telefonisch	21	88%
	E-Mail	14	58%
	persönlich	6	25%
	keine Angabe	1	4,2%

Variable	Minimum	Maximum	Median (95% KI)
Minimale Häufigkeit der Berichte von negativen Erlebnissen durch Lehrärzt:innen pro Semester [Freitext]	0,0	3,0	1,0 (1,0-3,0)
Maximale Häufigkeit der Berichte von negativen Erlebnissen durch Lehrärzt:innen pro Semester [Freitext]	0,5	5,0	2,0 (2,0-5,0)
Mittlere Häufigkeit der Berichte von negativen Erlebnissen durch Lehrärzt:innen pro Semester [Freitext]	0,5	4,0	1,0 (0,5-1,5)
Valid = 21			

3.1.1.5 Didaktische Schulungen

Wie in der Tabelle 9 dargestellt, führt die Mehrheit der Teilnehmenden regelmäßig didaktische Schulungen für Lehrende durch (74%). Die Häufigkeit wird in der Mehrheit mit zweimal pro Jahr angegeben (55%) und dauert 1-2 Stunden (47%). Eine Verpflichtung zur Teilnahme wurde von 55% bejaht. Die Konsequenz einer Nichtteilnahme stellt dabei eine Aufhebung der Studierendenzuteilung (60%) oder die Kündigung (50%) dar. Anreize für eine Teilnahme sind vor allem Fortbildungspunkte (85%) und die Bereitstellung von Verpflegung während der Schulung (75%). Als erfahrungsgemäß größten Erfolg von didaktischen Schulungsmaßnahmen zeigte sich ein eher heterogenes Bild bestehend aus praktischen Übungen (31%), didaktischen Methoden für die Lehre an den Patient:innen (23%), dem Austausch unter den Lehrärzt:innen (23%) und Kleingruppenformate (23%).

Tabelle 9: Didaktische Schulungen

Variable	Item	Anzahl	Anzahl in %
6.1 regelmäßige didaktische Schulungsmaßnahmen für Lehrende	valid	27	100%
	ja	20	74%
	nein	7	26%
6.1.1 Häufigkeit der didaktischen Schulungsmaßnahmen pro Jahr	valid	20	100%
	1x pro Jahr	3	15%
	2x pro Jahr	11	55%
	3x pro Jahr	1	5,0%
	4x pro Jahr	4	20%
	öfter als 4x pro Jahr	1	5,0%
	valid	19	100%

6.1.2 Dauer der didaktischen Schulungsmaßnahmen in Stunden	1-2 Stunden	9	47%
	3-4 Stunden	7	37%
	über 4 Stunden	3	16%
6.1.3 Verpflichtung zur Teilnahme an didaktischen Schulungsmaßnahmen	valid	20	100%
	ja	11	55%
	nein	9	45%
6.1.3.1 Konsequenz einer Nichtteilnahme an didaktischer Pflichtschulungsmaßnahme [Freitext]	valid	10	100%
	keine Studierendenzuteilung	6	60%
	Kündigung	5	50%
	persönliches Gespräch	3	30%
	Praxisbesuch	2	20%
	nichts	1	10%
	keine Angabe	1	10%
6.1.4 Anreize für didaktische Schulungsmaßnahme [Mehrfachauswahl]	valid	20	100%
	Fortbildungspunkte	17	85%
	Catering bzw. Verpflegung	15	75%
	Andere	2	10%
	keine Angabe	1	5,0%
6.1.4.1 andere Anreize für didaktische Schulungsmaßnahme [Mehrfachauswahl] [Freitext]	valid	2	100%
	Anbindung an ein akademisches Netzwerk	1	50%
	Praxispräsenz auf Institutshomepage	2	50%
6.1.5 didaktische Schulungsmaßnahme mit erfahrungsgemäß größtem Erfolg bei Lehrfortbildungen [Freitext]	valid	13	100%
	praktische Übungen	4	31%
	didaktische Methoden für Lehre an Patient:innen	3	23%
	Austausch unter Lehrärzt:innen	3	23%
	in Kleingruppen	3	23%
	Feedbacktraining	2	15%
	gemischte Lehrformate	2	15%
	Akkreditierungsworkshop	1	7,7%
	Lehrärzt:innen aktiv einbeziehen	1	7,7%
keine Angabe	6	46%	

3.1.1.6 Fallbeispiele

Im folgenden Abschnitt werden die drei Fallbeispiele kurz beschrieben, die ausführliche Beschreibung ist dem Anhang unter Kapitel 8.1.2 zu entnehmen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 10 dargestellt.

Das erste Fallbeispiel handelte von einer Studentin, die sich aufgrund einer schlechten Behandlung durch ihren Leiharzt nach dem Blockpraktikum an die

allgemeinmedizinische Einrichtung wandte. Dem Institut war der Lehrarzt als beliebter und konstruktiv arbeitender Kollege bekannt, sodass hier widersprüchliche Aussagen über den Lehrarzt vorlagen. Von den Teilnehmenden wurde mehrheitlich die Kontaktierung des Lehrarztes (85%) und das persönliche Gespräch mit der Studentin (67%) genannt. Ein etwas geringerer Teil der Teilnehmenden nannte die Berücksichtigung von Evaluationen (19%) und die Entscheidung als Team im Institut (19%), sowie die eventuelle Kündigung des Vertrages (19%) und die schriftliche Dokumentation (19%).

Der zweite Fall befasste sich mit der Beschwerde eines Studenten aufgrund einer didaktischen Minderleistung durch den Lehrarzt, wobei der Student einen Praxiswechsel wünschte. Dem Institut lagen dabei einige Evaluationen vor, die diese Aussage aus vorherigen Semestern bestätigen. Aus den Antworten ergab sich, dass viele Teilnehmende dem Studenten einen Praxiswechsel ermöglichen (74%) und die Praxis kontaktieren (63%) würden. 19% der Antworten der Teilnehmenden befassten sich mit dem Motivieren des Studenten dem Lehrarzt ein Feedback zu geben und 15% mit der potentiellen Kündigung des Vertrags.

In dem dritten Fall wandte sich eine Lehrärztin an das Institut und äußerte Bedenken bezüglich der psychischen Gesundheit des Blockpraktikanten. Dabei bemängelte sie vor allem ein unvorhersehbares Verhalten gegenüber dem Praxispersonal und den Patient:innen, sowie die Überschreitung der Fehlzeiten. Das Einzelgespräch mit dem Studierenden (70%) war hier die meistgenannte Maßnahme. 44% der Aussagen war zur entnehmen, dass der Student das Blockpraktikum nicht bescheinigt bekommen würde. Einige nannten die Motivation der Lehrärztin zu mehr Feedback (33%) und die Rücksprache mit dem Studiendekanat (22%).

Tabelle 10: Fallbeispiele

Variable	Item	Anzahl	Anzahl in %
Fall 1: Wie verfahren Sie in dieser Situation? [Freitext]	valid	27	100%
	Institut kontaktiert Lehrarzt	23	85%
	persönliches Gespräch mit Studentin	18	67%
	Evaluationen berücksichtigen	5	19%
	Teamentcheidung im Institut	5	19%

	ggf. Vertrag kündigen	4	15%
	schriftliche Dokumentation	4	15%
	Studentin nach Anonymität fragen	3	11%
	Praxisbesuch	2	7,4%
	Einladung zu einer Schulung	1	3,7%
	gemeinsames Gespräch mit Mediator	1	3,7%
	Abwarten	1	3,7%
	Praxiswechsel	1	3,7%
	keine Angabe	1	3,7%
Fall 2: Wie verfahren Sie in dieser Situation? [Freitext]	valid	27	100%
	Praxiswechsel	20	74%
	Kontaktaufnahme mit Praxis	17	63%
	Student zu Feedback motivieren	5	19%
	ggf. Vertrag kündigen	4	15%
	Praxisbesuch	3	11%
	Einladung zu einer Schulung	2	7,4%
	persönliches Gespräch mit dem Studenten	2	7,4%
	Keine Angabe	2	7,4%
	Vereinbarung eines neuen Gesprächstermins	1	3,7%
	Evaluation berücksichtigen	1	3,7%
	gemeinsames Gespräch mit einem Mediator	1	3,7%
Fall 3: Wie verfahren Sie in dieser Situation? [Freitext]	valid	27	100%
	Einzelgespräch mit dem Studenten	19	70%
	Blockpraktikum nicht bestanden	12	44%
	Lehrärztin zu Feedback motivieren	9	33%
	Rücksprache mit Studiendekanat	6	22%
	psych. Hilfsangebote vermitteln	5	19%
	Gespräch mit Lehrärztin	4	15%
	Praxiswechsel	3	11%
	gemeinsames Gespräch mit Mediator	2	7,4%
	keine Angabe	2	7,4%
	erneuten Gesprächstermin vereinbaren	1	3,7%

3.2 Qualitativer Anteil

3.2.1 Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden innerhalb von vier Wochen nach der Sitzung des QZ durchgeführt. Es wurden zwölf Personen interviewt, die einzelnen Interviews dauerten durchschnittlich 20 Minuten. Keines der Interviews wurde abgebrochen. Die von den Teilnehmenden ausgeübten Funktionen sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 11: berufliche Funktionen der Teilnehmenden im qualitativen Teil

Funktion	Anzahl
Medizinstudierende	3
Lehrärzt:innen	3
Ärzt:innen in Weiterbildung	1
Institutsleitung	1
Leitung Bereich Lehre	1
Lehrkoordination	1
Medizindidaktik	1
Pflegewissenschaften	1
Gesamt	12

3.2.2 Kategoriensystem

Das Kategoriensystem stellt das Ergebnis des offenen Kodierens dar. Die Hauptkategorie „Multiperspektivität“ beinhaltet die Kodierungen, die die Teilnehmenden zu ihrer eigenen Person und Tätigkeit gemacht haben. Wie in Tabelle 12 erkennbar ist, zählt dazu unter anderem die Vorerfahrung mit Qualitätssicherung oder eine Beschreibung der jeweiligen Perspektive, die die Teilnehmenden in den QZ einbringen. Weiterhin finden sich in dieser Kategorie die Kodierungen bezüglich der Zusammenarbeit im QZ und der Zusammensetzung der Teilnehmenden, Beschreibungen von Rollenkonflikten und Bewertungen der Zusammenarbeit.

Tabelle 12: Kategorientabelle der Hauptkategorie "Multiperspektivität"

Kategorie	Subkategorie Level 1	Subkategorie Level 2
Vorerfahrung Qualitätssicherung	Keine	
	Erfahrung aus Fortbildungen	
	Erfahrung aus Qualitätszirkeln	
	Erfahrung/Probleme anderer Unistandorte	

	Erfahrung mit Qualitätsmanagement aus anderem Bereich	
Zusammensetzung wechselnd		
Multiperspektivität ist Mehrwert für die Arbeit des Qualitätszirkels		
Zusammenarbeit	Stimmung und Atmosphäre	Positiv Kritik an Zusammenarbeit
	Beziehungs- und Gruppendynamik im Qualitätszirkel	
	Austausch miteinander	
Perspektiven	Medizindidaktik	
	Pflegewissenschaft	
	Perspektiven einbringen können	
	Lehrstuhlinhaberin	
	Studierende	
	Lehrkoordinator:in	
	Ärztin in Weiterbildung	
	Leitungsrolle	
	Moderationsrolle	
Intrapersonaler Rollenkonflikt	Lösungsvorschlag Trennung	
	Moderation und Leitung	

Wie in Tabelle 13 dargestellt wird, beinhalten Kodierungen, die der Hauptkategorie „Ziel und Funktion des Qualitätszirkels“ zugeordnet wurden, Äußerungen, in denen über den QZ reflektiert wird. Ebenso finden sich dort Nennungen, die das Ergebnis und langfristige Ziele beschreiben, sowie Erfolgsindikatoren des QZ und Faktoren, die eine einzelne Sitzung erfolgreich machen.

Tabelle 13: Kategorientabelle der Hauptkategorie "Ziel und Funktion des Qualitätszirkels"

Kategorie	Subkategorie Level 1	Subkategorie Level 2
Erfolgsindikatoren		
Qualitätsmanagement ist komplex		
Faktoren für eine erfolgreiche Sitzung	Moderation	
	Multiperspektivität	
	Stimmung/Motivation	
	Festhalten der Ergebnisse	
	Struktur einhalten	
	Offenheit	
	festgelegtes Ziel	
	Vorbereitung auf Sitzung wichtig	
Themenfokus auf Lehrveranstaltungen		
Reflektion	Reflektion ist notwendig	
	Reflektion über Qualitätszirkel/Bewertung	Struktur wird positiv bewertet
	Selbstreflektion	Teilnehmende ordnen sich im Thema ein

Es gibt ein Ergebnis	Entscheidungen bestärken	
	Verbesserung Kommunikation	
	Informationsaustausch	
	persönliches Ergebnis für Teilnehmende	
	Legitimierung	
	Umsetzung Sitzungs-Ergebnis	
Langfristige Ziele		
Anwendung auf andere Bereiche/Abteilungen		

In der Hauptkategorie „Ablauf Sitzung“ wurden alle Äußerungen zum Ablauf der einzelnen Sitzungen und deren Struktur kodiert, wie in Tabelle 14 einsehbar. Ebenso wurden dort die Kodierungen, die sich auf die Zeiten zwischen den Sitzungen bezogen, verankert.

Tabelle 14: Kategorientabelle der Hauptkategorie "Ablauf Sitzung"

Kategorie	Subkategorie Level 1	Subkategorie Level 2
Keine Pausen		
Struktur und „Spielregeln“	feste Struktur	
	Zeitpunkt des Treffens	
	bewusst gewählte Struktur	
	Änderung Struktur	
	Aufgabenverteilung in einer Sitzung	Zeitmanagement Protokoll
Vorstellungsrunde		
Check-In		
Input zu Beginn		
Diskussion	Mehrere Themen	
Ergebnis festhalten		
Arbeitsaufträge festlegen		
Festlegen nächstes Thema		
Check-Out		
Zwischen den Sitzungen	Wenig	
	Arbeit des Lehre-Teams	
	Vorbereiten und Protokoll lesen	
	Arbeitsaufträge erfüllen	
	Ungeplantes	

Die Hauptkategorie „Thema und Inhalt“ wurde zu Beginn genutzt, um Äußerungen zu dem konkreten Thema der beobachteten Sitzung „Digitalisierung“ abzubilden. Das umfangreiche Thema Digitalisierung konnte mit den in dieser Studie erhobenen Interviews nicht ausreichend abgebildet werden. Unter Rücksprache mit den Mitgliedern der qualitativen Forschungswerkstatt, wurde diese Hauptkategorie aufgrund ihres hohen Umfangs in der weiteren Datenerhebung und Analyse aus dieser Arbeit ausgelagert. Eine separate Folgestudie zu diesem Thema befindet sich in der Durchführung.

3.2.3 Phänomene

Als Ergebnis des axialen Kodierens ergaben sich vier Phänomene („Die Teilhabe der einzelnen Teilnehmenden am QZ“, „Die Dynamik der einzelnen Sitzung“, „Die kontinuierliche Arbeit des Qualitätszirkels“ und „Die subjektiven Auswirkungen des Qualitätszirkels“). Dieses Ergebnis der abstrahierten Vernetzung der Kodierungen aus dem offenen Kodieren werden im folgenden Teil aus Gründen der Lesbarkeit und des Verständnisses zunächst kurz zusammengefasst. Anschließend werden sie, dem im Methodenteil dieser Arbeit beschriebenen, paradigmatischen Modell der axialen Kodierung folgend, mit der Gliederung in *Ursächliche Bedingung, Kontext, Handlungs- und interaktionale Strategien* und *Konsequenzen* dargestellt. In diesem Kapitel sind die Zitate analog zu Kapitel 3.2.2 grammatikalisch angepasst.

3.2.3.1 Phänomen 1: Die Teilhabe der einzelnen Teilnehmenden am Qualitätszirkel

Kurzzusammenfassung

Das erste Phänomen beschreibt die Teilhabe der einzelnen Teilnehmenden am QZ. Der QZ findet zwei- bis dreimal pro Jahr statt. An ihm nehmen Lehrärzt:innen, Pflegewissenschaftler:innen, Medizinstudierende, Medizindidaktiker:innen, administrative und ärztliche Lehrkoordinator:innen teil. Die Teilnehmenden bringen ihre unterschiedlichen Vorerfahrungen im Bereich Qualitätssicherung mit in die einzelnen Sitzungen. Diese Vorerfahrungen beinhalten zum einen konkrete Erfahrungen aus dem Bereich Lehre, aus der eigenen Tätigkeit, der Qualitätssicherung anderer Bereiche, aber auch unspezifisches Wissen zu Qualitätssicherung, welches in der Gesamtheit zu einem Expert:innenwissen der Gruppe führt. In der Sitzung selbst bringen sich die Teilnehmenden mit ihren jeweiligen Perspektiven ein. Die gemeinsame Auseinandersetzung mit der jeweiligen Thematik beeinflusst den einzelnen Teilnehmenden, sodass einzelne Teile der gemeinsamen Arbeit mit in den eigenen Tätigkeitsbereich genommen werden.

Ursächliche Bedingung

Der QZ tagt zwei- bis dreimal pro Jahr zu unterschiedlichen Themen. Er setzt sich aus unterschiedlichen Personen zusammen, welche bei der Gründung des QZ gezielt vom

Institut angesprochen wurden. Es war eine bewusste Entscheidung der Initiator:innen des QZ, Teilnehmende mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen auszuwählen.

T_08: „Wir haben ganz viele verschiedene Facetten, da sind die Studierenden, da sind die Leute, die frisch dabei sind, die erfahrenen Lehrkräfte, da sind Leute aus der Pflege. Das finde ich wirklich den genau richtigen Ansatz.“

Kontext

Die Vorerfahrungen der Teilnehmenden zu Qualitätsmanagement in der allgemeinmedizinischen Lehre sind unterschiedlich. Einige beschreiben, dass sie vor ihrer Teilnahme am QZ keinerlei Erfahrung in diesem Bereich hatten. Weiterhin werden Vorerfahrungen aus der Tätigkeit in anderen Qualitätszirkeln genannt, sowie Vorerfahrungen mit Qualitätsmanagement, welche im Rahmen der bisherigen beruflichen Tätigkeit gesammelt werden konnten.

T_07: „Also ich habe 2010 das Masterstudium abgeschlossen und davor Bachelor Pflegewissenschaften und Management und dann das Masterstudium Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt Qualität. Jetzt allerdings nicht Qualitätsmanagement, sondern eher so übergeordnete Fragen, auch was Qualität an sich bedeutet und auch auf der theoretischen Ebene.“

In den Tätigkeiten, die die Teilnehmenden aktuell innehaben, werden ebenfalls Begegnungen mit dem Thema Qualitätssicherung beschrieben.

T_11: „Und in der Studienkommission geht es ja auch viel darum Qualität zu sichern, da bin ich ja die letzten drei Jahre sehr aktiv gewesen und in der bvmd und IMPP war ich auch in der letzten Zeit immer mal wieder da und da geht es ja auch viel darum, irgendwie die Qualität der Lehre insgesamt zu sichern.“

Einige Teilnehmende beschreiben Erfahrungen aus dem Austausch mit anderen universitären Standorten zum Thema Qualitätssicherung.

T_01: „[...], dass ich natürlich auch sehr viel Erfahrung habe mit dem Thema Qualitätsmanagement bei anderen Standorten. Dadurch, dass ich mich mit anderen Lehrkoordinatoren beginne auszutauschen.“

Es wird weiterhin ein übergreifendes und unspezifisches Wissen zu Konzepten in der Qualitätssicherung genannt, die nicht speziell für die allgemeinmedizinische Lehre entwickelt wurden.

T_08: „Dazu kann man natürlich sagen, ich habe Erfahrung mit dem Thema Qualitätssicherung, das ist auch eine allgemeine Perspektive, die man da genauso reinnehmen kann.“

Einige Teilnehmende verfügen über eine langjährige Erfahrung in der allgemeinmedizinischen Lehre und können so in der Arbeit im QZ aus einem großen Erfahrungsschatz schöpfen. Gleichzeitig bewerten sie den eigenen Umgang mit den auftretenden thematischen Wiederholungen als nicht ausschließlich positiv.

T_10: „Also alles Dinge, die man wirklich schon durchgekaut hat, die durch sind und das erschwert es für mich manchmal sehr, also ich merke, wie ich da ungeduldig werde [...].“

Nicht alle Mitglieder des QZ kommen aus dem direkten patient:innenversorgenden Feld. Auch die Bereiche Medizindidaktik und Pflegewissenschaften sind im QZ vertreten. Insgesamt empfinden die Teilnehmenden die Zusammensetzung im QZ als genau richtig, um den Fokus nicht zu eng zu setzen, sondern auch von anderen Professionen Beiträge einfließen lassen zu können.

T_07: „Und er kann das trotzdem machen, weil es ein allgemeines Thema ist und ich glaube da würde es sich lohnen, es nicht gleich ganz eng auf die Medizin zu führen, sondern zuerst nochmal weiter zu gucken.“ [GA]

Durch die verschiedenen Perspektiven, die aus jeder Berufsgruppe kommen, bringen die Teilnehmenden unterschiedliche Rahmenbedingungen für ihre Teilnahme mit. Bei den Studierenden kommt es häufiger als bei den anderen Teilnehmenden zu einem Wechsel. Die neuen Teilnehmenden müssen sich dabei zunächst in die Gruppe einfinden, was teilweise als Nachteil empfunden wird.

T_08: „Am Anfang ist es immer sowas wie Beobachten, das ist aber ganz normal und findet in jeder Gruppe statt. Ich glaube die Struktur, die Charaktere sind dazu geeignet, dass sich da jeder willkommen fühlt und relativ schnell eingliedert. Es sind ja nur ganz kurze Einheiten eigentlich im Vergleich, so anderthalb Stunden oder so zwei Stunden vielleicht. Da hat es keinen Raum dafür sich lang und breit irgendwie kennenzulernen und da ist es natürlich ein Nachteil, wenn man später dazu kommt und sich erstmal zurechtfinden muss. Aber wie gesagt alle machen alles dafür, damit sich jeder so wohl, wie möglich fühlt.“ [GA]

Dieser Wechsel der Zusammensetzung wird aber auch als ein Faktor beschrieben, der die Zusammenarbeit im QZ spannend hält. Die Teilnehmenden vereint trotz ihrer unterschiedlichen Professionen das Interesse an der Lehre und der Qualitätssicherung in der allgemeinmedizinischen Lehre.

Strategie

Durch dieses gemeinsame Interesse geeint, bringen sich die Teilnehmenden vor allem mit ihrer eigenen Perspektive und dem individuellen Erfahrungsschatz in die Arbeit des QZ ein.

T_08: *„Also ich verstehe meine Aufgabe so, dass wir ein Stück oder ich ein Stück weit auch eine Außenperspektive einnehme. Dadurch, dass wir nicht direkt involviert sind, dadurch dass wir auch anders argumentieren können, bringe ich ganz viel Themen von außen rein, die zusätzliche Ergänzungen, Verstärkungen und so weiter sind.“*

Die Teilnehmenden beschreiben, dass die Studierenden dabei andere Ideen einbringen können als die restlichen Teilnehmenden.

T_06: *„[...] und ich versuche Ideen reinzubringen, die von den Studierenden eher einfacher gebracht werden können, weil wir noch nicht diesen Blick der Lehrenden beziehungsweise Koordinierenden haben, sondern den eher etwas visionäreren, wunschvolleren Blick und deswegen wir dann einfach andere Wünsche anbringen können, Konzepte einbringen können. Ich versuche das einfach zu machen. Bisschen mehr auf Idealismus hinaus, als wirklich darauf zu achten, ob das so durchführbar ist.“*

Die Lehrkoordinatorin wird von den Teilnehmenden als das Bindeglied zwischen dem Institut, den Studierenden und den Lehrärzt:innen beschrieben. Sie befasst sich mit den organisatorischen Angelegenheiten in der Lehre, die in der Bearbeitung vieler Themen eine wichtige Rolle spielt.

Die Anzahl der Perspektiven, die am QZ beteiligt sind, ist nicht begrenzt, sodass es möglich ist weitere Expert:innen einzuladen. Dies wird von Teilnehmenden auch angeregt, um die Anwendbarkeit von Konzepten und Lösungsstrategien aus anderen Bereichen auf die Allgemeinmedizin diskutieren zu können.

T_07: *„[...] ich denke es würde an der einen oder anderen Stelle wahrscheinlich von Vorteil sein, mal zu schauen, was die Pflegepädagogik erforscht, da gibt es ja sehr viel Lehrforschung. Und dann vielleicht auch über den NP_02 oder andere Pflegepädagogen, dass die vielleicht nochmal auch gezielt eingeladen werden.“*
[GA]

Die am QZ beteiligten Studierenden repräsentieren nur einen Anteil der Studierendenschaft und dort vor allem die engagierten und motivierten Studierenden.

T_06: *„Und das ist dann natürlich nicht immer unbedingt der Blick den wirklich jeder Studierende hat, es ist der Blick, den der engagierte Studierende in diesem*

Zirkel grade hat. [...] Das ist halt so, dass die Studierenden, die sich engagieren für solche Geschichten, dann doch andere Sichten haben als der Durchschnittsstudent.“

Diese Einschränkung gilt ebenfalls für die teilnehmenden Lehrärzt:innen, die eine Vertretungsfunktion innehaben. Die Lehrärzt:innen, die im QZ beteiligt sind, sind auch außerhalb von diesem an der Lehre beteiligt, beispielsweise durch Kurse oder Wahlfächer, die sie unterrichten. Deshalb ist es wichtig, von manchen Perspektiven mehr als eine Person im QZ zu haben, um die beteiligten Gruppen möglichst breit abbilden zu können.

T_01: „Das zeigt mal wieder das breite Spektrum, zeigt aber auch, dass es wichtig ist, das halt nicht nur einer dasitzt, sondern mehrere Leute.“

Der Moderator stellt dabei den Vermittler und Koordinator der verschiedenen Perspektiven innerhalb der Sitzung dar. Er fokussiert das Ziel der jeweiligen Sitzung und die ausgeglichene Teilhabe der Teilnehmenden. In der Sitzung beteiligen sich die Teilnehmenden, neben dem Einbringen ihrer eigenen Perspektive in die Diskussion, auch indem sie Arbeitsaufträge übernehmen. Diese Arbeitsaufträge werden von den Teilnehmenden selbst festgelegt und verteilt und in den Zeiten zwischen den Sitzungen bearbeitet.

T_10: „Ich hatte einmal die Aufgabe den organisatorischen Ablauf des Blockpraktikum zu erläutern, von der Anmeldung auch der Härtefälle, bis hin zur Verteilung der Praxen, was läuft da alles.“

In der Sitzung selbst schließt sich an den inhaltlichen Input eine offene Diskussion an. Diese kann unterschiedlich lang sein und entweder in Kleingruppen oder innerhalb der gesamten Gruppe stattfinden, um so eine Lösung zu erarbeiten. Dabei ordnen sich die Teilnehmenden selbst in das Thema ein und beginnen zu reflektieren, wo sie ihre Expertise gezielt einsetzen können.

T_03: „Also es ging darum, für mich war sozusagen der Moment, wo ich meinen Platz gesehen habe, wo ich gedacht habe: »Okay, es gibt diese ganzen tollen Formate und es gibt aber auch ganz praktische Dinge, wie diese Listen mit den Diagnosen, wo man sozusagen das Praktische mit dem Digitalen wirklich super verwenden kann.«“ [GA]

Der Austausch in der Sitzung ist dabei ein sachliches Miteinander und gleichzeitig abhängig von der Persönlichkeit der Teilnehmenden. Die Teilhabe der Studierenden als Zielgruppe von Lehre in diesem QZ wird als besonders wichtig erachtet.

T_04: *„Das ist wichtig und dass man auch Leute hat aus unterschiedlichen Bereichen der Lehre, dass da jetzt nicht nur Lehrärzte sitzen und diskutieren zum Beispiel oder nicht nur wir aus dem Institut in der Sitzung diskutieren, sondern tatsächlich auch die unterschiedlichen Sichtweisen dabei sind. Und auch die Studenten, weil sonst macht Qualitätszirkel Lehre auch keinen Sinn, wenn keine Studenten dabei sind.“*

Konsequenz

Durch die oben beschriebenen Strategien können im Kontext einer Sitzung des QZ neue Ideen entstehen. Die Teilnehmenden reflektieren dies positiv und sind dankbar, an dem QZ teilzuhaben. Besonders der Lehrbereichsleiter schätzt die Möglichkeit Themen multiperspektivisch diskutieren zu können und eine Feedbackmöglichkeit zu haben, um in den Entscheidungen, die die Lehre betreffen, gestärkt zu sein.

T_01: *„Also für mich in meiner Position bedeutet er alles. Weil ich einfach am Anfang das Gefühl hatte, ich treffe Entscheidungen und ich weiß nicht, ob das gute Entscheidungen sind oder nicht. Ich weiß nicht, ob das relevante Entscheidungen sind oder nicht. [...] also für mich als Leitung ist es einfach super wichtig gewesen, irgendwo ein Forum zu haben, wo ich Ideen, Konzepte diskutieren, reinbringen kann, offen ehrlich. [...] Ich habe einfach das Gefühl, dass es mich persönlich in meiner Rolle als Leitung enorm gestärkt hat [...].“*

Neben dem Lehrbereichsleiter profitieren auch die anderen Teilnehmenden von der Arbeit im QZ. Begleitend zu dem Sammeln von Erfahrungen mit Qualitätsmanagement, werden auch die Entscheidungen, die der Bereich Lehre am Institut trifft, verständlicher. Die Teilnehmenden versuchen in ihren jeweiligen Tätigkeitsfeldern bereits die Ergebnisse aus dem QZ umzusetzen. Sie nehmen etwas aus den Sitzungen mit und sehen einen Effekt bei sich selbst. Insgesamt wird vor allem die Multiperspektivität als bereichernd und spannend beschrieben. Sie stellt einen besonderen Mehrwert in dem QZ dar, da dies eine umfassendere Bearbeitung der Problematiken ermöglicht.

T_12: *„Also ich finde das Erstaunliche oder das Coole an diesem Qualitätszirkel, dass halt ganz verschiedene Menschen daran teilnehmen von Studierenden über Fachärzten für Allgemeinmedizin über Pflgende etc. Und dass die alle aus komplett unterschiedlichen Blickwinkeln halt ihre Ideen da einbringen können und also das ist das eine, das heißt es kommt ganz viel zustande, wo man davor selber gar nicht auf die Idee gekommen wäre, dass das zustande kommen könnte.“*

Besonders, dass diejenigen Perspektiven der Personengruppen, die unmittelbar an der Lehre beteiligt sind, im QZ zusammenkommen, wird als großer Vorteil beschrieben.

T_02: *„Ich glaube das Wichtigste dabei ist [...], dass wir alle Beteiligten an einen Tisch holen, weil wir immer diese Dreierbeziehung im Prinzip haben, wo man immer nur über das Eck kommuniziert. Und dass diese drei Perspektiven Institut, Lehrarzt und Studierender sozusagen mal an einen gemeinsamen Tisch kommen und dadurch, also ich glaube das ist ein enormer Benefit und ja das ist, sag ich mal, es gibt kein Format, wo das bis jetzt so ist.“* [GA]

Die Außenperspektive, die einige der Teilnehmenden haben, ermöglicht eine bessere Reflektion der eigenen Arbeit und Problematiken.

T_08: *„Man kann auch aus dieser Außenperspektive ganz gut den Finger in die Wunde legen, wenn mal was nicht so läuft, aber genauso so war es auch gedacht. Weil manchmal, wenn man mit so einem Thema betraut ist, dann schwimmt man doch so in der eigenen Suppe und kriegt dann nicht so raus, was jetzt noch Verbesserungen sein könnten. Das sieht man dann vor allem, wenn das irgendwie von außen herkommt.“*

Das konstruktive Arbeiten, welches unter anderem auch durch die Multiperspektivität ermöglicht wird, trägt dazu bei, dass die Teilnehmenden seit Beginn kontinuierlich und gerne in dem QZ mitarbeiten.

T_07: *„Und ich glaube, jeder der merken würde das ist vertane Zeit, der würde nicht mehr kommen, also der Indikator, dass es gut vorbereitet und durchgeführt wird, ist glaube ich, dass eine Kontinuität da ist.“* [GA]

3.2.3.2 Phänomen 2: Die Dynamik der einzelnen Sitzung

Kurzzusammenfassung

Das zweite Phänomen beschäftigt sich mit der Dynamik in der Sitzungsarbeit. Die beabsichtigte Multiperspektivität wird durch das gemeinsame Interesse der Gruppe geeint, das facettenreiche Thema der Qualitätssicherung in der allgemeinmedizinischen Lehre zu bearbeiten. Die Strukturierung des QZ in einer Sitzung hilft die thematische Auseinandersetzung zu fokussieren und effektiv zu gestalten. Der Austausch ist dabei abhängig von den Persönlichkeiten der Teilnehmenden und führt in manchen Fällen auch zu Konflikten innerhalb der Gruppe. Die Konflikte im QZ werden reflektiert und die betreffenden Punkte, wenn nötig, Änderungen unterzogen. Insgesamt werden die Stimmung und Zusammenarbeit aber als positiv und auf einer Augenhöhe stattfindend beschrieben. Diese Art der multiperspektivischen Zusammenarbeit und Kommunikation untereinander wird als großer Vorteil des QZ genannt.

Ursächliche Bedingung

Die Teilnehmenden werden gezielt vom Institut für Allgemeinmedizin angesprochen und zu der Teilnahme am QZ eingeladen. Die Dynamik in der einzelnen Sitzung hängt auch von den einzelnen Teilnehmenden ab. Die vorherrschende Diversität der Teilnehmenden ist dabei kein Zufallsprodukt, sondern erwünscht, um im multiperspektivischen Rahmen Qualitätsmanagement zu betreiben.

T_08: „Das war eine Frage, die auch aufgekommen ist im Vorfeld schon, bevor das entstanden ist mit T_01, der gerne die Zusammensetzung so gehabt hätte, was auch absolut Sinn macht, dass man möglichst breit abdeckt, was relevant ist für die Qualität in der Lehre der Allgemeinmedizin.“

Kontext

Qualitätsmanagement wird, besonders im Kontext der Allgemeinmedizin, von den Teilnehmenden als komplexes und sehr facettenreiches Thema beschrieben.

T_04: „Also erstmal, dass es ein komplexes Thema ist, dass wir auch vor besonderen Herausforderungen stehen, weil wir die Lehre zum Teil zwar selbst erbringen vom Institut aus, aber ansonsten eben die Lehre in den Praxen erbringen.“ [GA]

Dieser Herausforderung wird mit dem Verfolgen eines gemeinsamen Zieles und dem Interesse der Gruppe an einer Verbesserung der Qualität in der Lehre begegnet.

T_11: „[...] ich finde es schön, dass es das gibt und dass wir eine motivierte Gruppe haben von Leuten, die sich das sehr zu Herzen nehmen, da etwas zu verändern und da etwas zu verbessern.“

Die Diversität der Teilnehmenden bringt ebenfalls einige Herausforderungen mit sich. Aufgrund der unterschiedlichen beruflichen Hintergründe gibt es teilweise auch größere Differenzen bei den Arbeitszeiten der Teilnehmenden, sodass die Treffen am Abend stattfinden müssen. Manche Teilnehmende beschreiben, dass dies aufgrund von individuellen Leistungsschwankungen im Tagesverlauf Auswirkungen auf ihren Beitrag zu dem QZ hat.

Eine weitere Herausforderung ist ein intrapersoneller Rollenkonflikt. Durch die gleichzeitige Ausführung der Rolle des Moderators durch den Lehrbereichsleiter sehen manche Teilnehmenden das Risiko, dass es bei Äußerungen des Moderators zu Missverständnissen bei den Teilnehmenden kommen könnte. Dies könnte zu

Fehlinterpretationen führen, ob es sich bei einer solcher Aussage um eine Führungsentscheidung oder eine Moderatorenaussage handelt.

T_01: „Das ist immer ein Spagat zwischen Moderation, inhaltlicher Arbeit und Führung. Was mir nicht immer gut gelingt, es ist einfach, manchmal denke ich, es wäre noch besser, in dem Moment, wo ich wirklich Führung ausüben muss, dass ich dann nicht auch die Moderatorenrolle habe, weil mich das manchmal in den Konflikt bringt. Und dann meiner Ansicht nach die Gefahr besteht, dass bestimmte Themen gar nicht erst richtig zur Sprache kommen, weil meine Worte, meine Moderation so verstanden wird, dass da ist jetzt eine Führungsentscheidung getroffen wurde. oder dass ich eigentlich eine Führungsentscheidung innerlich schon getroffen habe, aber sich was entwickelt, was ich lieber moderiert haben würde.“ [GA]

In der untersuchten Sitzung wurde eine striktere Trennung von Moderator und Lehrbereichsleiter vorgenommen. Die stärkere Gewichtung auf die neutral moderierende Moderatorenrolle wird von den Teilnehmenden positiv wahrgenommen.

T_04: [...], aber ich fand es gerade beim letzten Mal gut, dass einer moderiert hatte, der es auch kann. [Rückfrage zu einer vorherigen Sitzung] [...], da gab's glaube ich schon auch einen Moderater, aber da war das nicht so strikt getrennt, wenn ich mich richtig dran erinnere [...]. Dass das auch ganz klar war, genau, das fand ich gut. Gerade bei so vielen Leuten und so vielen unterschiedlichen Rollen ist es gut, dass da einer steht und moderiert.“

Strategie

Einige Teilnehmende verfügen über eine langjährige Erfahrung auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements in der allgemeinmedizinischen Lehre und beobachten in diesem Zusammenhang potenzielle Konfliktquellen, die aufgrund dieser Erfahrungen entstehen können. Dabei handelt es sich vor allem um Themen, die in einer ähnlichen Form bereits diskutiert wurden.

T_10: „[...], weil ich einfach manche Dinge als Zeitverschwendung sehe sie nochmal zu diskutieren. Weil ich einfach weiß man hat sie schon X mal durchgekaut und es gibt einfach keine Möglichkeit es derzeit zu ändern und dann ist es für mich sehr müßig. Deswegen ist die Stimmung auch streckenweise in mir angespannt. Das bin aber vielleicht auch individuell nur ich.“

Gleichzeitig reflektiert die Teilnehmerin, dass gerade bei festgefahrenen Themen ein Spektrum an Vorschlägen nötig ist, um auch neue Ideen entwickeln zu können.

T_10: „Wenn man nicht ständig in der Reflektion bleibt sozusagen bei Abläufen, die vielleicht schon lange so sind, dann begibt man sich in die Gefahr blind zu werden für Dinge, für Kritik auch, für Neuerungen, für Änderungen. Ich denke,

man muss immer wieder Dinge aufgreifen und überlegen: »Kann man es besser machen, kann man es ändern, haben wir die Chance es auch vielleicht mal einfacher zu machen?« Es ist für mich einfach gerade vielleicht, weil ich schon so lange hier bin, ganz wichtig, dass Abläufe reflektiert werden, weil ich da ja auch bei mir feststelle: »Okay auf die Idee bist du jetzt auch gar noch nie gekommen«, wo ich auch dankbar bin.“

Dem entgegen wurde von anderen Teilnehmenden angemerkt, dass die Diskussionen auch kontroverser geführt werden könnten.

T_08: „Also von daher, die Zusammenarbeit ist für mich sehr positiv, vielleicht ein Stück weit zu, ja das soll gar nicht so klingen. Man könnte sicher noch schärfer sein, wenn es um Qualität geht, muss man manchmal schmerzhaft Sachen angehen.“ [GA]

Da der Austausch untereinander abhängig von den Persönlichkeiten der Teilnehmenden ist, besteht die Herausforderung sowohl die eher redereichen und dominanten als auch die eher introvertierten Teilnehmenden in die Diskussion einzubinden. Dieses potenzielle Ungleichgewicht bei den Redeanteilen während einer Diskussion wird von den Teilnehmenden wahrgenommen und in der Gruppe entgegengewirkt.

T_06: „Nicht immer sind die Redeanteile gleich verteilt, aber es wird doch einigermaßen darauf geachtet, dass jeder etwas zu einem Thema gesagt hat, das ist eigentlich sehr schön.“ [GA]

Dies ist besonders wichtig, da es auf Seiten der Studierenden häufiger zu Wechseln kommt und die neuen Teilnehmenden in der Eingewöhnungsphase eher zurückhaltender sind. Den Herausforderungen in der Zusammenarbeit wird unter anderem dadurch begegnet, dass die Teilnehmenden auch in Konfliktsituationen ihre Meinung sachlich darstellen und so ein konstruktiver Austausch stattfinden kann.

T_03: „[...] ich finde das eben sehr konstruktiv und dadurch, glaube ich, kann sich auch etwas verändern.“

Die Teilnehmenden empfinden besonders das Miteinander und die Kommunikation im Dialog, auch im Vergleich zu anderen Formaten als dem QZ, als großen Vorteil. Der Einfluss des Lehrbereichsleiters auf die Stimmung im QZ wird sehr positiv beschrieben.

T_06: „Es ist etwas anderes als die andere Gremienarbeit, die man sonst hat, weil da ist es ein bisschen mehr so Studierende gegen Lehrende und hier ist es jetzt echt ein Mitarbeiten und Zusammenarbeiten und das ist eigentlich ganz schön.“

Auch die Struktur der einzelnen Sitzung beeinflusst die Zusammenarbeit im QZ. Diese feste Struktur wurde von den Teilnehmenden am Beginn des QZ erarbeitet, andererseits entwickelt sie auch eine eigene Dynamik.

Jede Sitzung beginnt nach der Begrüßung mit einem *Check-In*, in welchem die Teilnehmenden die Gelegenheit haben ihr persönliches Wohlbefinden darzustellen, um so das Verhalten der jeweiligen Teilnehmenden besser einordnen zu können.

T_12: „Check-In bedeutet eigentlich kurz, dass man sagt mit was man grad hier ankommt. Das heißt, wenn man jetzt grad total gestresst ankommt, weil man im Stau stand oder so, hat man die Gelegenheit das einfach zu artikulieren, dass die anderen so ein bisschen wissen, »Okay, wo steht der?«. Oder wenn er nachher vielleicht was sagt, was sich schnippisch anhört, sag ich mal als Beispiel, dann kann man das besser einordnen, was er sagt [...]. Das muss gar nichts mit dem Qualitätszirkel selbst zu tun haben.“

Im Anschluss daran erfolgt das Festlegen einer Person für das Zeitmanagement, welche über die gesamte Sitzung hinweg beaufsichtigt, dass einzelne Abschnitte, wie beispielsweise Einleitung, inhaltlicher Input oder die Diskussion den zeitlich festgesetzten Rahmen nicht überschreiten. Diese Rolle trägt durch das fokussierte Arbeiten auch zu einer effizienten Ergebnisfindung bei.

T_11: „[...], damit das alles ein bisschen im Rahmen bleibt, weil wenn man anfängt zu diskutieren, könnte das immer weitergehen.“

Durch das Zeitmanagement ist ein pünktliches Ende meistens gewährleistet, was die Motivation der Teilnehmenden steigert. Die Person für das Zeitmanagement wird meist problemlos am Anfang der Sitzung gefunden. Eine weitere Aufgabe, die ebenfalls zu Beginn festgelegt wird, ist die Erstellung eines Ergebnisprotokolls. Auch diese Aufgabe wird bei jeder Sitzung von einer anderen Person übernommen. Dadurch ist es den anderen Teilnehmenden möglich sich vollständig auf die Diskussion zu konzentrieren und trotzdem die Gewissheit zu haben, dass die Ergebnisse festgehalten werden. Sind diese beiden Aufgaben verteilt, erfolgt der inhaltliche Input. Dieser ist je nach Thema unterschiedlich. Im Anschluss daran beginnt die offen gehaltene Diskussion miteinander. Diese ist ebenfalls je nach Thema von unterschiedlicher Form.

T_05: „Und dass man dann so sehr konkret auf das Thema los geht. Entweder in Kleingruppen, um das dann hinterher zu besprechen oder in der großen Diskussion [...].“

Die Teilnehmenden bringen ihre Ideen und Vorschläge als Beiträge in die Diskussion ein. Dabei wird besonders der Input der Studierenden wertgeschätzt.

T_03: „[...] , dass ich einfach beeindruckt war, wie viel Input von den Studierenden kam über diese ganzen Webinars und Formate, die ich sehr spannend finde, die ich aber selber nicht kenne.“

In der Diskussion ergibt sich für den Lehrbereichsleiter die Möglichkeit festzustellen, wo es Übereinstimmungen und Konfliktpotential innerhalb der Gruppe gibt. Je nach Bedarf kann so eine weitere Diskussion oder Ergebnisfindung eingeleitet werden.

T_01: „Es ist automatisch auch immer eine Validierung gleichzeitig, weil wenn der Student was sagt und der Lehrarzt sagt: »Boah, das find ich auch gut.«, dann weiß ich, da ist was. Da sozusagen muss man dann auch ansetzen, weil ich weiß, dass beide in der Beziehung miteinander da dann vielleicht davon profitieren. Während, wenn die einen begeistert sind von einer Sache und die anderen überhaupt nicht, dann weiß ich da ist noch Verhandlungsnotwendigkeit, dann könnte es auch zu Konflikten kommen.“

Am Ende der Sitzung wird das Ergebnis festgehalten, auch um einen Konsens in der Gruppe zu finden. Dies ist unter Umständen nicht immer einfach.

T_02: „Ja genau, ich glaube die Schwierigkeit bei dem Mal, wo ich dabei war, war irgendwie tatsächlich auch mal zum Abschluss zu kommen und die ganze Sache abzuschließen und dann eine Lösung zu haben. [...] Ich glaube das ist auch ein hohes Ziel da jedes Mal in anderthalb Stunden schon zu einer Lösung zu kommen, aber es wird zumindest am Ende nochmal zusammengefasst und gesagt: »Okay, jetzt müssen wir vielleicht noch das und das machen.«“

Dieser Konsens muss dabei nicht zwangsläufig ein praxisreifes Ergebnis beinhalten, manchmal stellt er auch eine konkrete Möglichkeit zur Weiterentwicklung in der Zeit nach der jeweiligen Sitzung dar.

T_08: „Und wir haben am Ende eigentlich immer konkrete Ergebnisse, mit denen man weitergehen kann. Manchmal sind die noch nicht für die Praxis, da muss dazwischen dann noch was passieren, aber das sind dann Anhaltspunkte, mit denen man weiterarbeiten kann und das ist gut so.“

Die Teilnehmenden schilderten, dass der so erzielte Konsens innerhalb der Gruppe zum Teil, aber nicht vollumfänglich, auf die gesamte Gruppe der Beteiligten, beispielsweise alle Studierenden oder Lehrärzt:innen anwendbar ist.

T_01: „Das ist so eine Art Zusammenfassung, die auch gleichzeitig so eine Art Konsens darstellen soll, das ist Legitimierung, wo ich dann weiß, Ok, hier kann ich zumindest erwarten, dass ein Teil der Leute auch außerhalb des

Qualitätszirkels das wahrscheinlich akzeptieren würde. Auch, wenn es natürlich nicht vollumfänglich ist.“ [GA]

Diese Legitimierung durch den QZ hat für den Lehrbereichsleiter einen hohen Mehrwert.

T_01: „Und sofern habe ich wiederum für meine Arbeit als Leiter durch den Qualitätszirkel immer auch eine Validierung meiner Entscheidungen, dass ich das Gefühl habe, wenn ich Entscheidungen treffe, sind die richtig gut unterfüttert.“ [GA]

Dabei behält der Lehrbereichsleiter die endgültige Entscheidungsmacht.

T_01: „[...] wir haben dieses Forum und das ist unser zentrales Steuerungsorgan. Was jetzt nicht heißt, dass es basisdemokratisch ist, es ist schon so, dass ich die Entscheidung treffe.“

Um den geplanten Ablauf innerhalb der Sitzung einhalten zu können ist ein Moderator notwendig, der die Diskussion begleitet und darauf achtet, dass die Strukturen eingehalten werden, sodass alle Teilnehmenden in der Diskussion die Möglichkeit haben sich zu äußern.

Konsequenz

Diese Strukturierung der Sitzungen und die beschriebene Art der Zusammenarbeit führt durch weniger zwischenmenschliche "Stressmomente" zu mehr Offenheit und Effizienz in der Bearbeitung.

T_07: „Und dann findet auch eine gute Interaktion statt, also es wirklich so, es wird ein Thema eingebracht, dann wird darauf eingegangen. [...] Aber wahrscheinlich auch, weil keine Ressourcen verschwendet wurden auf irgendwelche emotionalen Stressmomente oder sowas. Es ist einfach, es ist ein gemeinsames Interesse.“ [GA]

Durch die flachen Hierarchien wird ein Raum geschaffen, in dem offen und konstruktiv an den inhaltlichen Punkten gearbeitet werden kann.

T_03: „Und eben, was ich auch sehr schätze, ich habe das Gefühl, ich kann sehr ehrlich meine Meinung äußern und muss mich dafür nicht schämen, sondern es ist ganz, ganz konstruktiv und das ist eben auch wichtig, weil das das einzige Mittel ist, um wirklich gute Arbeit zu leisten.“

Die Beobachtungen aus den letzten Sitzungen und der Eindruck der anderen Teilnehmenden zeigen insgesamt eine gute Atmosphäre, die von den Teilnehmenden sehr geschätzt wird.

T_09: „Also sehr offen, frei und auf Augenhöhe. Zumindest erlebe ich das so, das zu den jeweiligen Punkten eine sehr, sehr offene Kommunikation möglich ist und jegliche Form der eigenen Ansichten einfach frei gesagt werden kann und empfinde das als eine sehr schöne Zusammenarbeit.“

Die Teilnehmenden beschreiben, dass sie besonders zu Beginn des QZ überrascht waren, wie viel konkrete Ergebnisse aus der Sitzung in die Praxis gebracht werden konnten.

T_03: „Also ich hab's mir schon vorstellen können, aber ich bin immer wieder erstaunt, was doch alles passiert durch diesen Qualitätszirkel. Und dass man wirklich etwas dadurch verändern kann.“

3.2.3.3 Phänomen 3: Die kontinuierliche Arbeit des Qualitätszirkels

Kurzzusammenfassung

Ein Teil der Arbeit des QZ findet zwischen den Sitzungen statt. Durch die Auseinandersetzung mit der jeweiligen Thematik im QZ werden die einzelnen Teilnehmenden beeinflusst und inspiriert. Es werden Teile der gemeinsamen Sitzungsarbeit mit in die eigene Arbeit während der Phasen zwischen den einzelnen Sitzungen genommen, dort umgesetzt und ausprobiert. Die Teilnehmenden können mit neuen Erfahrungen verändert wieder zur nächsten Sitzung zurückkommen. So entsteht ein kontinuierlicher Prozess auch zwischen einzelnen Sitzungen, der die Teilnehmenden persönlich (intrapersonell) und in ihrer Beziehung untereinander (interpersonell) beschäftigt.

Ursächliche Bedingung

Die Teilnehmenden des QZ treffen sich seit 2018 regelmäßig zwei- bis dreimal pro Jahr. Vor der gemeinsamen Arbeit im QZ kannten sich die Teilnehmenden nicht. Die Abstände zwischen den Sitzungen sind dabei, je nach Thema, unterschiedlich lang. Die Zusammensetzung innerhalb des QZ wird als weitestgehend stabil beschrieben, wobei es auf Seiten der Studierenden häufiger zu Wechseln kommt.

Kontext

Zwischen den Sitzungen des QZ finden sowohl auf organisatorischer als auch inhaltlicher Ebene Ereignisse statt.

T_12: „Also zwischen den einzelnen Sitzungen ist natürlich zum einen die Vorbereitung auf die nächste Sitzung für die, die sich da gemeldet haben und die

Umsetzung dessen was in dem vorherigen Qualitätszirkel besprochen wurde. [...] Das heißt: wie kann man diese Sachen konkret umsetzen, die wir da besprochen haben, das wird vor allem von Institutsseite weiterverfolgt, aber eben wenn dafür externe Expertise notwendig ist, dann finden auch nochmal separat kleinere Treffen statt, zum Beispiel mit Dozenten, die das betrifft von der jeweiligen Lehrveranstaltungen.“

Nach einer Sitzung begeben sich die Teilnehmenden zurück in ihr jeweiliges Tätigkeitsgebiet und versuchen bereits Aspekte aus dem QZ mit einzubeziehen.

T_04: „Die normale Arbeit, also wir arbeiten alle weiter in unseren Projekten und wir probieren die Aspekte schon auch mit reinzunehmen.“

Strategie

Die Teilnehmenden des QZ kommen mit unterschiedlichen Erfahrungen und Wissensständen zum Thema Qualitätsmanagement in den QZ. Dabei vereint sie eine Offenheit, sich auf das Konzept des QZ einzulassen. Im Anschluss an die Sitzung verschickt das Institut zunächst das Protokoll, welches von den Teilnehmenden als Nachbereitung der letzten und Vorbereitung auf die nächste Sitzung gelesen wird. Manche Teilnehmenden schildern, dass zur Vorbereitung auf die nächste Sitzung eine inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Thema erfolgen sollte. Von anderen wird das Lesen des Protokolls bereits als ausreichende Vorbereitung beschrieben.

T_10: „Ich kann ja das Protokoll lesen und das reicht ja eigentlich. Da ist ja stichwortartig alles erfasst, was besprochen worden ist. Und vor allen Dingen vielleicht auch was man noch aufgreift oder Änderungen, an die man denkt oder Neues was man machen möchte.“ [GA]

Eine Teilnahme an der nächsten Sitzung ist aber auch ohne Vorbereitung möglich.

Im weiteren Verlauf der Zwischenphasen wird eine Ankündigung und Informationen zu der nächsten Sitzung und dem Thema per E-Mail verschickt. Neben diesen organisatorischen Ereignissen werden auf inhaltlicher Ebene vor allem die Arbeitsaufträge, die Umsetzung von Ergebnissen und die damit einhergehenden Veränderungen genannt. Da die Arbeitsaufträge als Input in die nächste Sitzung mit eingebracht werden, dienen sie ebenfalls der Vorbereitung auf die nächste Sitzung. Dabei kann es sich beispielsweise um eine Umfrage unter Studierenden oder Lehrärzt:innen handeln oder auch der Darstellung von organisatorischen Themen. Die Zeiten zwischen den Sitzungen werden also bewusst für einen Austausch zu den Thematiken genutzt. Es

werden Informationen aus dem QZ in die Organisation gebracht und reziprok wieder in den QZ gegeben.

T_01: „[...] wir haben das jetzt schon mal so gemacht bei einer Sitzung, dass wir eine Umfrage gemacht haben unter den Lehrärzten und eine Umfrage unter den Studierenden, weil wir so das Gefühl hatten, wir müssen jetzt mal das, was wir im Qualitätszirkel erarbeitet haben nach außen bringen und dort validieren, mit unseren Kunden sozusagen. Und das haben wir dann da reingebracht entsprechend und hatten das dann auch gesammelt, die Studierenden haben die Studierenden gefragt, die Lehrärzte haben die Fragen für die Lehrärzte mitentwickelt und die haben wir dann wir dann versendet, sozusagen vom Institut her.“ [GA]

Die Arbeitsaufträge werden allgemein als nicht zeitaufwendig beschrieben.

Die Stimmung wird durch die geregelte Arbeitsbelastung zwischen den Sitzungen positiv bewertet. Es wird auch angemerkt, dass es für manche Themen hilfreich wäre die Arbeit im QZ zu intensivieren, wodurch sich allerdings auch die Arbeitsbelastung ändern würde. Zum Zeitpunkt der Interviews befassen sich die Teilnehmenden zwischen den Sitzungen weiterhin mit den inhaltlichen Aspekten, ohne dabei einem hohen Druck ausgesetzt zu sein.

T_08: „[...] also man verbringt die Zeit nicht einfach losgelöst von der Thematik, sondern man ist schon immer dabei, ohne dass man einen Druck hat. Und das ist für das Thema glaube ich ganz gut, wenn es konkreter werden muss, dann müssen die Abstände wahrscheinlich kürzer sein und die Aufgaben würden umfangreicher werden, aber das würde dann auch was mit den Leuten machen, die dort hinkommen. Das ist ja auch deswegen so positiv, dadurch dass man nicht immer maximal belastet ist, sondern auch mal relativ frei seine Ansichten und so weiter reingeben kann.“

Die Teilnehmenden äußern sich ebenfalls zu der Kontinuität der einzelnen Thematiken im zeitlichen Verlauf der Sitzungen. Sie beschreiben, dass ihnen eine sitzungsübergreifende Arbeit sinnvoll erscheint und ein Ausblick auf die weitere Arbeit zu der entsprechenden Thematik gegeben werden sollte. Der QZ ist dabei flexibel genug, um Themenänderungen zuzulassen, sollte sich im Verlauf der Arbeit zwischen den Sitzungen die Notwendigkeit dazu ergeben.

T_01: „Es passiert aber auch viel Ungeplantes, also es können auch einfach neue Fragen auftauchen in diesen Zeiten zwischen den Qualitätszirkeln, so dass man sich auch mal vorstellen kann, man stößt ein Thema um oder man sagt »Och ne, wir haben zwar gesagt das und das Thema, aber wir müssen ganz unbedingt diese Frage klären, das ist gerade sehr akut.«“

Auch die Kommunikation zwischen den Sitzungen wird von den Teilnehmenden reflektiert. Es zeigt sich, dass den Teilnehmenden unklar ist, wer in welchem Umfang zwischen den Sitzungen miteinander kommuniziert. Des Weiteren wird beschrieben, dass sich der Austausch auf einige Teilnehmende beschränkt oder gar nicht vorhanden ist. Die Lehrärzt:innen beschreiben einen häufigen Austausch zwischen den Sitzungen.

In den Zwischenphasen werden auch die vom QZ erarbeiteten Konzepte mittel- oder langfristig umgesetzt. Dies geschieht vor allem durch den Lehrbereichsleiter und die Lehrkoordinatorin. Teilweise arbeiten diese auch mit externen Expert:innen oder Dozierenden zusammen.

Konsequenz

Durch die Umsetzung finden Veränderungen statt und aus den gewonnenen Erfahrungen wird gelernt.

T_01: „[...] die sind auch vom Qualitätszirkel gut erarbeitet worden und wir werden jetzt in der Umsetzung dieser Themen lernen und das ist jetzt quasi Zwischenphase, wir werden damit Erfahrungen machen, wir werden daran lernen. [...] Und durch die Entscheidungen, die ich treffe wiederrum, habe ich in der Zwischenphase gemerkt, dass sich dadurch wirklich was verändert.“ [GA]

Zwar wird auch erwähnt, dass die Teilnehmenden von der Umsetzung der Ergebnisse nur wenig direkt mitbekommen. Aber, dass die Ergebnisse umgesetzt werden, bereitet den Teilnehmenden Freude an der Arbeit im QZ.

T_12: „[...] das andere ist, dass ich das Gefühl habe, dass das was wir da erarbeiten hängt nicht nur im luftleeren Raum, sondern das findet auch Umsetzung, mittelfristig oder längerfristig und das finde ich natürlich auch schön, weil man macht das ja nicht um das Machens wegens, sondern weil man damit was erreichen kann. Genau das finde ich das Interessante und weshalb mir das auch Spaß macht da mit zu arbeiten.“

Dabei wird auch eine teilweise Umsetzung der Ergebnisse aus dem QZ als Erfolg beschrieben.

T_08: „Wenn es jetzt nur zum Teil Einzug findet in die Realität, dann hat man auch etwas an der Qualität getan und das ist ja das, was der Qualitätszirkel eigentlich machen soll.“

Die Wertigkeit der Ergebnisse der Arbeit des QZ wurde zu Beginn teilweise kritisch gesehen und hat sich im Verlauf verändert.

T_03: *„Und ich finde, dass wir immer umsetzungsstärker werden. Also am Anfang [...] hatte ich noch so ein bisschen so ein abstraktes Gefühl: »Werden wir jemals irgendwas davon verwirklichen können?« Und das hat sich jetzt geändert, ich habe das Gefühl wir sind praxisnäher geworden.“*

Dennoch geben die Teilnehmenden an, dass es noch viele Ideen gibt, die im QZ ausgearbeitet werden könnten, welche das Potential haben, die allgemeinmedizinische Lehre in Tübingen zu verändern.

T_05: *„Ich finde das ist großartig, was da in Bewegung gesetzt wird und ich glaube da gibt's noch ganz viel, was wir tun können und Ideen, die noch gar nicht entwickelt sind und die jetzt nach und nach wahrscheinlich auftauchen und sag ich mal die Lehre verändern könnten und auch werden, so hoffe ich.“*

Dieses Potential entsteht auch dadurch, dass sich die Zusammenarbeit seit Bestehen des QZ verändert hat. Die Teilnehmenden empfinden sie als freier, produktiver, freundlicher und praxisnäher.

T_09: *„Also ich empfinde, dass die Zusammenarbeit noch freier geworden ist. Und da hat sich schon viel an Potential ergeben in der Zusammenarbeit und gerade auch als ich zwischendrin nicht dabei war, konnte ich deutlich merken, dass sich dort einfach Schritte tun, die Schritte weiter gegangen sind, die sehr fruchtbar und positiv waren, auch für die allgemeinmedizinische Lehre.“*

Auch die Beteiligung der Studierenden im QZ wird als verstärkt wahrgenommen.

T_03: *„Also die Studierenden sind mutiger geworden. Was ich ganz super finde.“*

Dieser verstärkte Erfahrungsaustausch der einzelnen Professionen führt dazu, dass es zu mehr Wertschätzung untereinander kommt.

T_03: *„Weil man eigentlich nur dadurch, dass man von den anderen Bereichen etwas mitbekommt auch die entsprechende Wertschätzung für die anderen Bereiche entwickeln kann und deswegen finde ich insgesamt diesen Qualitätszirkel eine fantastische Kommunikationsplattform [...].“*

Im Rahmen der verbesserten Zusammenarbeit konnten die einzelnen Teilnehmenden zu einem Team zusammenwachsen und sich gegenseitig einordnen. Ebenso wurden die Kontakte untereinander intensiviert.

T_10: *„Ich würde sagen, dass es ein bisschen wärmer geworden ist, weil man sich dann kennt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind sich ja jetzt eher vertrauter und ich denke, das ist ein Hauptpunkt, dass man einfach so ein bisschen mehr weiß, wer tickt jetzt gerade so wie.“*

Dies betrifft auch die Kommunikation zwischen dem Institut, den Lehrpraxen und Lehrbeauftragten. Durch die Verbesserung dieser Kommunikation fühlen sich Lehrende als Teil des Teams, was ein Gefühl von Sicherheit bei ihnen erzeugt.

T_10: „[...] und das hat sich verändert, die Kommunikation zu allen, die Lehre machen, ist engermaschiger. Und ich habe den Eindruck dadurch fühlen diejenigen, die Lehre machen sich mehr aufgenommen im Boot und sagen »Ich gehöre dazu. Ich bin ein wichtiger Teil dieser Abläufe.« Und das gibt Sicherheit.“

Es ist zu erwarten, dass dies auch die Professionalisierung der allgemeinmedizinischen Lehre im externen Bereich vorantreibt.

T_04: „Und deswegen kann ich mir schon vorstellen, dass darüber auch ein positiver Effekt der Professionalisierung in der Lehre erreicht werden kann, weil ja auch Hausärzte [...] Lehre machen, die vielleicht keine didaktische Qualifikation haben, aber trotzdem halt mit da drin sind.“

3.2.3.4 Phänomen 4: Die subjektiven Auswirkungen des Qualitätszirkels

Kurzzusammenfassung

Das 4. Phänomen beschäftigt sich mit den subjektiven Auswirkungen des QZ, die regelmäßig reflektiert werden. Dies geschieht sowohl innerhalb einer einzelnen Sitzung als auch über die Arbeit des QZ insgesamt. Innerhalb der Sitzungen werden die Ergebnisse von jedem Teilnehmenden am Ende einer Sitzung einzeln reflektiert und ein Konsens in der Gruppe gefunden. Dabei kann es sich um bereits praxisreife Ideen handeln oder auch um noch ausbaufähige konkrete Zwischenergebnisse.

Die Effekte des QZ sind aus Sicht der Teilnehmenden schwierig messbar zu machen. Sie sind aber dennoch hoffnungsvoll, dass der QZ erfolgreich ist. Der Erfolg zeigt sich aus ihrer Perspektive auch in der fortwährenden Existenz des QZ. Generell beschreiben die Teilnehmenden ihre Erfahrungen mit dem QZ als gut und erkennen einen Mehrwert für die allgemeinmedizinische Lehre, sowie für ihre eigene Entwicklung und (Lehr-)tätigkeit. Die Studierenden beschreiben eine subjektive Verbesserung, vor allem der Organisation und Struktur der allgemeinmedizinischen Lehre. Die Entscheidungen des Instituts bezüglich der Lehre sind den Teilnehmenden im QZ nachvollziehbarer und können nach außen getragen werden. Das Modell sollte auch an andere Bereiche empfohlen werden.

Ursächliche Bedingung

Sowohl die Teilnehmenden als auch die Initiator:innen des QZ sehen die Notwendigkeit Strukturen und Abläufe systematisch zu evaluieren und zu reflektieren. Dies betrifft auch den QZ selbst.

T_10: *„Wenn man nicht ständig in der Reflektion bleibt sozusagen bei Abläufen, die vielleicht schon lange so sind, dann begibt man sich in die Gefahr blind zu werden für Dinge, auch für Kritik, für Neuerungen, für Änderungen.“* [GA]

Kontext

Es finden regelmäßige Reflektionsprozesse in der allgemeinmedizinischen Lehre vor allem bei dem Auftreten von Problemen und am Semesterende statt. Dabei kann das Ergebnis der Reflektion auch unangenehm sein. Sie sollte nach Ansicht der Teilnehmenden aber dennoch durchgeführt werden.

T_10: *„Und persönlich eben zusammenfassend, dass Qualitätsmanagement unabdingbar ist, sonst verfällt man in einen Trott und in eine Blindheit und das würde dann wieder zu negativen Ergebnissen führen, deswegen muss man einfach dranbleiben, auch wenn es manchmal nicht schmeckt.“*

Zu einer Reflektion gehört auch das Evaluieren der Ergebnisse und ihrer Umsetzung. Das Darstellen der Effekte des QZ wird von den Teilnehmenden als schwierig empfunden. Da die etablierten Möglichkeiten, wie beispielsweise der Vergleich von Probanden- und Kontrollgruppe aufgrund der Rahmenbedingungen meist nicht möglich sind, fehlt es an objektivierbaren Ergebnissen.

T_12: *„Der einzelne Studierende merkt es vielleicht nicht, weil der nur einmal an der Veranstaltung teilnimmt und im Endeffekt bräuchte man einen Studierenden, der davor und danach teilgenommen hat. Und das gibt es halt nicht.“*

Strategie

Das gemeinsam bestimmte und festgehaltene Ergebnis am Ende jedes Treffens dient neben dem Fazit in der Gruppe auch dazu, dass die Teilnehmenden sich selbst und die Sitzung reflektieren können. Die konkreten und eher praxisreiferen Ergebnisse aus dem QZ werden im weiteren Verlauf mittel- oder langfristig umgesetzt, was den Teilnehmenden Freude bereitet.

T_12: *„[...] das andere ist, dass ich das Gefühl habe, dass das was wir da erarbeiten hängt nicht nur im luftleeren Raum, sondern das findet auch*

Umsetzung, [...] Genau das finde ich das Interessante und weshalb mir das auch Spaß macht, da mitzuarbeiten.“

Diese Ergebnisfindung trägt unter anderem dazu bei, dass die Teilnehmenden den QZ als effizient beschreiben. Auch die Vorbereitung der einzelnen Teilnehmenden auf die jeweilige Thematik der Sitzung trägt zu einer erfolgreichen Sitzung bei. Besonders die Vorbereitung des Moderators wird wertgeschätzt. Dadurch besteht bereits vor der Sitzung für die Teilnehmenden eine gewisse Sicherheit, dass diese Sitzung erfolgreich sein wird.

Ein weiterer Faktor für eine erfolgreiche Sitzung ist die Einhaltung einer vorher definierten Struktur und eine aktive Moderation des Ablaufs. Dies führt neben der Steigerung der Effektivität auch zu einer Erhöhung der Motivation der Teilnehmenden. Hierfür hat der Moderator eine wichtige Funktion. Dieser sollte nach Ansicht der Teilnehmenden nicht mitdiskutieren und für einen zielgerichteten Ablauf der Sitzung sorgen. Die Teilnehmenden sind mit der Moderation im QZ insgesamt sehr zufrieden. Neben der Struktur werden auch die Offenheit und Motivation der Teilnehmenden als Erfolgsfaktoren genannt. Der stattfindende Perspektivenwechsel und das freie Äußern der eigenen Meinung werden dabei sehr wertgeschätzt.

T_02: „[...] wirklich auch eine Offenheit zu haben, andere Position anzuhören und mal aus seinem eigenen Kontext rauszugehen und sich auch einfach einzulassen. Ich sag jetzt mal für einen langgedienten Hausarzt sich nochmal einzulassen auf die Situation, wie es sich anfühlt Student zu sein. Und für die Studierenden aber natürlich auch sozusagen mal diese Position einzunehmen oder die Perspektive wirklich direkt mitbekommen, wie fühlt sich das denn eigentlich an, wenn ich in der Hausarztpraxis arbeite und da kommt so ein Student an, der eigentlich keinen Bock hat auf Allgemeinmedizin. Also diesen Perspektivwechsel so vollziehen zu können.“ [GA]

Der Perspektivwechsel wird durch die unterschiedlichen Berufsgruppen unter den Teilnehmenden im QZ erst ermöglicht. Dabei werden die Studierenden als besonders wichtiger Teil des QZ gesehen, aber auch die Vollständigkeit der Teilnehmenden bei den Sitzungen ist ein wichtiger Bestandteil. Weiterhin empfinden es die Teilnehmenden als unerlässlich zu Beginn einer Sitzung ein Ziel zu formulieren. Dabei haben manche Sitzungen ein klares Ziel, während andere auch der Zielfindung für weitere Sitzungen dienen können.

T_01: „Und daraus hat sich dann manchmal ergeben, dass wir mehr Informationen brauchen und dann hatten wir unser Ziel. Also das ist auch wichtig,

dass es, sag ich mal, die Offenheit hat, dass man ein Ziel manchmal erarbeiten kann.“ [GA]

Konsequenz

Trotz den Schwierigkeiten, die konkreten Auswirkungen des QZ zu messen, sind die Teilnehmenden insgesamt hoffnungsvoll, dass der QZ ein erfolgreiches Modell ist und zu positiven Veränderungen in der Lehre führt.

T_02: „Insofern ist es was Innovatives, wo ich mir schon sehr viel, auch insbesondere auf der kreativen Seite verspreche. Auch mal aus seinen angestammten Denkmustern, die man als Institutsmitarbeiter oder -leiter oder als Hausarzt hat, rauszukommen und vielleicht mal Dinge anders zu lösen, als wir sie bisher gemacht haben.“ [GA]

Der QZ besteht nun bereits über mehrere Jahre hinweg und hat die Probephase hin zu einem etablierten Werkzeug durchlaufen. Das Fortbestehen des QZ zeigt die Akzeptanz und den Erfolg sowohl für die Teilnehmenden als auch für die Lehre insgesamt an.

T_02: „[...] , dass es ja erstmal Versuchsballon war und man hat angefangen mit der ersten Sitzung und allein, dass es jetzt etabliert ist und dass auch Teilnehmer kommen, zeigt schon, dass das jetzt durchaus auch ein Format ist, was sich etabliert hat und was ja dann irgendwo auch einen Nutzen hat, sowohl insgesamt, als auch für die Teilnehmer.“ [GA]

Vor allem die Studierenden berichten von positiven Erfahrungsberichten, entweder selberlebt oder von Berichten aus ihrem studentischen Umfeld.

T_09: „Aber ich konnte schon währenddessen deutlich wahrnehmen, dass durch die Entwicklung, die die allgemeinmedizinische Lehre macht, die Ausbildung, also dieser allgemeinmedizinische Abschnitt sehr positiv ist und konnte damals schon sehr von profitieren. [...] Soweit ich das auch mitbekomme durch Kommilitonen haben alle von dem allgemeinmedizinischen Abschnitt profitiert, also ich habe da viele positive Rückmeldung bekommen.“

Dennoch wird angemerkt, dass trotz der positiven Erfahrungen, die von der Studierendenseite berichtet werden, auch weiterhin Studierende Vorbehalte haben werden und Evaluationen negativ ausfallen können.

T_08: „Muss man halt auch noch sagen, ich finde es schwer den Effekt tatsächlich irgendwie messbar zu machen, weil natürlich haben die Studierenden einen besonderen Blick auf das Fach. Der wird sich jetzt nicht fundamental ändern, dadurch dass da jetzt Energie reingesteckt wird. Die quotieren das, dass es gemacht wird, dass man sich Gedanken macht und dass man versucht darauf zu regieren, was sie wollen und das einbezieht und Missstände beseitigt und so weiter, was der Qualitätszirkel ja macht. Aber trotzdem wird es Leute geben mit

Vorbehalten, mit mangelndem Interesse und so weiter, die man vielleicht nicht erreicht und dann stehen in Evaluation oder so nochmal vergleichbare Ergebnisse, wie es vorher der Fall war.“

Neben den Studierenden kehren auch die anderen Teilnehmenden mit einer erweiterten Sichtweise zurück zu ihrem regulären Alltag und sehen einen Effekt bei sich selbst. Dabei äußerten die Teilnehmenden auch ihr Erstaunen über die Auswirkungen, die der QZ bereits gezeigt hat.

T_03: *„[...] ich hätte eigentlich nicht gedacht, wie sinnvoll das ist. [...] Und dass man wirklich etwas dadurch verändern kann.“* [GA]

Die in der Sitzung behandelten Thematiken beschäftigen sie auch über die einzelne Sitzung hinaus und führen zu Reflektionsprozessen.

T_04: *„Ich glaube einfach, dass es wichtig ist, dass man die unterschiedlichen Leute an einen Tisch holt und nicht jeder in seinem eigenen Süppchen kocht. Und hoffe dann, dass der Effekt so ist, dass jeder der dann halt nach Hause geht und wieder seinen eigenen Teil weiter kocht, daran denkt »Okay da gibt es noch andere Leute, die vielleicht auch was Sinnvolles dazu beizutragen haben.«“*

Den an der Lehre beteiligten Personen sind die Entscheidungen, die das Institut für Allgemeinmedizin fällt, verständlicher und werden eher umgesetzt.

T_05: *„Also bei mir schon, bei mir persönlich. Da sehe ich schon einen Effekt, weil ich vieles von dem was mir vorher als Lehrärztin nicht so richtig klar war, warum ich das eigentlich machen soll oder wie ich das machen soll, jetzt sehr viel klarer geworden ist und ich das eigentlich immer versuche 1 zu 1 bei mir in der Praxis selber umzusetzen.“*

Aber auch die Reflektion eigener Lehrveranstaltungen wird durch die Arbeit im QZ angeregt.

T_03: *„Also es war für mich nochmal ein ganz riesen Input, was die Qualitätssicherung in der Lehre angeht, weil ich auch meine eigene Veranstaltung dadurch ganz anders gespiegelt bekommen habe.“*

Der Mehrwert, der vor allem auch durch die besondere Form der Multiperspektivität entsteht, betrifft dabei nicht nur die behandelten Themen, sondern wirkt auch darüber hinaus. Die Möglichkeit, dass dabei Lehrärzt:innen, Studierende und Institutsmitarbeitende miteinander diskutieren können, wird als besonders wertvoll empfunden.

T_03: *„Und dass diese drei Perspektiven Institut, Lehrarzt und Studierender sozusagen mal an einen gemeinsamen Tisch kommen und dadurch, also ich glaube*

das ist ein enormer Benefit und ja das ist, das ist für mich daher auch, sag ich mal, es gibt kein Format, wo das bis jetzt so ist.“ [GA]

Die Teilnehmenden ordnen sich innerhalb eines Themas ein und übernehmen Teilaufgaben oder Rollen im QZ, mit denen sie sich identifizieren können. Sie beschreiben gute Erfahrungen mit dem QZ und wertschätzen ihre Teilnahme daran.

T_08: „Ich bin unheimlich froh, dass ich in diesem Gremium drin sein kann. Nicht nur, weil das mit den Leuten funktioniert, sondern weil es eine Möglichkeit gibt, direkt zu sehen was gemacht wird, um Qualität zu verbessern.“

Die Teilnehmenden beschreiben, dass eine derartige Zusammenarbeit in anderen Bereichen nicht stattfindet, auch wenn andere Fachbereiche ebenfalls einen Bedarf an Qualitätssicherung haben. Dort fehlt somit oft eine erweiterte Feedbackmöglichkeit, wie sie im QZ gegeben ist.

T_08: „Aber es gibt ja andere Fächer auch noch, die einen Bedarf da haben. Und die Frage ist, wie regeln die das und wie bereit sind die da was zu verändern. Und in ganz vielen Fällen ist es halt dann häufig der Lehrbeauftragte selbst, der sich darum kümmern muss. Und der hat keine Person an der Hand, die ihm da jetzt hilft, außer mal der ein oder andere freundlich gestimmte Kollege oder so, aber nichts Strukturiertes wie es jetzt hier läuft. Und sag ich mal noch offiziell unterstützt, die Institutsleiterin ist ja auch schon in dem Qualitätszirkel drin gewesen und das ist immens wertvoll.“

Wenn das Modell dieses QZ erfolgreich ist, sollte es nach Ansicht der Teilnehmenden auch an andere Bereiche empfohlen werden.

T_01: „[...] , dass ich eigentlich eine große Chance sehe mit so gut beforschten Konzepten jetzt, wie dem Qualitätszirkel auch einfach den Leuten was an die Hand zu geben und zu sagen: »Guck mal, wir haben das gemacht, das hat echt gut funktioniert, so und so funktioniert das.«“

T_08: „Und wenn man jetzt zeigen kann, dass es auch tatsächlich nicht nur auf der Ideenebene gut funktioniert, sondern dass es auch Effekte generiert, dann wäre das ein Konzept, das man anderen empfehlen muss. [...], wenn man zeigen kann, dass das funktioniert, hat das einen immensen Effekt auf andere.“

3.2.4 Selektives Kodieren: dynamische Kontinuität

In der Kernkategorie „dynamische Kontinuität“ sind die Phänomene in abstrahierter Form vernetzt, sodass ein Arbeitsmodell des Qualitätszirkels entsteht. Zum besseren Verständnis werden einzelne Aspekte anhand von bekannten Interview-Zitaten veranschaulicht.

Die Teilnehmenden bringen unterschiedliche Wissensstände aus anderen Disziplinen und allgemeines Wissen zu Qualitätsmanagement in den QZ ein. Daraus entsteht ein dynamisches und anpassungsfähiges Expert:innenwissen, mit welchem den vielseitigen Herausforderungen der allgemeinmedizinischen Lehre begegnet wird, wie im 1. Phänomen erläutert wurde.

Vor allem im 2. Phänomen zeigte sich, dass der QZ einen Raum bietet, in dem Teilnehmende Problematiken und Ideen bezüglich der allgemeinmedizinischen Lehre einbringen können. Während den Sitzungen findet eine gemeinsame konstruktive Auseinandersetzung mit der Thematik statt.

T_09: „Und da hat sich schon viel an Potential ergeben in der Zusammenarbeit und gerade auch als ich zwischendrin nicht dabei war, konnte ich deutlich merken, dass sich dort einfach Schritte tun, die Schritte weiter gegangen sind, die sehr fruchtbar und positiv waren, auch für die allgemeinmedizinische Lehre.“

Durch diese Auseinandersetzung wird das einzelne Mitglied beeinflusst und gegebenenfalls inspiriert, wie dem 4. Phänomen zu entnehmen ist. Es werden Teile der gemeinsamen Arbeit zum Thema mit in die eigene Tätigkeit während der Phasen zwischen den einzelnen Sitzungen genommen, dort umgesetzt, ausprobiert und so mit neuen Erfahrungen verändert wieder zur nächsten Sitzung zurückgekommen. Diese Aspekte finden sich besonders im 3. Phänomen wieder.

T_03: „Also es war für mich nochmal ein ganz riesen Input, was die Qualitätssicherung in der Lehre angeht, weil ich auch meine eigene Veranstaltung dadurch ganz anders gespiegelt bekommen habe.“

So entsteht ein Prozess "dynamischer Kontinuität", sowohl zeitlich als auch intra- und interpersonell. Qualitätsmanagement in der Allgemeinmedizin ist nicht klar definiert, aber durch den QZ wird Komplexes begreifbar, es wird validiert und man findet Unterstützung.

T_08: „Für mich ist das unheimlich wertvoll und das habe ich am Anfang vom Qualitätszirkel schonmal gesagt und ich finde, das hat sich mit der Zeit bekräftigt. Ich bin unheimlich froh, dass ich in diesem Gremium drin sein kann. Nicht nur, weil das mit den Leuten funktioniert, sondern weil es eine Möglichkeit gibt, direkt zu sehen was gemacht wird, um Qualität zu verbessern.“

In der Analyse zeigten sich zwei Tendenzen:

Die Teilnehmenden wirken einzeln im QZ und nehmen individuelle Ergebnisse mit in ihre Arbeit außerhalb des QZ, was sich in Phänomen 1 und 4 darstellte. Vor allem das Phänomen 2 zeigte aber auch, dass im QZ ein starkes Gruppenphänomen besteht. Durch die Zusammenarbeit und den Austausch entstehen neue Ansätze, die ohne diese Multiperspektivität nicht entstanden wären.

T_10: „Es ist für mich einfach gerade vielleicht, weil ich schon so lange hier bin, ganz wichtig, dass Abläufe reflektiert werden, weil ich da ja auch bei mir feststelle: »Okay auf die Idee bist du jetzt auch gar noch nie gekommen«, wo ich auch dankbar bin.“

Der QZ funktioniert durch das Zusammenspiel dieser beiden Ströme, da die einzelnen Teilnehmenden und die Gruppe eine gegenseitige Veränderung bewirken, an derer beide miteinander wachsen. Dies kann auch als Spannungsfeld zwischen der Teilhabe Einzelner und deren Interaktion als Gruppe beschrieben werden und sind in Phänomen 2 und 4 beschrieben.

T_08: „Also ich glaube, es hat einen direkten Effekt zunächst einmal auf alle beteiligten Personen oder maßgeblich beteiligten Personen und dadurch, dass die Leute eine andere Sichtweise bekommen, hat das wiederum direkten Einfluss auf das was in der Lehre passiert.“

Vor allem dem 3. Phänomen lässt sich entnehmen, dass es auch über die einzelnen Sitzungen hinaus zu Reflektionen und Lernprozessen auf individueller und institutioneller Ebene, aller an der allgemeinmedizinischen Lehre Beteiligten und der Lehre selbst kommt.

Der QZ findet bei den Teilnehmenden und dem Institut Zustimmung und das kontinuierliche Fortbestehen des QZ im Spannungsfeld äußerer Einflüsse und innerer Dynamik bezeugt den Erfolg der Arbeit, wie im 4. Phänomen beschrieben wurde.

T_07: „Und ich glaube, jeder der merken würde das ist vertane Zeit, der würde nicht mehr kommen, also das ist der Indikator, dass es gut vorbereitet und durchgeführt wird, ist glaube ich, dass eine Kontinuität da ist.“

Zusammenfassend arbeitet der QZ nach der Devise: „Wir entwickeln Stärke in unseren Unterschieden und Rückhalt in unseren Gemeinsamkeiten.“. Die Teilnehmenden kommen aus lokalen Wirkungsfeldern (z.B. Ärztin in der dezentralen Lehre in der Hausarztpraxis). Sie bringen konkrete Erfahrungen aus den Wirkungsfeldern mit. Im QZ werden diese Erfahrungen zusammengetragen und abstrahiert, sowie in eine gemeinsame

Zielsetzung eingebettet. Die gemeinsame Zielsetzung gibt sowohl der Diskussion und der Arbeit des QZ als Steuerungselement einer Organisation (z.B. die Koordination der dezentralen Lehre im allgemeinmedizinischen Institut) eine Richtung. Auch lokale, von den einzelnen Teilnehmenden im Nachgang des QZ initiierte Veränderungsprozesse werden angestoßen. Strukturelle Elemente der Arbeit geben einen Rahmen vor, der die beschriebene „dynamische Kontinuität“ im Spannungsfeld zwischen äußeren Einflüssen (z.B. Veränderte Rahmenbedingungen) und innerer Dynamik (z.B. Gruppendynamik, Neuzugänge, akute Themen) ermöglicht und unterstützt. Dementsprechend stellt der QZ ein stabiles, aber anpassungsfähiges, räumlich und zeitlich verbindendes Element zwischen lokalem Handeln und übergeordneter Organisation, mit dem Ziel einer Qualitätsverbesserung, dar. Dieses Arbeitsmodell ist in Abbildung 6 dargestellt.

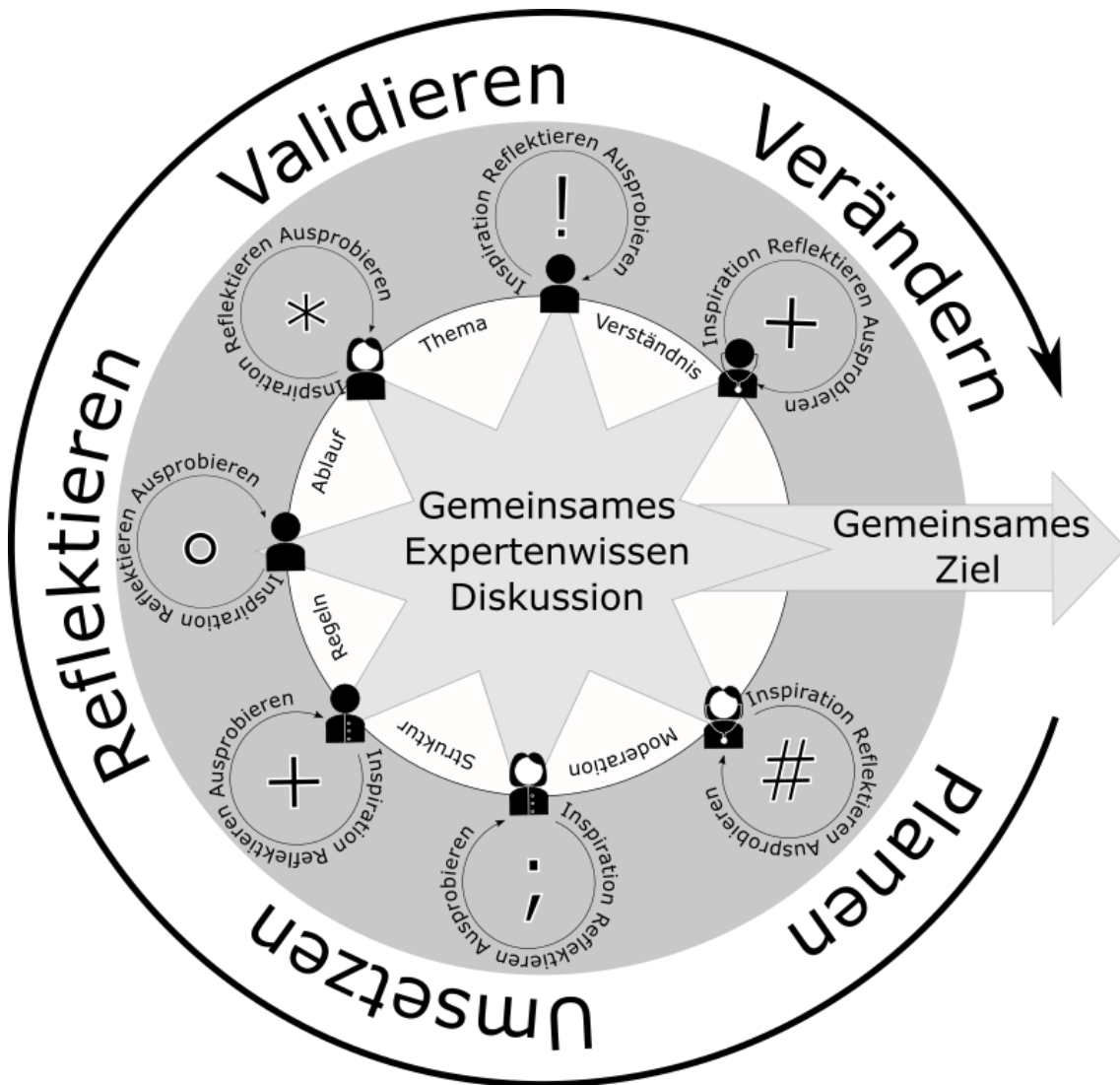


Abbildung 6: Modellzeichnung "dynamische Kontinuität"

4 Diskussion

Im folgenden Kapitel wird zunächst die verwendete Methodik kritisch diskutiert. Anschließend werden die Ergebnisse unter Berücksichtigung der Literatur erörtert.

4.1 Diskussion der Methodik

Zunächst wird das Studiendesign und daran anschließend die Methodik des quantitativen und qualitativen Teils jeweils einzeln diskutiert.

4.1.1 Studiendesign

In dieser gemischtmethodischen Studie greifen der quantitative und der qualitative Teil im Sinne einer methodologischen Triangulation ineinander über. Während in dem quantitativen Abschnitt mit der nationalen Umfrage die Relevanz und der Bedarf an qualitätssichernden Maßnahmen in der allgemeinmedizinischen Lehre aufgezeigt werden konnte, wurde im sich anschließenden qualitativen Abschnitt mittels Interviews deutlich, welchen Beitrag ein multiperspektivischer QZ zur Deckung dieses Bedarfes leisten kann.

Triangulation umfasst nach Denzin die Betrachtung eines Forschungsgegenstandes aus mindestens zwei Perspektiven. Dabei können diese Perspektiven beispielsweise aus unterschiedlichen Datenquellen, in Form von „Datentriangulation“, aus unterschiedlichen Interviewer:innen, wie in der „Investigator-Triangulation“ oder unterschiedlichen Methoden bestehen (Denzin, 1970). Die letztere Form, auch „methodologische Triangulation“ genannt, wurde in dieser Studie verwendet, um das Phänomen der Qualitätssicherung dezentraler allgemeinmedizinischer Lehre näher zu untersuchen und zu verstehen.

Die große Stärke der Triangulation liegt nach Flick weniger in der wechselseitigen Validierung von Daten oder Theorien, sondern in der Verdichtung und Erweiterung dieser (Flick, 2011b). Der Zielsetzung dieser Studie folgend wurde Triangulation genutzt, um ein Modell, basierend auf einer national relevanten Problemantik, zur Qualitätssicherung abzuleiten und es als Instrument verfügbar zu machen.

Die in dieser Studie gewählte Form der Triangulation von Methoden folgt einem Design von Miles und Hubermann (1994). Sie beschreiben ein mögliches Design von

Triangulation, bei der der quantitative Teil zur Findung eines relevanten Sachverhaltes genutzt wird. In dem darauffolgenden qualitativen Teil entsteht durch eine nähere Betrachtung dieses Sachverhaltes ein tieferes Verständnis zu dessen Ablauf und der Funktionsweise. In dem Design der Autoren folgt auf den qualitativen Teil zur Validierung der Ergebnisse wiederum eine quantitative Untersuchung (Miles und Hubermann, 1994). Sollte das in dieser Studie entstandene Modell an anderen Standorten zum Einsatz kommen, bietet dies die Möglichkeit für weiterführende Untersuchungen im Sinne einer Anschluss-Studie.

Der methodologischen Triangulation folgend wurde deshalb anhand der Resultate aus dem quantitativen Teil der Studie im qualitativen Teil eine nähere Betrachtungsweise der Ergebnisse mittels *Grounded Theory* angeschlossen, um ein tieferes Verständnis der dezentralen Qualitätssicherung zu entwickeln.

4.1.2 Quantitativer Teil

Der Fragebogen erfasste den aktuellen Stand der Qualitätssicherung in der Lehre in den allgemeinmedizinischen Einrichtungen an den medizinischen Hochschulstandorten Deutschlands.

Die vorherige mehrfache Prüfung des Fragebogens mit der *Think-Aloud*-Methode wurde durchgeführt, um seine Benutzerfreundlichkeit zu erhöhen und den Teilnehmenden die Beantwortung in einem gut zugänglichen Fragebogen zu erleichtern (Collins, 2003). Dabei wurden einzelne, noch unklare Fragen konkreter formuliert und an die Rückmeldungen der Teilnehmenden angepasst.

Durch die Erhebung an der Mehrheit der allgemeinmedizinischen Institute kann davon ausgegangen werden, dass der aktuelle Stand der Qualitätssicherung in der allgemeinmedizinischen Lehre in Deutschland annähernd repräsentativ abgebildet wurde. Der zu erwartende geringe Rücklauf wirkte sich bei der Planung der statistischen Auswertung dahingehend aus, dass vor allem deskriptive Methoden gewählt wurden. Der niedrige Rücklauf barg die Gefahr, dass vor allem Institute antworteten, die sich ohnehin mit dem Thema Qualitätssicherung beschäftigten.

4.1.3 Qualitativer Teil

Im Folgenden soll die gewählte Methode *Grounded Theory* im Hinblick auf ihre Vorteile und ihre Limitation prüfend betrachtet werden. Dabei wird auf die klassischen Gütekriterien quantitativer Forschung (unter anderem Reliabilität und Validität) und methodenspezifische Kriterien der qualitativen Forschung zurückgegriffen.

4.1.3.1 Stichprobe

Die Bewertung der Auswahl der Stichprobe erfolgt, anders als bei quantitativen Methoden, nicht rein über die Anzahl der Teilnehmenden (Malterud et al., 2016). Vielmehr werden verschiedene Dimensionen der Studie betrachtet und in der Gesamtheit diskutiert. Aus dieser Diskussion leitet sich ab, ob die Stichprobe eher größer oder kleiner ausfallen sollte. Die Einengung der Fragestellung stellt die erste Dimension dar. In dieser Studie ergab sich durch die formalen Vorgaben, dass die Teilnehmenden im Bezug zum QZ stehen müssen, eine Selbstlimitierung der Teilnehmenden-Zahl. Durch den engen Bezug der Teilnehmenden zum QZ und der großen Erfahrung mit der Arbeit in diesem, stellen die ausgewählten Teilnehmenden eine sehr spezifisch passende Auswahl dar und erlauben durch einen daraus folgenden dichteren Informationsgewinn eine geringere Stichprobengröße.

Der theoretische Hintergrund, welcher zu der Fragestellung existiert, wird als weitere Dimension betrachtet. Da dieser in geringem Maße vorhanden ist, wurde mit einer möglichst offenen Forschungshaltung nach *Grounded Theory* und ohne Vorannahmen ein Modell aus den Daten erarbeitet. Die Unerfahrenheit der Interviewerin führt laut Malterud et al. (2016) zu der Notwendigkeit, die Stichprobe zu vergrößern oder Probe-Interviews zu führen. Diese Dimension wurde in dieser Studie berücksichtigt und ein Probe-Interview mit anschließendem Feedback geführt.

Die letzte Dimension, die es zu berücksichtigen gilt, ist die Analysemethode. Malterud et al. (2016) unterscheidet dabei in einem Kontinuum zwischen Fallstudien und fallübergreifenden Studien. Die Untersuchung des multiperspektivischen QZ lässt sich aufgrund der vielen Beschreibungen des Forschungsgegenstandes aus Sicht der einzelnen Perspektiven eher im Spektrum der fallübergreifenden Studie einordnen und erfordert damit eine größere Stichprobe (Malterud et al., 2016).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass mit der Stichprobe von zwölf interviewten Personen eine uneingeschränkte deutschlandweite Verallgemeinerung der Ergebnisse nicht gegeben ist, aber die Stichprobe ausreichend für die Beschreibung des lokalen QZ war. Daher gilt das Ergebnis hauptsächlich für den QZ im Kontext der allgemeinmedizinischen Lehre in Tübingen. Es wurde dennoch auf weitere Interviews verzichtet, da bezogen auf die Arbeitsweise des QZ eine theoretische Sättigung erreicht wurde und das Ziel dieser Studie, den Tübinger QZ zu erfassen, mit dem erhobenen Material erreicht wurde.

Nach Strübing (2014) wird die theoretische Sättigung durch das theoretische Sampling bei der Datenerhebung erreicht, indem so lange Material erhoben und Auswertungen vorgenommen werden bis kein neuer Erkenntnisgewinn mehr eintritt. Das Ziel ist dabei eine umfangreiche Entwicklung von ausreichend detaillierten Konzepten (Strübing, 2014). In dieser Studie konnten wir an dem Zeitpunkt, an dem sich in den Interviews, auch nach Modifizierung des Interviewleitfadens, und innerhalb der Phänomene mehrfache Wiederholungen zeigten, den jeweiligen Abschnitt der Analyse vorläufig beenden und in der Theoriebildung nach *Grounded Theory* fortfahren.

4.1.3.2 Reliabilität

In der Literatur finden sich unterschiedliche Bestrebungen qualitative Forschung zu evaluieren (Murphy et al., 1998, Flick, 2011a). Dabei wird unter anderem auf die Reliabilität, Validität und Objektivität Bezug genommen, während es auch methodenspezifische Kriterien gibt (Flick, 2011a).

Die Reliabilität ist bei qualitativer Forschung mit *Grounded Theory* auf die Theoriebildung und weniger auf die Datengewinnung zu beziehen. Um diese zu beurteilen, wird die Qualität der Dokumentation während der Analyse betrachtet. Besonders wichtig ist hierbei die Unterscheidung in der Dokumentation zwischen den Aussagen von Teilnehmenden und den daraus abgeleiteten Forschungsergebnissen (Flick, 2011a). Auch eine Schulung zu der Erhebungsmethode und Analysemethode wird empfohlen, um die Reliabilität zu erhöhen (Silverman, 1993). Dadurch wird eine externe Prüfung der Vorgehensweise im Analyseprozess ermöglicht und die Reliabilität im Kontext der qualitativen Methode deutlich (Flick, 2011a). Die Dokumentation in dieser

Studie fand in dem Auswertungsprogramm anhand von Memos statt, sodass eine Unterscheidung von Forschungsergebnissen und dem Datenmaterial gegeben war.

Grounded Theory ist eine Forschungsmethode mit einem hohen Anteil an Flexibilität und Entscheidungsspielraum (Green und Thorogood, 2004). Dem gegenüber stand die Unerfahrenheit der Verfasserin dieser Studie. Um der Wissenschaftlichkeit der Methodik gerecht zu werden, wurde neben der intensiven Beschäftigung mit der *Grounded Theory*, zu verschiedenen Zeitpunkten mit erfahrenen Forscher:innen kollaboriert und der jeweilige aktuelle Stand evaluiert. Dafür wurde eng mit in der qualitativen Forschung tätigen Institutsmitarbeitenden zusammengearbeitet und mehrmals an der vom Zentrum für Öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung (ZÖGV) angebotenen Forschungswerkstatt „qualitative Forschungsmethoden“ unter Leitung einer erfahrenen Wissenschaftlerin mit soziologischem Hintergrund teilgenommen. In diesem Format wurde die Anwendung der Methodik im Plenum und in einer Einzelberatung diskutiert. Die Verfasserin dieser Studie machte sich die notwendige offene Forschungshaltung während der Interviews und der Auswertung immer wieder bewusst, um die Theoriebildung im Rahmen der *Grounded Theory* nicht durch Vorannahmen zu beeinflussen.

4.1.3.3 Validität

Die Validität nach ihren klassischen Kriterien ist nach Flick (2011b) aufgrund der Spezifika von qualitativer Forschung nicht vollständig bei dessen methodischer Bewertung überprüfbar. Erschwert wird die Prüfung der Validität in qualitativer Forschung durch die komplexen Fragestellungen, die häufig schlecht quantifizierbar sind. Bei qualitativen Forschungsfragen, die auch eine Theoriebildung zum Ziel haben, lassen sich zudem nur indirekt überprüfbare Prognosen erstellen (Steinke, 1999).

Man kann zum einen die Interviewsituation, welche für die Teilnehmenden so gestaltet werden sollte, dass es nicht zu Verzerrungen in ihren Antworten kommt, betrachten (Flick, 2011a). Die Teilnehmenden in dieser Studie wurden in einer Umgebung interviewt, die sie selbst wählen konnten und ihnen vertraut war, sodass das Maß an Verzerrungen durch unbewusste oder bewusste fälschliche Aussagen verringert werden konnte. Die Interviewerin hatte zu den meisten Teilnehmenden keine weitere persönliche

Verbindung, die eine Verzerrung der Daten hervorrufen könnte. In den Fällen der beruflichen Verknüpfung lag kein Machtgefälle zu Seiten der Teilnehmenden oder starke berufliche Abhängigkeit vor, sodass von einer authentischen Beantwortung der Fragen ausgegangen werden kann. Des Weiteren lässt sich die Validität unter anderem auch dadurch herstellen, dass man die Ergebnisse der Analyse den Teilnehmenden präsentiert und ihre Zustimmung dazu einholt (Scheele und Groeben, 1988, Flick, 2011a). Die Ergebnisse dieser Studie wurden auf Kongressen präsentiert und mit Fachvertreter:innen im Rahmen eines *peer-checks* diskutiert (Steffen et al., 2019, Steffen et al., 2020).

Die Objektivität bei qualitativer Forschung wird insgesamt seltener diskutiert, da die Methode die Subjektivität von Forschenden und Proband:innen zum Bestandteil der Forschung macht. Sie wird in Form von Reflexionen dokumentiert und in die Analyse mit einbezogen (Flick, 2011a).

Die Bewertung qualitativer Forschung kann nach weiteren Aspekten erfolgen. Meist werden dabei unter anderem die Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses anhand der Rohdaten, Dokumentation und Strategien zur Erhöhung der Glaubwürdigkeit betrachtet. Konkret geschieht dies unter anderem durch eine Validierung der Ergebnisse durch unbeteiligte Personen im Rahmen eines *peer debriefing* oder *member checks* (Flick, 2011a, Lincoln und Guba, 1985). Durch das konstante Verfassen von Memos und dem wiederkehrenden *peer debriefing* in der qualitativen Forschungswerkstatt und auf Kongressen mit jeweils an der Forschung unbeteiligten Personen, sowie dem engen Austausch im Rahmen eines *member checks* besteht eine gute Glaubwürdigkeit und Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses dieser Arbeit.

Während der Analyse wurden weitere Methoden aus der Qualitätssicherung qualitativer Forschungsmethoden genutzt um die Schlussfolgerungen und Hypothesen, die aus den Daten entstanden sind, auf ihre Gültigkeit zu überprüfen. Durch die analytische Induktion im Rahmen der *Grounded Theory* konnte somit ein neues realitätsnahes Modell generiert und überprüft werden, anstatt es in vorherig festgelegte Begrenzungen zu drängen, was für die Beschreibung des multiperspektivischen Qualitätszirkels essenziell war. Dafür wurde eine zunächst noch vorläufige Theorie an den gesamten Daten geprüft. Aspekte, auf die diese vorläufige Theorie nicht zutrafen, die also die Ausnahme von der Theorie darstellten, waren bei der analytischen Induktion der wichtigste Bestandteil (Bühler-

Niederberger, 1985). Anhand derer wurde die Theorie am Datenmaterial erweitert, modifiziert und differenziert bis sich alle Fälle aus dem Datenmaterial integrieren ließen (Strübing, 2014). Somit wurden die Phänomene im Verlauf der Analyse beständig am Material geprüft, um das entstehende Modell vollständig abbilden zu können und eine Übertragbarkeit auf andere Bereiche oder Standorte zu ermöglichen (Flick, 2011a).

Auch die Methode des konstanten Vergleichs, welche Glaser (1965) beschreibt, wurde im Forschungsprozess angewandt, um die Qualität des Forschungsprozesses zu sichern. Dafür wurden neue Kodierungen immer wieder am bereits analysierten Material verglichen und somit weiterhin in den Analyseprozess einbezogen. Wenn nötig wurden dabei auch Analyseschritte, die zu Beginn getätigt wurden, erneut vollzogen, wie beispielsweise das Anpassen von Kodierungen aus dem offenen Kodieren, während man sich bereits mit dem Prozess des selektiven Kodierens beschäftigte (Glaser, 1965).

Die analytische Induktion und das konstante Vergleichen, hier in Form von zeitlich immer wiederkehrenden Kodierschleifen, führten zu einem inhaltlich dichten Modell, welches die Arbeitsweise des QZ beschreibt und eine hohe Qualität aufweist. Die Analyseergebnisse dieser Studie können in einen anderen Kontext transferiert werden (z.B. bei der Neugründung eines QZ an einem anderen Institut für Allgemeinmedizin).

4.2 Diskussion der Ergebnisse

Im anschließenden Kapitel werden der Status quo und der Bedarf an Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin, sowie der Beitrag, den der untersuchte QZ dazu liefern kann und das in dieser Studie entstandene Modell unter Berücksichtigung der vorhandenen Literatur, diskutiert.

4.2.1 Bedarf von Qualitätssicherung in der allgemeinmedizinischen Lehre

Die allgemeinmedizinischen Einrichtungen, welche an der Umfrage teilgenommen haben, bestehen an den jeweiligen Universitätsstandorten in Deutschland laut den Ergebnissen dieser Studie zum Großteil erst seit maximal 10 Jahren, sodass auch die Strukturen und Bestrebungen im Bereich des Qualitätsmanagements eher jung sind. Die allgemeinmedizinischen Einrichtungen stehen vor zahlreichen Herausforderungen (Morris, 2019, Snell et al., 2019, Shipengrover und James, 1999a), die auch durch

zukünftige Umstrukturierungen im Zuge des Masterplans 2020, der neuen Approbationsordnung und externen Einflussfaktoren wie beispielsweise der Digitalisierung oder dem Ärzt:innenmangel in ländlichen Bereichen eine genauere Betrachtung erfordern. Durch die Heterogenität der Lehrpraxen und den spezifischen Gegebenheiten der allgemeinmedizinischen Lehre kommt dem Qualitätsmanagement eine bedeutende Rolle bei der Bewältigung dieser Herausforderungen zu. Wie dem Ergebnisteil der nationalen Befragung zu entnehmen ist, gibt es an den meisten allgemeinmedizinischen Einrichtungen ein Qualitätsmanagement, allerdings benennen nur Wenige ein standardisiertes Verfahren.

In der Umfrage wurde die Frage, welche Herausforderung die Teilnehmenden in ihrer allgemeinmedizinischen Einrichtung am größten sehen, am häufigsten mit „Qualitätsmanagement der dezentralen Lehre“ beantwortet. In der Literatur findet sich als ein herausfordernder Aspekt im Qualitätsmanagement der dezentralen Lehre auf Seiten der Lehrärzt:innen unter anderem, ihre Ideen und Vorstellungen in das Curriculum sinnvoll einzubringen (Crampton et al., 2013). Auf der anderen Seite sind Lehrkoordinator:innen mit der Herausforderung des Verstehens und Berücksichtigens der vielfältigen regionalen und lokalen Besonderheiten unter den Lehrpraxen konfrontiert (Alberti und Atkinson, 2018, Winkelmann et al., 2019).

Die Ergebnisse aus dieser Studie zeigen bei steigendem Bedarf an Qualitätssicherung, der sich unter anderem aus dem zunehmenden Stellenwert der Allgemeinmedizin im Curriculum sowie dem wachsenden Interesse der Studierenden an der Allgemeinmedizin ergibt (Petuschke et al., 2020), gleichzeitig einen Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Qualitätssicherung durch die Institute auf. So findet sich bei der Auswertung der Fallbeispiele eine eher paternalistisch geprägte Kommunikation von Seiten des Instituts zu den Lehrärzt:innen und den Studierenden. Die Förderung von gemeinschaftlichen Lösungsstrategien, wie das Anregen zu Feedback oder das gemeinsame Gespräch wurden von nur wenigen Teilnehmenden erwähnt. Ebenso standen qualitätssichernde Maßnahmen, wie das Dokumentieren oder strukturierte Prozesse im Umgang mit Herausforderungen der Lehre eher im Hintergrund. Weiterhin bezeichnen die meisten Teilnehmenden selbst das dezentrale Qualitätsmanagement als ihre aktuelle größte Herausforderung. Da diesen durch bestehende qualitätssichernde Maßnahmen nicht ausreichend begegnet werden kann, wird hier der Bedarf an einem Instrument zur

Qualitätssicherung deutlich, welches die üblichen Handlungs- und Kommunikationspfade verlässt und neue Gestaltungsmöglichkeiten zulässt (Koch et al., 2021).

4.2.2 Beitrag des Qualitätszirkels

Der multiperspektivische QZ bietet die Chance, diesen Bedarf als Instrument zur Qualitätssicherung zu decken. Es stellt ein niedrighschwelliges und offenes Verfahren zur Diskussion von Problematiken dar und bietet dabei vor allem die Möglichkeit einer direkten studentischen Teilhabe an der multiperspektivischen Entwicklung von Lösungen.

4.2.2.1 Studentische Teilhabe

Im Tübinger QZ findet eine partnerschaftliche Erarbeitung von Lösungsansätzen statt. Die Studierenden werden dabei als vollwertige Teilnehmende in der Diskussion betrachtet und ihre Beiträge, wie die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, sehr geschätzt und als unerlässlich für die Arbeit des QZ erachtet. So wurden im Tübinger QZ beispielsweise Fragebögen zur Erhebung von Daten unter den Studierenden, von den am QZ teilnehmenden Studierenden entwickelt und durchgeführt, um anschließend die Ergebnisse gemeinsam multiperspektivisch zu bearbeiten. Durch die im Vorfeld festgelegten Rahmenbedingungen im persönlichen Umgang miteinander, konnte ein offenes und auf Partnerschaft beruhendes Verhältnis geschaffen werden. Dies wurde von den Studierenden positiv hervorgehoben, besonders auch mit Blick auf andere Gremien in denen studentische Teilhabe unter anderen Rahmenbedingungen stattfindet.

Generell spielt die studentische Teilhabe in den mehrheitlichen Formaten von qualitätssichernden Maßnahmen im universitären Kontext eine eher untergeordnete Rolle. Sie beschränkt sich häufig auf die Evaluation von Lehrveranstaltungen durch die Studierenden oder der Beobachtung von Studierenden, sowohl im nationalen (Kaufmann, 2009) als auch im europäischen Kontext (Fedeli, 2016). Bei dieser Form der Qualitätssicherung findet zwischen den Lehrverantwortlichen und den Studierenden eine hauptsächlich einseitige Kommunikation statt. Die Studierenden stellen dabei oft nur eine Informationsquelle dar. Von den Teilnehmenden des multiperspektivischen QZ wird aber

genau die Kommunikation im Dialog mit den Studierenden besonders wertgeschätzt, wie die Ergebnisse aus dem qualitativen Teil dieser Studie zeigen.

Alaniska und Eriksson (2006) beschreiben die studentische Teilhabe an den Universitäten Finnlands als dreigliedriges Modell. Dabei findet auf allen Ebenen der universitären Entscheidungsfindung eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen Studierenden, Professor:innen und weiterem Personal, wie beispielsweise Lehrenden oder administrativ Mitarbeitenden statt. Die Studierenden stellen eine Informationsquelle dar, treten aber auch als Akteur:innen, Expert:innen und schlussendlich in einer partnerschaftlichen Rolle in Erscheinung. So entwickeln die Studierenden beispielsweise die Fragebögen zur Gewinnung von Informationen mit und stellen an der Universität Oulu die Hälfte des Entwicklungsteams zur Verbesserung der Lehre dar. Dabei werden die Studierenden als Expert:innen des Lernens gesehen und in den Mittelpunkt gerückt. Auch partizipieren Studierende an gesellschaftlichen Veranstaltungen oder Exkursionen, um den partnerschaftlichen Umgang untereinander zu fördern und den Raum für authentisches Feedback zu schaffen (Alaniska und Eriksson, 2006).

Somit werden im direkten Dialog nicht nur Daten über die Lehre und die Studierende erhoben, sondern gemeinsam Lösungsansätze erarbeitet und umgesetzt, was ein entscheidender Vorteil sein kann. Den daraus entstehenden Mehrwert konnten auch die Teilnehmenden eines Workshops der *European Association for Quality Assurance in Higher Education (ENQA)* bestätigen (Helle, 2006). Auch wenn die partnerschaftliche Teilhabe von Studierenden europaweit nur in der Minorität der Einrichtungen vorzufinden ist, stellt dies für die meisten ein Ziel in der Gestaltung ihres Qualitätsmanagements dar. In dem Workshop wurden weitere wissenschaftliche Untersuchungen zur Teilhabe von Studierenden im Qualitätsmanagement angeregt (Helle, 2006). Die Teilnehmenden der vorliegenden Studie äußerten sich wie bereits beschrieben ebenfalls sehr positiv über die Partizipation der Studierenden am QZ. Dabei wurde vor allem der gemeinsame Austausch und die Möglichkeit zum direkten Legitimieren von Lösungsansätzen mit den Studierenden, wie es auch Alaniska und Eriksson (2006) formulierten, genannt.

4.2.2.2 Multiperspektivität lernen

Das gemeinsame Arbeiten auf Augenhöhe mit verschiedenen beruflichen Perspektiven stellte für die Teilnehmenden des QZ eines der wichtigsten Erfolgsfaktoren dar und wurde als Besonderheit im Vergleich zu anderen Gremien an der Universität genannt. Die einzelnen Professionen bringen ihre eigenen Erfahrungen mit in die Sitzung des QZ und es entsteht ein gemeinsames Expert:innenwissen mit dem neue Ansätze erarbeitet werden. Durch diese gemeinsame Auseinandersetzung entstehen unter anderem Veränderungsprozesse bei den einzelnen Personen, die auch über die Sitzung hinaus in den jeweiligen Tätigkeitsfeldern der Teilnehmenden wirken.

Im medizinischen Arbeitskontext kommt es bei fast jeder Tätigkeit zu einer Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Professionen. Dabei überblickt jede Profession Bereiche des eigenen Tätigkeitsschwerpunktes, aus der sie Aspekte am besten einbringen kann, wie Fagin (1992) beschreibt. Eine multiperspektivische Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Professionen wird dabei als eher förderlicher Faktor für die Versorgung von Patient:innen gesehen (Zwarenstein et al., 2009). In dieser Zusammenarbeit kann es aber auch zu rollenbedingten Unstimmigkeiten kommen, die sich vor allem auf Autorität, Macht und Zuständigkeiten beziehen und die es zu überwinden gilt (Fagin, 1992). Unstimmigkeiten in einem interprofessionellen Team sind nach Salas et al. einer der größten Faktoren, die zu einer schlechteren medizinischen Versorgung führen. Dem kann durch vorheriges gemeinsames Teamwork-Training begegnet werden (Salas et al., 2009). Dabei wird eine frühe Integration von Interprofessionalität in die studentische Ausbildung, beispielsweise durch gemeinsame Veranstaltungen für Studierende der Humanmedizin und Pflegewissenschaften, durchaus als Vorteil für die Entwicklung eines gegenseitigen Rollenverständnisses gesehen (Arnold et al., 2020).

Auch die Lehre unter Bezugnahme verschiedener Perspektiven ist Gegenstand von aktuellen Forschungsbestrebungen. Das Institute of Medicine betrachtet dabei die Effekte auf das Individuum, welches an dieser Form der Lehre teilnimmt, auf die Patient:innen, sowie das Gesundheitssystem als Ganzes. Dabei beeinflussen sich die Lehre und das Gesundheitswesen fortlaufend untereinander, sodass eine multiperspektivische Lehre durchaus einen Effekt auf die einzelnen Personen, die Gesellschaft und das gesamte System hat. Daraus abgeleitet wurde die Notwendigkeit einer stärkeren Verbindung von

unterschiedlichen Perspektiven in der Lehre und im Gesundheitssystem (Institute of Medicine, 2015).

Die gemeinsame multiperspektivische Arbeit im QZ bietet ein großes Potential für alle Teilnehmenden. Es stellt die Möglichkeit dar, Multiperspektivität zu erlernen und diese Form der Zusammenarbeit in anderen qualitätssichernden Bereichen zu implementieren. Dies kann auch über die allgemeinmedizinische Lehre hinaus in andere akademische und nicht akademische Lehrbereiche geschehen (z.B. im Rahmen einer Prüfung im 3. Staatsexamen). Die Teilnehmenden des QZ geben dabei in ihren unterschiedlichen Arbeitsbereichen Aspekte aus der multiperspektivischen Arbeit weiter und fungieren als Brückenbauer:innen zwischen universitärer und versorgungsnaher Lehre. Somit beschränkt sich der Lernprozess im Kontext der Multiperspektivität nicht allein auf den QZ und die institutionelle Arbeit, sondern wird auch in die direkte Versorgung von Patient:innen, in den primärärztlichen Sektor, sowie den medizindidaktischen Bereich getragen.

Dort können, ausgehend von den Teilnehmenden des QZ, Prozesse des Umdenkens angestoßen werden und die positiven Effekte von Multiperspektivität etabliert werden. Damit leistet die Arbeit im QZ auch einen Beitrag zum Kompetenzerwerb in der ärztlichen Ausbildung. In dem kompetenzbasierten Lernzielkatalog des NKLM wird als eine Zielkompetenz für Ärzt:innen unter anderem die sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Team beschrieben (MFT, 2015). Der QZ bietet eine Plattform zum Erlernen und Erproben einer solchen Zusammenarbeit.

4.2.3 Die dynamische Kontinuität im Qualitätszirkel

Der Großteil der allgemeinmedizinischen Lehre findet in dezentralen Lehrpraxen statt, die, wie den Ergebnissen des quantitativen Teils zu entnehmen sind, nicht regelhaft in die universitäre Qualitätssicherung eingebunden sind. Unterdessen bietet die allgemeinmedizinische Lehrpraxis für Studierende einen Raum zur Weiterentwicklung. So ist die dezentrale Lehre in der Allgemeinmedizin für Studierende im klinischen Abschnitt eine hervorragende Möglichkeit, praktische Fähigkeiten vertiefend zu üben (Ledig et al., 2019). Der dort erfolgte Lernprozess bezieht sich nach Meinung der Studierenden weniger auf eventuelle kurzfristige Prüfungen, sondern eher langfristig

gesehen auf die persönliche und berufliche Weiterentwicklung der Studierenden (Wiesemann et al., 2003). Dabei werden in den dezentralen Lehrveranstaltungen unter anderem die persönliche Wertschätzung, das intensive Feedback und die Übertragung von Verantwortung geschätzt, wie eine Fragebogenerhebung der Universität Heidelberg zeigte (Ledig et al., 2019). Die Förderung der individuellen Professionalisierung der Studierenden stellt eine, wenn nicht sogar die Zielgröße in der medizinischen Ausbildung dar (Cruess und Cruess, 2019) und kann in der dezentralen 1:1 – Lehre ermöglicht werden. Um die Qualität der dezentralen Lehre mit ihren höheren Anforderungen gewährleisten zu können, kann der Dialog zwischen den dezentralen und zentralen Bereichen, welcher im QZ entsteht, einen wichtigen Baustein darstellen. Wie die Ergebnisse dieser Studie zeigen, fördert dieser Dialog vor allem bei den Lehrpraxen das Gefühl, ein Teil des Lehrteams zu sein. Zu solchen Erfahrungen und Bedürfnissen der Lehrpraxen und insgesamt zu den Erfahrungen der Lehrärzt:innen in der dezentralen Lehre finden sich leider kaum Publikationen. Diese Problematik spiegelt sich auch in den Ergebnissen dieser Studie wider: Weniger als die Hälfte der Institute erheben systematisch Rückmeldungen bei den Lehrpraxen, sodass hier ein Bedarf an Kommunikation zwischen den Lehrpraxen und den allgemeinmedizinischen Einrichtungen angenommen werden kann. Der gemeinsame Dialog im QZ eröffnet die Gelegenheit für eine direkte Kommunikation mit den Lehrärzt:innen, eine Möglichkeit sich in der Lehre zu engagieren und sich mit eigenen Ideen und Vorschlägen einzubringen, um somit eine konstruktive Auseinandersetzung zu ermöglichen und zu fördern.

Durch das starke Gruppenphänomen und dem daraus folgenden Austausch entstehen neue Ansätze. Es kommt sowohl auf individueller als auch auf institutioneller Ebene zu einem Prozess, der über die einzelne Thematik hinausgeht und die Lehre nachhaltig beeinflusst. Im Rahmen von nachhaltig gestalteten qualitätssichernden Maßnahmen ist es nach Kaufmann essenziell, dass die Formate der Qualitätssicherung von den beteiligten Personenkreisen akzeptiert, mitgetragen und diese auch an den Maßnahmen beteiligt werden, wie es im Tübinger QZ der Fall ist. Dabei sollte die Qualitätssicherung nicht als Kontrollinstrument gesehen werden, sondern als Möglichkeit zur gemeinsamen Optimierung von Lehrinhalten (Kaufmann, 2009). In den Interviews wurde der Tübinger QZ zu keiner Zeit als Kontrollinstrument beschrieben. Stattdessen sei die Struktur des QZ

offen für Kritik und Veränderungen durch die Teilnehmenden. Unter diesen Gesichtspunkten hat der QZ allgemeinmedizinische Lehre die Chance ein nachhaltiges und von den Beteiligten mitgetragenes Werkzeug in der Qualitätssicherung zu bleiben. Dabei spielt auch die Verknüpfung des dezentralen und zentralen Bereiches der Lehre eine wichtige Rolle.

Durch das dynamische und anpassungsfähige gemeinsame Expert:innenwissen, welches im QZ erst durch die vielen unterschiedlichen Perspektiven entsteht, können individuelle und spezifische Lösungen erarbeitet werden. Dabei ist besonders die Rückkopplung mit den Studierenden und den vertretenen Lehrpraxen, als den unmittelbar an der Lehre Beteiligten, relevant. Auch Nickel beschreibt in ihrer Arbeit über die Implementierung von QM-Systemen an Hochschulen, dass die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Personenkreisen eine entscheidende Rolle in der erfolgreichen Implementierung spielt, da gute Ergebnisse oftmals ein Gemeinschaftsprodukt sind und weniger von einer einzelnen Person abhängen (Nickel, 2014).

Die Akzeptanz und auch die Wertschätzung des QZ durch die Mitglieder, sowie die Tatsache, dass der QZ seit mehreren Jahren existiert, zeigen den Erfolg dieses Modells an. Somit ist der QZ nicht erfolgreich aufgrund des Erreichens eines bestimmten Ziels oder Endpunktes, sondern zeichnet sich durch die Kontinuität als Zielsetzung aus. Er folgt dabei auch den Leitlinien der KV für ärztliche QZ, in welcher das kontinuierliche Arbeiten als eine Zielgröße definiert ist (Baden-Württemberg, 2019).

Diese fortwährende Durchführung von qualitätssichernden Maßnahmen wird in der Literatur unter anderem als das Fundament von Qualitätsmanagement beschrieben (Tausch und Härter, 1996, Kenwright und Wilkinson, 2019). Bei dem auch als *quality improvement cycle* bezeichneten Basiselement findet nach der Evaluation von verbesserungswürdigen Bereichen eine Erarbeitung von Optionen zusammen mit daran beteiligten Personengruppen statt. Nach der Implementierung der Maßnahmen werden diese weiterhin evaluiert, sodass der Kreislauf von neuem beginnt und ein kontinuierlicher Prozess, ähnlich dem des QZ, entsteht (Kenwright und Wilkinson, 2019). Hier zeigt sich eine Ähnlichkeit des Qualitätszirkelmodells zum PDCA-Modell, welches als Basisverfahren im Qualitätsmanagement bekannt ist und auf dessen die Qualitätszirkel entwickelt wurden (Johnson, 2002). In diesem Modell werden die Schritte „Plan, Do,

Check, Act“ kontinuierlich ausgeführt. Die Eingliederung des Modells des Tübinger QZ in das bewährte PDCA-Modell lässt sich als Hinweis auf einen tatsächlichen Effekt des QZ auf Prozesse deuten. Hierbei stellt der Tübinger QZ eine Konkretisierung des Modells auf das Qualitätsmanagement in der allgemeinmedizinischen Lehre dar. Das PDCA-Modell wird um die oben beschriebene räumliche und zeitliche Verbindung zwischen dezentraler und zentraler Lehre erweitert.

In dem Forschungsprozess zeigte sich, dass das Thema Digitalisierung nicht erschöpfend abgebildet werden konnte. Im Rahmen einer Ergänzung zu dieser Studie wurde das Thema Digitalisierung separat weiterführend untersucht (Steffen et al., 2021).

4.3 Ausblick

Die dezentrale Lehre ist in der Hinsicht speziell, als dass sie Lehrenden und Lernenden große Autonomie zumutet und den etablierten qualitätssichernden Maßnahmen nicht so einfach zugänglich ist, wie zentrale Lehre an den Universitätskliniken. Um in dieser großen Freiheit ein ausreichendes Verständnis zwischen Lehrenden und Lernenden aufbauen zu können, ist die Partizipation an der Gestaltung der Lehre und Qualitätssicherung durch die Beteiligten essentiell. Zur Integration der unterschiedlichen Perspektiven braucht es eine niedrigschwellige Interaktionsmöglichkeit. Wie sich in den Interviews dieser Studie gezeigt hat, bietet der Tübinger QZ die Möglichkeit dazu und ist mittlerweile ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung der allgemeinmedizinischen Lehre geworden.

Der Tübinger QZ für die allgemeinmedizinische Lehre ist ein gut beschriebenes Werkzeug, dessen Stärke die Multiperspektivität ist. Er eignet sich, besonders auch zur Etablierung studentischer Partizipation, für viele Fachbereiche. Die Akzeptanz zeigt sich unter anderem daran, dass von Seiten der Tübinger Studierenden beispielsweise in der Studienkommission, der Wunsch geäußert wurde, dass dieses Instrument breiter und in anderen Fächern eingesetzt werden sollte. Eine großflächige Implementierung sollte durch Evaluations-Studien begleitet werden. Dabei sind zur Überprüfung des Erfolges der Intervention qualitative Methoden zu bevorzugen oder als Triangulation durchzuführen, um die inhaltliche Komplexität und die lokalen Besonderheiten bei der Implementierung ausreichend abbilden zu können.

Vor dem Hintergrund der aktuellen und zukünftigen Herausforderungen der allgemeinmedizinischen Lehre stellt der Tübinger QZ ein sinnvolles Instrument zur Qualitätssicherung dar, mit dem viele Perspektiven in die Veränderungsprozesse der Lehre aktiv einbezogen werden und mit dem ein an lokale Begebenheiten angepasstes Vorgehen möglich ist.

5 Zusammenfassung

Hintergrund: Die allgemeinmedizinische Lehre findet überwiegend dezentral in hausärztlichen Praxen statt und zeichnet sich durch inhaltliche, didaktische und organisatorische Besonderheiten aus. Die heterogenen Rahmenbedingungen in den Praxen sowie der Niedrigprävalenzbereich stellen sowohl die Studierenden als auch die Lehrenden vor besondere Herausforderungen, um Lernen optimal gestalten zu können. Die aktuellen Entwicklungen im Medizinstudium, wie die neue Approbationsordnung und der Masterplan 2020 erfordern innovative administrative, organisatorische und didaktische Prozesse im Hinblick auf Qualitätssicherung. Bisher sind dafür sowohl national als auch lokal nur wenige Instrumente beschrieben. Einen Ansatz zur Bewältigung dieser Herausforderungen stellt der 2018 gegründete multiperspektivische Qualitätszirkel für die allgemeinmedizinische Lehre in Tübingen dar. Der Qualitätszirkel hat primär die Ausrichtung von Lehrprozessen mit daraus resultierenden Veränderungen im Fokus und arbeitet unter Einbeziehen vieler unterschiedlicher Perspektiven (Studierende, Lehrende, Administration, Medizindidaktik, Pflege). Ziel der Studie war es, die lokale Arbeit des Qualitätszirkels vor dem Hintergrund nationaler Herausforderungen in der Lehre systematisch zu beschreiben und daraus ein Modell abzuleiten, das auf nationaler Ebene weiterentwickelt und implementiert werden kann.

Methode: In einem gemischtmethodischen Ansatz wurde zunächst eine deutschlandweite quantitative Befragung aller allgemeinmedizinischen Einrichtungen ($N=36$) anhand eines selbstentwickelten Fragebogens und mit drei konkreten Fallbeispielen zur Qualitätssicherung in der Lehre durchgeführt, um den Status Quo und bereits bestehende Handlungspfade in der Qualitätssicherung zu erheben. Es wurden pro Einrichtung jeweils die Lehrkoordination und -administration kontaktiert, sodass die Studienpopulation bei $N=72$ lag. Aus den Ergebnissen dieser Befragung wurde das Thema „Digitalisierung“ als geeignetes und national hochrelevantes Thema abgeleitet, welches unter der Berücksichtigung des nationalen Kontextes lokal in einer Sitzung des Qualitätszirkels bearbeitet wurde. Im Anschluss daran fanden Einzelinterviews mit allen Teilnehmenden des Qualitätszirkels statt, welche mit *Grounded Theory* ausgewertet wurden. *Grounded Theory* ermöglicht die Analyse von Prozessabläufen und die Erstellung eines auf empirischen Daten basierenden Modells.

Ergebnisse: Der Rücklauf im quantitativen Teil ($N=27$ Fragebögen) deckte 54% der allgemeinmedizinischen Einrichtungen in Deutschland ab. Die meisten der Einrichtungen ($N=26$) gaben zwar an, Qualitätssicherung zu betreiben, aber nur wenige ($N=6$) nannten einen konkreten Standard. Bei der Auswertung der anschließenden Interviews zur Arbeit des Qualitätszirkels im Kontext nationaler Herausforderungen konnte mittels *Grounded Theory* der selektive Code „*dynamische Kontinuität*“ entwickelt werden. Dieser stellt ein Modell der Arbeit des Qualitätszirkels dar: Bei der Arbeit im Qualitätszirkel entsteht durch die Multiperspektivität der Teilnehmenden ein anpassungsfähiges Expert:innenwissen, mit welchem eine konstruktive Auseinandersetzung in der Sitzung und in den Zwischenphasen stattfindet. Das Agieren im Qualitätszirkel, sowohl einzeln als auch gemeinsam in der Gruppe ermöglicht die Entstehung neuer Ansätze und lässt ein Wachstum aller Beteiligten und der Gruppe zu. Es entstehen über die einzelnen Sitzungen hinaus Reflektions- und Veränderungsprozesse, die neben der Gruppe und den Teilnehmenden, auch die institutionelle Ebene und die Lehre selbst betreffen.

Diskussion: Mit *Grounded Theory* war es möglich ein bisher wenig beschriebenes Instrument, wie den multiperspektivischen Qualitätszirkel, in einem Arbeitsmodell abzubilden. Die Ergebnisse sind durch das gemischtmethodische Vorgehen mit Einschränkungen national verallgemeinerbar und liefern ein auf dichtem Datenmaterial aufbauendes Modell der Arbeitsweise des Tübinger Qualitätszirkels. Der Qualitätszirkel bietet die Möglichkeit, Herausforderungen und Lösungsansätze mit den unmittelbar an der Lehre Beteiligten und mit aktiver studentischer Partizipation in einem geschützten Rahmen zu diskutieren. In Tübingen ist der multiperspektivische Qualitätszirkel ein anerkannter und wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherung in der allgemeinmedizinischen Lehre geworden, welcher auch in der Lehrforschung bei der Entwicklung und Umsetzung neuer Projekte genutzt werden kann. Das kontinuierliche Fortbestehen des Qualitätszirkel im Spannungsfeld äußerer Einflüsse und innerer Dynamik bezeugt den Erfolg der Arbeit. Die vorliegende Studie liefert für eine Etablierung des Modells auf nationaler Ebene einen möglichen Ansatz und stellt beispielhaft einen gemischtmethodischen Forschungsprozess in der Lehrforschung dar.

6 Literaturverzeichnis

- ALANISKA, H. & ERIKSSON, S. 2006. Student participation in quality assurance in Finland. Helsinki, Finnland: European Association for Quality Assurance in Higher Education.
- ALBERTI, H. & ATKINSON, J. 2018. Twelve tips for the recruitment and retention of general practitioners as teachers of medical students. *Med Teach*, 40, 227-230.
- ANDRES, E., LUDT, S., MAINZ, A. & PETERS-KLIMM, F. 2015. 20 Jahre hausärztliche Qualitätszirkel – Bestandsaufnahme und Perspektiven. *Z Allg Med*, 91, 66-70.
- ANDRES, J., BEYER, M., SCHORSCH, B., SZECSENYI, J., DRYDEN, W.-A., KREUZ, I., KUNZE, M.-T., TISCHER, K.-W. & GERLACH, F. M. 2010. Qualitätszirkel in der vertragsärztlichen Versorgung: Ergebnisse der kontinuierlichen Basisdokumentation in Bremen, SachsenAnhalt, Schleswig-Holstein und WestfalenLippe 1995 bis 2007. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen*, 104, 51-58.
- ARNOLD, C., BERGER, S., GRONWOLD, N., SCHWABE, D., GÖTSCH, B., MAHLER, C. & SCHULTZ, J.-H. 2020. Exploring early interprofessional socialization: a pilot study of student's experiences in medical history taking. *J Interprof Care*, 13, 1-8.
- ÄRZTLICHES ZENTRUM FÜR QUALITÄT IN DER MEDIZIN. 2020. *Qualitätszirkel* [Online]. Available: https://www.aezq.de/aezq/kompendium_q-m-a/6-qualitaetszirkel/# [Accessed 06.09.2021].
- BADEN-WÜRTTEMBERG, K. V. 2019. Leitlinien für die Anerkennung, Durchführung und Gestaltung von Qualitätszirkeln im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (QZ-Leitlinien).
- BAHRS, O. & ANDRES, E. 2016. Qualitätszirkel – Professionsentwicklung im Gesundheitswesen.
- BAHRS, O., GERLACH, F. M., SZECSENYI, J. & ANDRES, E. 2001. *Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den Arzt in Praxis und Klinik. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage.*, Deutscher Ärzte-Verlag.
- BALDOR, R. A., BROOKS, W. B., WARFIELD, M. E. & O'SHEA, K. 2001. A survey of primary care physicians' perceptions and needs regarding the precepting of medical students in their offices. *Med Educ*, 35, 789-95.
- BARR, H., KOPPEL, I., REEVES, S., HAMMICK, M. & FREETH, D. 2005. Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption and Evidence. In: BARR, H. (ed.). Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.
- BRAUN, J. S. 2022. Lehre in der hausärztlichen Praxis – Chancen und Herausforderungen bei der Interaktion zwischen Lehrenden und Lernenden. (medizinische Dissertationsschrift). Eberhard Karls Universität Tübingen
- BÜHLER-NIEDERBERGER, D. 1985. Analytische Induktion als Verfahren qualitativer Methodologie. *Z Soziol*, 14, 475-485.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2002. Approbationsordnung für Ärzte.
- COLLINS, D. 2003. Pretesting survey instruments: An overview of cognitive methods. *Qual. Life Res.*, 12, 229-238.
- CRAMPTON, P. E., MCLACHLAN, J. C. & ILLING, J. C. 2013. A systematic literature review of undergraduate clinical placements in underserved areas. *Med Educ*, 47, 969-78.

- CRUESS, S. R. & CRUESS, R. L. 2019. The Development of Professional Identity. *Understanding Medical Education: Evidence, Theory, and Practice*. Wiley Blackwell.
- CURTIS, J. R., COOK, D. J., WALL, R. J., ANGUS, D. C., BION, J., KACMAREK, R., KANE-GILL, S. L., KIRCHHOFF, K. T., LEVY, M., MITCHELL, P. H., MORENO, R., PRONOVOST, P. & PUNTILLO, K. 2006. Intensive care unit quality improvement: a "how-to" guide for the interdisciplinary team. *Crit Care Med*, 34, 211-8.
- DE BUCOURT, M. 2007. *Etablierung eines Qualitätsmanagementsystems nach DIN EN ISO 9001:2000 in einem epidemiologischen Universitätsinstitut inklusive der Bereiche Forschung und Lehre*. Medizinische Dissertationsschrift Dissertation Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- DE LEEUW, R. A., WESTERMAN, M., NELSON, E., KET, J. C. & SCHEELE, F. 2016. Quality specifications in postgraduate medical e-learning: an integrative literature review leading to a postgraduate medical e-learning model. *BMC Med Educ*, 16, 168.
- DEGAM 2014. DEGAM-Positionspapier: Hausärztliche Fortbildung im Qualitätszirkel, Chancen und Risiken bei der Integration von Disease-Management-Programmen. Bremen und Korbach.
- DENZIN, N. K. 1970. *The research act in sociology : a theoretical introduction to sociological methods.*, Butterworths, London, Aldine Transaction.
- DERBOVEN, W., DICK, M. & WEHNER, T. 2003. Zirkel als Räume zur Schaffung, Aneignung und Diffusion von Wissen. *Wirtschaftspsychologie*, 3, 72-78.
- DICK, M. & WEISENBURGER, N. 2017. Professionalisierung im Berufsleben. In: KAUFFELD, S. & SPURK, D. (eds.) *Handbuch Karriere und Laufbahnmanagement*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- FAGIN, C. M. 1992. Collaboration between nurses and physicians: no longer a choice. *Acad Med*, 67, 295-303.
- FEDELI, L. 2016. Comparative Study on students involvement in QA.
- FLICK, U. 2011a. *Qualitative Sozialforschung - Eine Einführung*, Hamburg, Rowohlt.
- FLICK, U. 2011b. *Triangulation - Eine Einführung*, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- FRANCO, R. L. O., MACHADO, J. L. M., GRINBAUM, R. S. & PORFÍRIO, G. J. M. 2019. Barriers to outpatient education for medical students: a narrative review. *Int J Med Educ*, 10, 180-190.
- GLASER, B. G. 1965. The Constant Comparative Method of Quality Analysis. *Soc. Probl.*, 12, 436-445.
- GOTTLÖB, K., JOOS, S. & HAUMANN, H. 2019. Lehr- und Lernraum hausärztliche Famulatur – eine qualitative Studie zu Erfahrungen von Medizinstudierenden und Hausärzten. *GMS Journal for Medical Education*, 36, 7-12.
- GREEN, J. & THOROGOOD, N. 2004. *Qualitative Methods for Health Research (Introducing Qualitative Methods)*, London, Sage Publications Ltd.
- HARRIS, Y., KWON, L., BERRIAN, A. & CALVO, A. 2012. Redesigning the System from the Bottom Up: Lessons Learned from a Decade of Federal Quality Improvement Collaboratives. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 23, 11-20.
- HARVEY, L. & GREEN, D. 2000. Qualität definieren. *Z. f. Päd*, 41.

- HELLE, E. 2006. Student involvement in the processes of quality assurance agencies. Helsinki, Finland: European Association for Quality Assurance in Higher Education.
- HEWSON, M. G. 1992. Clinical teaching in the ambulatory setting. *J Gen Intern Med*, 7, 76-82.
- HOCHSCHULREKTORENKONFERENZ 2020. Statistische Daten zu Studienangeboten an Hochschulen in Deutschland. Wintersemester 2020/2021. Berlin.
- HYDE, S., HANNIGAN, A., DORNAN, T. & MCGRATH, D. 2018. Medical school clinical placements - the optimal method for assessing the clinical educational environment from a graduate entry perspective. *BMC Med Educ*, 18, 7.
- HYDES, C. & AJJAWI, R. 2015. Selecting, training and assessing new general practice community teachers in UK medical schools. *Educ Prim Care*, 26, 297-304.
- INSTITUTE OF MEDICINE 2015. *Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes*, Washington, DC, The National Academies Press.
- JÄÄSKELÄIN, R. 2010. Think Aloud Protocol. In: COMPANY, J. B. P. (ed.) *Handbook of Translation Studies*. Amsterdam/Philadelphia.
- JAMES, P. A. & OSBORNE, J. W. 1999. A Measure of Medical Instructional Quality in Ambulatory Settings: The MedIQ. *J. Gen. Fam. Med.*, 31, 263-269.
- JOHL, K. & GRIGSBY, R. K. 2017. Engaging Learners in Health System Quality Improvement Efforts. *Acad Med*, 92, 593-597.
- JOHNSON, C. N. 2002. The Benefits of PDCA. *Qual Prog*, 35, 120.
- KAUFMANN, B. 2009. Qualitätssicherungssysteme an Hochschulen – Maßnahmen und Effekte. Bonn: Hochschulrektorenkonferenz.
- KAYYAL, M. & GIBBS, T. 2012. Applying a quality assurance system model to curriculum transformation: transferable lessons learned. *Med Teach*, 34, e690-7.
- KENWRIGHT, D. N. & WILKINSON, T. 2019. Quality in Medical Education. *Understanding Medical Education: Evidence, Theory, and Practice*. Wiley Blackwell.
- KLEMENT, A., ÖMLER, M., BAUST, T., BRETSCHEIDER, K. & LICHTER, T. 2011. Lehrmotivation und Evaluationsbereitschaft – eine explorative Querschnittsstudie unter Lehrärzten. *Z Allgemeinmed*, 87, 175-181.
- KOCH, R., STEFFEN, M.-T., BRAUN, J. & JOOS, S. 2021. Are we prepared for the future? A mixed-method study on quality management in decentralized family medicine teaching. *Medical Education Online*, 26, 1923114.
- KOLB, D. A. 2015. *Experiential Learning - Experience as the Source of Learning and Development (Second Edition)*, Upper Saddle River, New Jersey, Pearson Education, Inc.
- LAWSON, P. J. & FLOCKE, S. A. 2009. Teachable moments for health behavior change: a concept analysis. *Patient Educ Couns*, 76, 25-30.
- LEDIG, T., KURCZYK, S., LOUKANOVA, S. & SZECSENYI, J. 2019. Dezentrale Lehre: Relevanz der Akademischen Lehrpraxen in der Ausbildung an der Medizinischen Fakultät Heidelberg. 53. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Erlangen: German Medical Science GMS Publishing House.
- LIN-KLITZING, S. 2019. Bildungsföderalismus positiv gewendet – ohne Grundgesetzänderung, dafür mit mehr Eigeninitiative der Länder. *ifo Schnelldienst*, 72, 9-11.

- LINCOLN, Y. S. & GUBA, E. G. 1985. *Naturalistic inquiry*, Beverly Hills, Calif., Sage Publications.
- MAIER, G. W., BARTSCHER, T. & NISSEN, R. 2018. *Definition: Was ist "Qualitätszirkel"?* [Online]. Springer. Available: : <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/qualitaetszirkel-44875/version-268179> [Accessed 06.09.2021].
- MALTERUD, K., SIERSMA, V. D. & GUASSORA, A. D. 2016. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res*, 26, 1753 –1760.
- MARX, G. & WOLLNY, A. 2009. Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin, Teil 2: Qualitative Inhaltsanalyse vs. Grounded Theory. *Z Allgemeinmed*, 467 - 476.
- MCGEE, S. R. & IRBY, D. M. 1997. Teaching in the outpatient clinic. Practical tips. *J Gen Intern Med*, 12 Suppl 2, S34-40.
- MEIER, J. D. 2017. *Qualitätsmanagement an universitären Hochschulen. Konzeptionelle Grundlagen und empirische Untersuchungen.*, Universität Bern.
- MFT 2015. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM) Kiel: MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V.
- MILES, M. B. & HUBERMANN, A. M. 1994. *Qualitative Data Analysis: an expanded sourcebook*, SAGE Publications.
- MORRIS, C. 2019. Work Based Learning. *Understanding Medical Education*. Wiley Blackwell.
- MURPHY, E., DINGWALL, R., GREATBATCH, D., PARKER, S. & WATSON, P. 1998. Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Technol. Assess.*, 2.
- NICKEL, S. 2014. Typologie und Erfolgsfaktoren von QM-Systemen in Hochschulen – Ein Überblick. In: NICKEL, S. (ed.) *Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen: Erfahrungen aus der Hochschulpraxis*. Centrum für Hochschulentwicklung.
- PECK, C. & REITZUG, U. C. 2012. How Existing Business Management Concepts Become School Leadership Fashions. *Educational Administration Quarterly*, 48, 347-381.
- PETRUSCHKE, I., SCHULZ, S., KAUFMANN, M., HESSE, M. & BLEIDORN, J. 2020. Ambulantes Quartal im Praktischen Jahr: Welches Fach würden Medizinstudierende wählen. *ZFA*, 96, 220-224.
- QUASDORF, I. & KLEIN-REICK, T. 2018. Qualitätszirkelarbeit: Rückblick 2018. *Qualitätszirkel Aktuell*.
- QUASDORF, I. & KLEUDGEN, S. 2014. 20 Jahre Qualitätszirkel: Unmittelbarer Nutzen für Patienten. *Dtsch Arztebl*, 111, 500-502.
- REINBACHER, P. 2017. Qualität als Form - Qualitätsmanagement zwischen "anything goes" und "rien ne va plus". *Zeitschrift für Qualitätsentwicklung in Forschung, Studium und Administration*, 11, 34-38.
- RICHTER-KUHLMANN, E. & RIESER, S. 2015. Allgemeinmedizin: Ein Fach im Aufwind. *Dtsch Arztebl*, 112, 1866-1870.
- RISCHAR, K. & TITZE, C. 2002. *Qualitätszirkel: effektive Problemlösung durch Gruppen im Betrieb*, Renningen, expert Verlag.
- SALAS, E., ALMEIDA, S. A., SALISBURY, M., KING, H., LAZZARA, E. H., LYONS, R., WILSON, K. A., ALMEIDA, P. A. & MCQUILLAN, R. 2009.

- What Are the Critical Success Factors for Team Training in Health Care? *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 35, 398-405.
- SALLIS, E. 2002. *Total Quality Management in Education - Third edition*, Abgindon, New York, Routledge.
- SCHEELE, B. & GROEBEN, N. 1988. *Dialog-Konsens-Methoden zur Rekonstruktion Subjektiver Theorien*, Tübingen, Francke.
- SCHWEITZER, J. 2000. Bedingungen gelingender Kooperation im Gesundheitswesen. In: WEBER, G. & SCHWEITZER-ROTHERS, J. (eds.) *Familie, System und Gesundheit: Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- SHIPENGROVER, J. A. & JAMES, P. A. 1999a. Measuring instructional quality in community-orientated medical education: looking into the black box. *Med Educ*, 33, 846-853.
- SHIPENGROVER, J. A. & JAMES, P. A. 1999b. Measuring instructional quality in community-orientated medical education: looking into the black box. *Med Educ*, 33, 846-53.
- SILVERMAN, D. 1993. *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*, Sage.
- SNELL, L., SON, D. & ONISHI, H. 2019. *Instructional Design: Applying Theory to Teaching Practice. Understanding Medical Education*. Hoboken, New Jersey, Vereinigte Staaten: Wiley Blackwell.
- STEFFEN, M.-T., JOOS, S. & KOCH, R. 2021. Die Pandemie als Katalysator der digitalen allgemeinmedizinischen Lehre – Eine qualitative Interviewstudie *Vortrag gehalten auf dem 55. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. Lübeck: DEGAM.
- STEFFEN, M.-T., KOCH, R. & JOOS, S. 2019. Qualitätssicherung dezentraler Lehrformate: Eine nationale Querschnittsbefragung im Rahmen einer gemischtmethodischen Studie. *Poster präsentiert auf: 53. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. Erlangen: German Medical Science GMS Publishing House.
- STEFFEN, M.-T., KOCH, R. & JOOS, S. 2020. Die Bedeutung eines multiperspektivischen Qualitätszirkels für die Verbesserung der Qualität der allgemeinmedizinischen Lehre in Deutschland *Jahrestagung 2020 der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung 09.-12.09.2020*. . Zürich: Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2020.
- STEINKE, I. 1999. *Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*., Weinheim, Juventa Verlag.
- STRAUSS, A. & CORBIN, J. 1996. *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*, Weinheim, Psychologie Verlags Union.
- STRÜBING, J. 2014. *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils*, Tübingen, Springer VE.
- TAUSCH, B. & HÄRTER, M. 1996. Zielanalyse von Teilnehmern und Moderatoren hausärztlicher Qualitätszirkel. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*, 90, 454-458.
- TAYLOR, F. W. 1911. *The principles of scientific management*, New York; London, Harper & Brothers.
- TURKESHI, E., MICHELS, N. R., HENDRICKX, K. & REMMEN, R. 2015. Impact of family medicine clerkships in undergraduate medical education: a systematic review. *BMJ Open*, 5, e008265.

- VAN SOMEREN, M. W., BARNARD, Y. F. & SANDBERG, J. A. C. 1994. The Think Aloud Method: A practical guide to modelling cognitive processes. *Academic Press*.
- WIESEMANN, A., ENGESER, P., BARLET, J., MÜLLER-BÜHL, U. & SZECSENYI, J. 2003. Was denken Heidelberger Studierende und Lehrärzte über frühzeitige Patientenkontakte und Aufgaben in der Hausarztpraxis? *Gesundheitswesen*, 65, 572-578.
- WINKELMANN, A., SCHENDZIELORZ, J., MASKE, D., ARENDS, P., BOHNE, C., HÖLZER, H., HARRE, K., NÜBEL, J., OTTO, B. & OESS, S. 2019. Der Brandenburger Modellstudiengang Medizin – Aus dem Land für das Land. *GMS Journal for Medical Education*, 36.
- WISSENSCHAFTSRAT 2018. Neustrukturierung des Medizinstudiums und Änderung der Approbationsordnung für Ärzte - Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020.
- ZAYAS, L. E., JAMES, P. A., SHIPENGROVER, J. A., SCHWARTZ, D. G., OSBORNE, J. W. & GRAHAM, R. P. 1999. Exploring Instructional Quality Indicators in Ambulatory Medical Settings: An Ethnographic Approach. *Medical Student Education*, 31, 635-640.
- ZOLLONDZ, H.-D. 2011. *Grundlagen Qualitätsmanagement : Einführung in Geschichte, Begriffe, Systeme und Konzepte*, München, De Gruyter Oldenbourg.
- ZWARENSTEIN, M., GOLDMAN, J. & REEVES, S. 2009. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst. Rev.*

7 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

7.1 Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Methodisches Vorgehen</i>	21
<i>Abbildung 2: Beispielhafte Darstellung der verwendeten Begriffe anhand des Codesystems</i>	29
<i>Abbildung 3: Paradigmatisches Modell modifiziert nach Flandorfer (2018)</i>	30
<i>Abbildung 4: Bestehen eines eigenständigen Lehrstuhls für Allgemeinmedizin in Jahren</i>	36
<i>Abbildung 5: Standard in der Qualitätssicherung der universitären allgemeinmedizinischen Lehre</i>	36
<i>Abbildung 6: Modellzeichnung "dynamische Kontinuität"</i>	78

7.2 Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien quantitativer Teil</i>	24
<i>Tabelle 2: Begriffsdefinitionen in der Grounded Theory nach Strauss und Corbin (1996)</i>	28
<i>Tabelle 3: Daten zu den Teilnehmenden</i>	34
<i>Tabelle 4: Qualitätssicherung in der allgemeinmedizinischen Einrichtung</i>	38
<i>Tabelle 5: Strukturelle Aspekte zum Blockpraktikum</i>	39
<i>Tabelle 6: Inhaltliche Aspekte Blockpraktikum</i>	40
<i>Tabelle 7: Kommunikation mit Studierenden</i>	42
<i>Tabelle 8: Kommunikation mit Lehrärzt:innen</i>	43
<i>Tabelle 9: Didaktische Schulungen</i>	44
<i>Tabelle 10: Fallbeispiele</i>	46
<i>Tabelle 11: berufliche Funktionen der Teilnehmenden im qualitativen Teil</i>	48
<i>Tabelle 12: Kategorientabelle der Hauptkategorie "Multiperspektivität"</i>	48
<i>Tabelle 13: Kategorientabelle der Hauptkategorie "Ziel und Funktion des Qualitätszirkels"</i>	49
<i>Tabelle 14: Kategorientabelle der Hauptkategorie "Ablauf Sitzung"</i>	50

8 Anhang

8.1 Quantitativer Teil

8.1.1 Anschreiben per Mail

«Persönliche Anrede»,

das Institut für Allgemeinmedizin in Tübingen führt derzeit **eine Studie durch, die sich mit der Qualitätssicherung der allgemeinmedizinischen Lehre** in Deutschland beschäftigt.

Insbesondere die vielfältigen Herausforderungen der dezentralen Lehre stehen hierbei im Fokus. Dabei nimmt das allgemeinmedizinische Institut als Organisator, Koordinator und Vermittler eine zentrale Rolle ein.

Wir würden uns freuen, wenn Sie aus Ihrer Perspektive als «Funktion» Ihre Erfahrungen zu diesem relevanten Thema bei einer Online-Umfrage einbringen.

Es ist das Ziel unserer Umfrage, Herausforderungen und „Best Practice“ Beispiele der Institute zu erfassen, um ein möglichst umfassendes Bild der Situation in Deutschland abbilden zu können.

Hierfür bitten wir Sie an der Studie teilzunehmen. Die Datenerhebung erfolgt in Form einer anonymen Online-Befragung. Anhand der Antworten kann also kein Rückschluss auf Ihre Person geschlossen werden.

Es dauert ungefähr 20 Minuten, den Online-Fragebogen auszufüllen. Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig.

Auf Wunsch lasse ich Ihnen gerne nähere Informationen zukommen, gerne auch im Rahmen eines persönlichen Gesprächs.

Bitte klicken Sie auf den folgenden Link, um an der anonymen Onlinebefragung teilzunehmen:

<https://ww2.unipark.de/uc/lehrforschungtuebingen/>

Wir bitten Sie, im Falle einer Studienteilnahme den Fragebogen spätestens **bis zum 9. September 2019** auszufüllen.

Mit freundlichen Grüßen, auch im Namen von Frau Prof. Dr. Joos (stefanie.joos@med.uni-tuebingen.de),

cand. med. Marie-Theres Steffen

Doktorandin am Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung Tübingen

8.1.2 Umfrage unter den allgemeinmedizinischen Einrichtungen in Deutschland

Information und Einwilligungserklärung zur Studie

"Beiträge einer interprofessionellen Zusammenarbeit für die Verbesserung der Qualität der allgemeinmedizinischen Lehre in Deutschland"

Liebe Studieninteressierte,

In dieser Studie sollen **problematische und funktionierende Bereiche der Qualitätssicherung in der allgemeinmedizinischen Lehre** an dem jeweiligen Standort erhoben werden.

Des Weiteren sollen die **individuellen Prozesse**, die an den jeweiligen Instituten **bei Problemen mit externen Lehrveranstaltungen** ablaufen, abgebildet werden.

Die Bearbeitung dauert ca. 20 Minuten.

Das Hauptziel dieser Studie ist das **Aufzeigen von bereits existierenden Prozessen zur Qualitätssicherung** externer Lehrveranstaltungen, sowie des **Ist- und Sollzustandes** in verschiedenen Bereichen der **Qualitätssicherung in der allgemeinmedizinischen Lehre**. Daraus abgeleitet soll die **Bedeutung eines interprofessionellen Qualitätszirkels zur Qualitätssicherung modelhaft abgebildet** werden.

Der erste Teil der Studie besteht aus Fragen zu der Qualitätssicherung, Kommunikation und der didaktischen Schulung Lehrender an Ihrem Institut.

Der zweite Teil des Fragebogens enthält drei Fallbeispiele, zu denen Ihnen weiterführende Fragen gestellt werden.

Zum Schluss werden Sie gebeten einige allgemeine Fragen zur Ihrer Person und dem allgemeinmedizinischen Institut, in dem Sie arbeiten, zu beantworten.

Bitte beantworten Sie die Fragen so, wie es dem aktuellen Vorgehen in Ihrer Einrichtung entspricht.

Beim Fragebogen wird zur besseren Lesbarkeit die maskuline Form gewählt. Selbstverständlich beziehen sich die Fragen auf Personen jeder Geschlechtsidentität

Zustimmungserklärung

Ich erkläre, dass ich mit der im Rahmen der Studie erfolgenden Erhebung und Verarbeitung von Daten zum Zwecke einer anonymen Auswertung einverstanden bin.

Mir ist bewusst, dass die Ergebnisse dieser Studie in medizinischen Fachzeitschriften veröffentlicht werden, allerdings in anonymisierter Form, so dass ein direkter Bezug zu meiner Person nicht hergestellt werden kann.

- Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten gemäß den hier aufgeführten Angaben verarbeitet werden.

Nr.: 1 In diesem Abschnitt geht es um die Qualitätssicherung an Ihrem Institut

maximal 2000 Zeichen pro Antwort

Nr.: 2 Betreiben Sie aktiv Qualitätssicherung* in der Lehre?

*Mit Qualitätssicherung meinen wir strukturierte regelmäßige Maßnahmen, die zum Ziel haben messbare Ergebnisse (z.B. studentische Evaluation) zu beeinflussen.

Ja

➡ Bitte fahren Sie mit Frage 3 fort.

Nein

➡ Bitte fahren Sie mit Frage 4 fort.

Nr.: 3 Richtet sich die Qualitätssicherung nach einem bestimmten Standard?
(z.B. ISO 9000:2001)

Nein

Ja und zwar: ||

Nr.: 4 Womit sind Sie an Ihrer Einrichtung* bei der Organisation der Lehre am zufriedensten?

*mit Einrichtung meinen wir den allgemeinmedizinischen Lehrbereich bzw. das allgemeinmedizinische Institut mit angegliedertem Lehrstuhl an Ihrer Universität

|

Nr.: 5 Wo sehen Sie an Ihrer Einrichtung bei der Organisation der Lehre den größten Verbesserungsbedarf?

|

Nr.: 6 Welche Veränderungen planen Sie aktuell, um diesen Herausforderungen zu begegnen?

|

Nr.: 7 Was würde Ihrer Einrichtung bei der Umsetzung dieser Verbesserungen am meisten helfen?

|

Nr.: 8 Wie viele Lehrpraxen sind an Ihre allgemeinmedizinischen Einrichtung angeschlossen?

- weniger als 50 Praxen
- 51-100 Praxen
- 101-200 Praxen
- 201-300 Praxen
- über 300 Praxen

Nr.: 9 Wie viele Studierende betreut Ihre Einrichtung im Blockpraktikum pro Semester?

- weniger als 50 Studierende
- 51-100 Studierende
- 101-200 Studierende
- 201-300 Studierende
- über 300 Studierende

Nr.: 10 Wann findet das Blockpraktikum für alle Studierenden statt?

- Zu einem bestimmten Zeitpunkt, der z.B. vom Dekanat vorgegeben wird. ➡ Bitte fahren Sie mit Frage 11 fort.
- Zu einem Zeitpunkt, den die Studierenden selbst bestimmen können ➡ Bitte fahren Sie mit Frage 12 fort.
- Anderes, nämlich

Nr.: 11 Wann ist dieser Zeitraum?

- Nur in der vorlesungsfreien Zeit
- Nur während des Semesters
- Sowohl während des Semesters als auch in der vorlesungsfreien Zeit
- Anderes, nämlich ||

Nr.: 12 Verwenden Sie einen Standard für die Auswahl von Lehrpraxen (Mindestanforderungen)?

- Ja, und zwar:
- Nein

Nr.: 13 Haben Sie einen didaktischen Standard* für das Blockpraktikum Allgemeinmedizin definiert?

* zum Beispiel ein "Standardcurriculum" oder „Meilensteine“

Ja

➡ Bitte fahren Sie mit Frage 14 fort.

Nein

➡ Bitte fahren Sie mit Frage 18 fort.

Nr.: 14 Ist dieser didaktische Standard für interessierte Praxen öffentlich zugänglich?

Ja

Nein

Nr.: 15 Wenn ja, welche sind Ihrer Meinung nach die drei wichtigsten Lerngelegenheiten* in diesem didaktischen Standard?

*damit meinen wir: die Gelegenheit/Methode, welche den größten Anteil am Lernerfolg des Studierenden im BP hat, den Studierenden am meisten bei der Erfüllung der Lernziele hilft

|

Nr.: 16 Was ist Ihrer Erfahrung nach der beste Weg, dass Lehrärzte diesen didaktischen Standard auch umsetzen?

|

Nr.: 17 Wie kontrollieren Sie, dass der didaktische Standard von den Lehrpraxen eingehalten wird?

|

Nr.: 18 Gibt es eine Leistungskontrolle für die Studierenden im Blockpraktikum?

Ja

➡ Bitte fahren Sie mit Frage 19 fort.

Nein

➡ Bitte fahren Sie mit Frage 20 fort.

Nr.: 19 Wo findet diese Leistungskontrolle statt?

zentral (an Ihrer Einrichtung)

dezentral (in der Praxis)

sowohl zentral, als auch dezentral (z.B. arbeitsplatzbasiertes Prüfen und OSCE)

anders, nämlich

|

Nr.: 20 In diesem Abschnitt werden Ihnen Fragen zu der Kommunikation mit den Studierenden gestellt.


Nr.: 21 Erheben Sie Rückmeldung von Studierenden über negative Ereignisse im Blockpraktikum* systematisch?


*z.B. Nichteinhaltung der Lehrstandards, inhaltliche Fehler, Unfreundliche Behandlung durch die Lehrperson

- Ja, auf folgende Art und Weise:
- Nein

Nr.: 22 Kommt es vor, dass Studierende mit Ihnen Kontakt wegen negativer Ereignisse im Blockpraktikum aufnehmen?

- Ja
- Nein

 Bitte fahren Sie mit Frage 23 fort.

 Bitte fahren Sie mit Frage 25 fort.

Nr.: 23 Wie häufig kommt dies pro Semester in etwa vor?

|

Nr.: 24 Auf welchem Wege nehmen Studierende Kontakt mit Ihnen auf?

|


Nr.: 25 In diesem Abschnitt werden Ihnen Fragen zu der Kommunikation mit den Lehrärzten gestellt.

Nr.: 26 Erheben Sie Rückmeldung von Lehrpersonen über negative Ereignisse mit Studierenden* im Blockpraktikum systematisch?

*z.B. Unfreundlichkeit, Desinteresse, Hygienemängel, gravierende Wissenslücken

- Ja, auf folgende Art und Weise:
 Nein

Nr.: 27 Kommt es vor, dass Lehrpersonen mit Ihnen Kontakt wegen negativer Ereignisse im Blockpraktikum aufnehmen?

- Ja  Bitte fahren Sie mit Frage 28 fort.
- Nein  Bitte fahren Sie mit Frage 31 fort.

Nr.: 28 Wie häufig kommt dies pro Semester in etwa vor?

|

Nr.: 29 Auf welchem Wege nehmen Lehrärzte Kontakt mit Ihnen auf?


|

Nr.: 30 Wollen Sie uns sonst noch etwas zum Thema Kommunikation mit Lehrenden oder Studierenden mitteilen?

|

Nr.: 31 In diesem Abschnitt werden Ihnen Fragen zu den didaktischen Schulungen der Lehrenden an Ihrem Institut gestellt.

Nr.: 32 Führen Sie regelmäßig didaktische Schulungsmaßnahmen für Lehrende durch?

- Ja  Bitte fahren Sie mit Frage 33 fort.
- Nein  Bitte fahren Sie mit Frage 39 fort.

Nr.: 33 Wie häufig pro Jahr finden diese statt?

- 1x pro Jahr
 2x pro Jahr
 3x pro Jahr
 4x pro Jahr
 öfter als 4x pro Jahr

Nr.: 34 Wie lange dauern diese Veranstaltungen normalerweise jeweils?

- 1-2 Stunden
- 3-4 Stunden
- über 4 Stunden

Nr.: 35 Ist die Teilnahme an diesen Veranstaltungen verpflichtend?

Ja



Bitte fahren Sie mit Frage 36 fort.

Nein



Bitte fahren Sie mit Frage 37 fort.

Nr.: 36 Welche Konsequenz hat eine Nichtteilnahme?

|

Nr.: 37 Welche Anreize gibt es für diese Veranstaltung?

- Catering bzw. Verpflegung
- AiW-Börse bzw. PJ-Börse
- Aufwandsentschädigung
- Fortbildungspunkte
- Anderes, nämlich:

Nr.: 38 Welche Schulungsmaßnahme bringt Ihrer Erfahrung nach den größten Erfolg* bei der Fortbildung von Lehrenden?

*hiermit meinen wir, wenn Lehrärzte nach dieser Schulungsmaßnahme ihr Verhalten maßgeblich dem Standard anpassen bzw. danach die Evaluation der Studierenden besser werden.

|

Nr.: 39 Fallbeispiele

Im folgenden Teil der Befragung werden Ihnen drei Fallbeispiel vorgestellt. Wir bitten Sie, diese Fallbeispiele so zu beantworten, dass es dem Vorgehen in Ihrer Einrichtung entspricht.

Nr.: 40 Erster Fall

Eine Studentin ruft Sie nach dem Blockpraktikum an und berichtet, dass der Lehrarzt ihr gegenüber unfaire und unsachliche Behauptungen gemacht habe und sie vor Patienten und dem Team bloßgestellt habe.

Dabei seien auch anzügliche Bemerkungen gefallen.

Ihnen sind bei dem Lehrarzt bisher keine Auffälligkeiten bekannt. Der Lehrarzt hat sich aktiv in die Lehre eingebracht und ist Ihnen als sehr konstruktiver und beliebter Kollege in Erinnerung.

Nr.: 41 Wie verfahren Sie in dieser Situation?

||

Nr.: 42 Zweiter Fall

Ein Student schreibt Ihnen am 3. Tag des Blockpraktikums eine aufgebrachte Email, in dem er sich darüber beschwert, bei einem Lehrarzt keine Möglichkeiten zum selbstständigen Arbeiten zu haben.

Der Lehrarzt ist schon lange dabei. Seine Lehrleistung ist eher im Mittelmaß und es liegen Ihnen mehrere

Rückmeldungen vor, dass kaum selbständiges Arbeiten möglich wäre in dieser Praxis. Der Studierende wünscht einen Praxiswechsel.

Nr.: 43 Wie verfahren Sie in dieser Situation?

||

Nr.: 44 Dritter Fall

Eine engagierte Lehrärztin, die noch nicht so lange dabei ist, ruft Sie während des Blockpraktikums an. Sie habe gerade einen Studierenden, der sich völlig irrational verhalte. Er habe bereits jetzt seine Fehlzeiten aufgebraucht. Ferner würde er während der Patientenkonsultationen ständig den Raum verlassen. Er sei im Kontakt zu den MFA und den Patienten abwesend, würde Augenkontakt vermeiden und sei schon mehrfach zu spät gekommen. Sie mache sich ernsthaft Sorgen um den Gesundheitszustand des Studierenden und wüsste nicht, ob sie ihm überhaupt eine erfolgreiche Teilnahme bescheinigen könne.

Nr.: 45 Wie verfahren Sie in dieser Situation?

||

Nr.: 46 Nun sind wir fast am Ende des Fragebogens. Wir fragen Sie jetzt nach einigen Daten zu Ihrem Institut und Ihrer Position

Nr.: 47 **Wie lange sind Sie schon in Ihrer jetzigen Position an Ihrer Einrichtung tätig?**

- 0-3 Jahre
- 4-6 Jahre
- 7-10 Jahre
- mehr als 11 Jahre

Nr.: 48 **Welche Funktion haben Sie an Ihrer allgemeinmedizinischen Einrichtung?**

- administrative Tätigkeit (z.B. Lehrsekretariat)
- leitende Tätigkeit (z.B. Lehrstuhlinhaber/in, Lehrkoordinator/in)

Nr.: 49 **Wie viele Mitarbeiter sind an Ihrer allgemeinmedizinischen Einrichtung tätig?**

Geben Sie bitte die Personenzahl unabhängig von einem Beschäftigungsverhältnis in Voll- oder Teilzeit an

- 1-5 Personen
- 6-10 Personen
- 11-15 Personen
- 16-20 Personen
- mehr als 20 Personen

Nr.: 50 **Wie viele niedergelassene Ärzte sind bei Ihnen als Lehrbeauftragte* tätig?**

*mit Lehrbeauftragte meinen wir Ärzte, die aktiv als Dozenten an Lehrveranstaltungen teilnehmen. Lehrpraxen zählen nur dann dazu, wenn sie neben einem Vertrag als Lehrpraxis auch einen Vertrag als Lehrbeauftragte haben

- 0-10 Personen
- 11-20 Personen
- 21-30 Personen
- 31-40 Personen
- 41-50 Personen
- mehr als 50 Personen

Nr.: 51 Seit wie vielen Jahren besteht Ihre allgemeinmedizinische Einrichtung als eigenständiger Lehrstuhl?

- 0-10 Jahren
- 11-20 Jahren
- 21-30 Jahren
- 31-40 Jahren
- 41-50 Jahren
- (noch) kein Lehrstuhl vorhanden

Nr.: 52 Wollen Sie uns sonst noch etwas zum Thema Qualitätssicherung in der Lehre mitteilen?

maximal 2000 Zeichen

||

Nr.: 53 Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Die Ergebnisse werden nach Abschluss der Erhebung anonymisiert an die teilnehmenden Institute per E-Mail gesendet.

8.2 Qualitativer Teil

8.2.1 Probandeninformation

**Medizinische Fakultät
Institut für Allgemeinmedizin und
Interprofessionelle Versorgung**

**Prof. Dr. med. Stefanie Joos
Ärztliche Direktorin**

**Zuständiger Wissenschaftlicher
Mitarbeiter**

Dr. med. Roland Koch
Facharzt für Allgemeinmedizin
Studienbeauftragter
Telefon +49 7071 29-85223
Telefax +49 7071 29-5896

Probandeninformation zur Studie „Beiträge eines interprofessionellen Qualitätszirkels für die Verbesserung der Qualität der allgemeinmedizinischen Lehre in Deutschland“ (Arbeitstitel)

Sehr geehrte Damen und Herren,

Die oben genannte Studie beschäftigt sich mit der Qualitätssicherung in der allgemeinmedizinischen Lehre. Untersucht wird dabei die Arbeitsweise eines interprofessionellen Qualitätszirkels, der sich aus Lehrkoordinatoren*, Lehrbeauftragten, Medizindidaktikern, Lehrärzten und Studierenden zusammensetzt.

Die Studie besteht aus zwei Abschnitten:

a) Zunächst wird eine deutschlandweite Befragung aller Lehrbeauftragten, Lehrkoordinatoren und ärztlicher Leiter der allgemeinmedizinischen Institute durchgeführt.

Mittels eines Fragebogens sollen zum Einen die problematischen und funktionierenden Bereiche in der Lehre an dem jeweiligen Standort festgehalten werden und des Weiteren die individuellen Prozesse, die an den jeweiligen Instituten bei Problemen mit externen Lehrveranstaltungen ablaufen, abgebildet werden.

b) Diese Ergebnisse werden dem Tübinger Qualitätszirkel für allgemeinmedizinische Lehre präsentiert und im Rahmen einer Sitzung diskutiert.

Innerhalb von drei Wochen nach der Besprechung des Qualitätszirkels werden die Teilnehmer einzeln interviewt, um die interprofessionelle Arbeit im Qualitätszirkel aus ihrer Sicht zu beschreiben

Das Hauptziel dieser Studie ist das Aufzeigen von bereits existierenden Prozessen zur Qualitätssicherung externer Lehrveranstaltungen, sowie des Ist- und Sollzustandes in verschiedenen Bereichen der allgemeinmedizinischen Lehre. Daraus abgeleitet soll die Bedeutung eines interprofessionellen Qualitätszirkels zur Qualitätssicherung modelhaft abgebildet werden.

* Der Verständlichkeit halber wird die männliche Form stellvertretend für Personen jeglicher Geschlechtsidentität gewählt.

Im Abschnitt a) erhalten die Probanden einen Online-Fragebogen, indem sie zunächst gewichtet die Bereiche auswählen, die ihnen aktuell am problematischsten erscheinen und wie

der Idealzustand dieser Bereiche aussehen würde. Im weiteren Verlauf des Fragebogens werden ihnen verschiedene Problemsituationen im Umgang mit externen Lehrveranstaltungen beschrieben. Jeder Proband soll diese Fragen so beantworten, wie es an seiner Heimatuniversität aktuell gehandhabt wird.

Im Abschnitt b) werden die Ergebnisse aus a) zunächst allen Mitgliedern des Qualitätszirkels gemeinsam präsentiert und anschließend im Rahmen einer Qualitätszirkelsitzung interprofessionell bearbeitet. Anschließend finden Einzelinterviews mit allen Teilnehmern statt, in denen die jeweilige Sicht auf die stattgefundene Sitzung besprochen wird.

Die Interviews werden mit einem digitalen Audio-Aufnahmegerät mitgeschnitten und anschließend pseudonymisiert verschriftlicht (transkribiert). Pseudonymisiert bedeutet, dass jegliche Rückverfolgung auf persönliche Daten nur durch ein Vergleichen mit den Originalaufnahmen möglich ist. Die Transkripte werden anschließend einer qualitativen Inhaltsanalyse zugeführt. Hierbei wird der Text in kleine Abschnitte unterteilt und hieraus dann durch Textverdichtung ein Kategoriensystem gebildet.

Alle Transkripte und Ergebnisse der Auswertung können für Publikationszwecke (einschließlich Qualifizierungsarbeiten wie z. B. Dissertationen) und die medizinische Lehre verwendet werden.

Die Teilnahme an der Studie ist **freiwillig**. Sie können **jederzeit** und **ohne Angabe von Gründen** Ihr Einverständnis **zurückziehen**, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Es werden auf allen Ebenen die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen eingehalten. Bitte beachten sie hierzu das separate Informationsblatt zur Datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung.

Für weitere Fragen steht Ihnen das Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung unter der Telefonnummer 07071 29-85213 zur Verfügung.

Verantwortliche Person der Studie ist Frau Prof. Dr. Stefanie Joos (Institutsleiterin). Weitere beteiligte Wissenschaftler sind Herr Dr. med. Roland Koch (Projektleiter), Frau Marie-Theres Steffen (Doktorandin)

Universitätsklinikum Tübingen

Anstalt des öffentlichen Rechts
Sitz Tübingen
Geissweg 3 · 72076 Tübingen
Telefon +49 7071 29-0
www.medizin.uni-tuebingen.de
Steuer-Nr. 86156/09402
UST-ID: DE 146 889 674

Aufsichtsrat

Ulrich Steinbach
(Vorsitzender)

Vorstand

Prof. Dr. Michael Bamberg (Vorsitzender)
Gabriele Sonntag (Stellv. Vorsitzende)
Prof. Dr. Karl Ulrich Bartz-Schmidt
Prof. Dr. Ingo B. Autenrieth
Klaus Tischler

Banken

Baden-Württembergische Bank Stuttgart
BLZ 600 501 01 Konto-Nr. 7477 5037 93
IBAN: DE41 6005 0101 7477 5037 93
BIC (SWIFT-Code): SOLADEST600
Kreissparkasse Tübingen
BLZ 641 500 20 Konto-Nr. 14 144
IBAN: DE79 6415 0020 0000 0141 44
BIC (SWIFT-Code): SOLADES1TUB

8.2.2 Einverständniserklärung zum Datenschutz

**Medizinische Fakultät
Institut für Allgemeinmedizin und
Interprofessionelle Versorgung**

**Prof. Dr. med. Stefanie Joos
Ärztliche Direktorin**

**Zuständiger Wissenschaftlicher
Mitarbeiter**

Dr. med. Roland Koch
Facharzt für Allgemeinmedizin
Studienbeauftragter
Telefon +49 7071 29-85223
Telefax +49 7071 29-5896

Einverständniserklärung zur Studienteilnahme

Zur Teilnahme an der Studie „Beiträge eines interprofessionellen Qualitätszirkels für die Verbesserung der Qualität der allgemeinmedizinischen Lehre in Deutschland“ (Arbeitstitel)“

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass:

- Ich über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie insbesondere deren Ziele sowie die Dauer, den Ablauf, den Nutzen sowie die Risiken und Nebenwirkungen der Studienteilnahme aufgeklärt wurde
- alle meine Fragen zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden

Ferner bestätige mit meiner Unterschrift, darüber informiert worden zu sein,

- dass die Teilnahme an der Untersuchung **vollkommen freiwillig** ist und die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile **widerrufen** werden kann und
- ich mich jederzeit bei Fragen oder Problemen an die Studienverantwortliche/den Studienverantwortlichen unter den oben angegebenen Kontaktdaten wenden kann,
- ich eine Kopie des Aufklärungstextes und der Einwilligungserklärung erhalten habe

_____	_____	_____
Ort, Datum	Name Studienteilnehmer_In (Druckbuchstaben)	Unterschrift

_____	_____	_____
Ort, Datum	Name aufklärende Ärzt_In (Druckbuchstaben)	Unterschrift

**Medizinische Fakultät
Institut für Allgemeinmedizin und
Interprofessionelle Versorgung**

**Prof. Dr. med. Stefanie Joos
Ärztliche Direktorin**

**Zuständiger Wissenschaftlicher
Mitarbeiter**

Dr. med. Roland Koch
Facharzt für Allgemeinmedizin
Studienbeauftragter
Telefon +49 7071 29-85223
Telefax +49 7071 29-5896

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie „Beiträge einer interprofessionellen Zusammenarbeit für die Verbesserung der Qualität der allgemeinmedizinischen Lehre in Deutschland“

Informationen zum Umgang mit in der Studie erhobenen Daten

Im Rahmen der o.g. Studie werden personenbezogene Daten (Name, Alter, Geschlecht, Arbeitsplatz) erhoben und verarbeitet.

Die Dokumentation Ihrer Daten und deren Archivierung erfolgt pseudonymisiert in einer geschützten elektronischen Datenbank, zu der nur befugte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einschließlich auf das Berufs- und Datengeheimnis verpflichteter Doktorandinnen und Doktoranden Zutritt haben. Zur Überprüfung der korrekten Übertragung von Daten aus Tonaufnahmen während der Einzelinterviews in die verschlüsselte Studiendatenbank dürfen bevollmächtigte Personen (sogenannte Monitore) Einblick in die Daten nehmen, die mit der Studie im Zusammenhang stehen. Alle beteiligten Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht.

Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten können auch für künftige Forschungsvorhaben der Klinik bzw. des Instituts genutzt und weiterverarbeitet werden.

Die Verarbeitung und Nutzung der pseudonymisierten Daten erfolgt auf Erhebungsbögen und elektronischen Datenträgern im Regelfall für die Dauer von 10 Jahren, soweit der Zweck der Studie, z. B. bei Einbringung in eine Datenbank und bei Langzeitstudien keine längere Speicherdauer erfordert.

Die im Verlauf dieser Studie gewonnenen Informationen können für wissenschaftliche Zwecke auch an Kooperationspartner im Geltungsbereich der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung und an Kooperationspartner außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes, d.h. in Länder mit geringerem Datenschutzniveau (dies gilt auch für die USA) übermittelt werden. Soweit Ihre Daten in Länder mit geringerem Datenschutzniveau übermittelt werden, wird der Verantwortliche alle erforderlichen Maßnahmen treffen, um das Datenschutzniveau zu gewährleisten. Sollte dies nicht möglich sein, werden Ihre Daten lediglich dann übermittelt, wenn Sie in die vorgeschlagene Datenübermittlung ausdrücklich einwilligen, nachdem Sie über die für Sie bestehenden möglichen Risiken einer derartigen Datenübermittlung unterrichtet wurden.

Die Forschungsergebnisse aus der Studie werden in anonymisierter Form in Fachzeitschriften oder in wissenschaftlichen Datenbanken veröffentlicht. Bei der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse wird Ihre Identität nicht bekannt. Die Prüfarzte vor Ort können jedoch mit Hilfe einer Pseudonymisierungsliste bei Rückfragen die Daten zu Ihrer Person zurückführen.

Sie können jederzeit Auskunft über Ihre gespeicherten Daten anfordern sowie die Überlassung einer kostenlosen Kopie verlangen und haben das Recht, fehlerhafte Daten berichtigen zu lassen. Sie können auch jederzeit verlangen, dass Ihre Daten gelöscht oder anonymisiert werden, so dass ein Bezug zu Ihrer Person nicht mehr hergestellt werden kann. Diese Rechte sind nach § 13 des Landesdatenschutzgesetzes bzw. § 27 des Bundesdatenschutzgesetzes insoweit beschränkt, als diese Rechte voraussichtlich die Verwirklichung der jeweiligen Forschungszwecke unmöglich machen oder ernsthaft beeinträchtigen und die Beschränkung für die Erfüllung der jeweiligen Forschungszwecke notwendig ist. Das Recht auf Auskunft besteht darüber hinaus nicht, wenn die Daten für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung erforderlich sind und die Auskunftserteilung einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde.

Die Studienleiterin Prof. Dr. med. Stefanie Joos ist für die Datenverarbeitung und die Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen verantwortlich.

Bei Beschwerden können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten des Universitätsklinikums Tübingen oder den Landesdatenschutzbeauftragten des Landes Baden-Württemberg wenden.

Für die Erhebung, Speicherung, Nutzung und Weitergabe Ihrer Daten ist Ihre ausdrückliche Zustimmung durch Unterzeichnung der Einwilligungserklärung zum Datenschutz erforderlich.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten sind Art. 6, 7, 9, 89 der Datenschutz-Grundverordnung in Verbindung mit §§ 4, 5, 6, 8, 9, 12, 13 des Landesdatenschutzgesetzes Baden-Württemberg in der ab 25. Mai 2018 geltenden Fassung.

Einwilligungserklärung zum Umgang mit den in einer Studie erhobenen Daten:

Ich erkläre, dass ich mit der im Rahmen der Studie erfolgenden Erhebung und Verarbeitung von Daten und ihrer verschlüsselten (pseudonymisierten) Weitergabe einverstanden bin.

Ich stimme zu, dass bevollmächtigte Personen zum Zwecke der Überprüfung der Daten Einblick in die erhobenen Daten nehmen dürfen.

Mir ist bewusst, dass die Ergebnisse dieser Studie in medizinischen Fachzeitschriften veröffentlicht werden, allerdings in anonymisierter Form, so dass ein direkter Bezug zu meiner Person nicht hergestellt werden kann.

Ich wurde darüber informiert, dass ich jederzeit Auskunft über meine gespeicherten Daten und die Berichtigung von fehlerhaften Daten verlangen kann.

Ich weiß, dass ich jederzeit, beispielsweise beim Widerruf der Studienteilnahme, verlangen kann, dass meine bis dahin erhobenen Daten gelöscht oder unverzüglich anonymisiert werden.

Ich erkläre, dass ich über die Erhebung und Verarbeitung meiner in dieser Studie erhobenen Daten und meine Rechte angemessen informiert wurde.

Ich stimme der Verwendung der im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten in der oben beschriebenen Form zu.

Name (Druckbuchstaben)

Datum, Ort, Unterschrift

Kontaktinformationen: Datenschutzbeauftragter des Universitätsklinikums Tübingen
Calwerstraße 7/4, 72076 Tübingen, Tel. 07071 29-87667, E-Mail: dsb@med.uni-tuebingen.de

8.2.3 Interviewleitfaden

Leitfaden für Einzelinterviews zur Studie «Beiträge eines interprofessionellen Qualitätszirkels für die Verbesserung der Qualität der allgemeinmedizinischen Lehre in Deutschland»

Stand 18.12.2018

I. Einleitung
Vorstellung Doktorandin, Erklärung von Sinn und Zweck der Studie, Hinweis auf Freiwilligkeit, Aufzeichnung und Datenschutz und anonymisierte Veröffentlichung der Daten in Fachzeitschriften
Erklärung zum Ablauf des Interviews
II. Eingangsfragen / Warm-Up
Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Thema Qualitätssicherung in der allgemeinmedizinischen Lehre?
Sie haben sich in der letzten Sitzung des Qualitätszirkels mit dem Thema XY auseinandergesetzt. Wie wurde das Thema XY im Qualitätszirkel bearbeitet?
III. Hauptfragen
Wie bringen Sie sich in den Qualitätszirkel ein?
Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit der Teilnehmer?
Wie beschreiben Sie den Ablauf einer Sitzung des Qualitätszirkels?
Was passiert zwischen den einzelnen Sitzungen?
Was trägt zu einer erfolgreichen Sitzung bei?
Wie beschreiben Sie das Ergebnis der Arbeit in der letzten Sitzung?
Was hat sich am Qualitätszirkel seit Ihrer ersten Teilnahme geändert?
Wie beschreiben Sie den Effekt des Qualitätszirkels auf die allgemeinmedizinische Lehre?
IV. Schlussfrage / Wrap-Up
Was wollen Sie mir in diesem Zusammenhang noch sagen?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

9 Erklärung zum Eigenanteil

Die Arbeit wurde in dem Institut für Allgemeinmedizin und interprofessionelle Versorgung unter Betreuung von Prof. Dr. med. Stefanie Joos durchgeführt.

Die Konzeption der Studie erfolgte in Zusammenarbeit mit Dr. med. Roland Koch.

Die Erhebungen im quantitativen Teil und die statistische Auswertung erfolgten eigenständig durch mich.

Sämtliche Interviews, Transkriptionen und qualitative Auswertungen wurden von mir eigenständig durchgeführt. Die qualitativen Auswertungen erfolgten im Rahmen der Methodik mit Unterstützung von Dr. med. Roland Koch und mit Beratung durch Christine Preiser aus der Forschungswerkstatt qualitative Forschungsmethoden.

Ich versichere, das Manuskript selbständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Winnenden, den 06.09.2021

10 Veröffentlichungen

1. Koch, R., Steffen, M.-T., Braun, J. & Joos, S. (2021) *Are we prepared for the future? A mixed-method study on quality management in decentralized family medicine teaching*, *Medical Education Online*, 26:1, DOI: 10.1080/10872981.2021.1923114
2. Steffen, M.-T., Joos, S., Koch, R. (2020). *Die Bedeutung eines multiperspektivischen Qualitätszirkels für die Verbesserung der Qualität der allgemeinmedizinischen Lehre in Deutschland*. Online veröffentlicht auf: Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Zürich, 09.-12.09.2020. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2020. DOI: 10.3205/20gma072
3. Steffen, M.-T., Koch, R., Joos, S. (2019). *Qualitätssicherung dezentraler Lehrformate: Eine nationale Querschnittsbefragung im Rahmen einer gemischtmethodischen Studie*. Poster präsentiert auf: 53. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Erlangen, 12.-14.09.2019. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2019. DOI: 10.3205/19degam155

11 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all denen meinen Dank aussprechen, die mich auf vielfältige Weise bei der Vollendung dieser Dissertation unterstützt haben:

Zunächst möchte ich Prof. Stefanie Joos für die Möglichkeit und das Vertrauen danken, meine Dissertationsarbeit zu diesem anspruchsvollen Thema anfertigen zu können. Die Teilhabe an ihrem beträchtlichen Fachwissen im wissenschaftlichen Arbeiten und ihre konstruktiven Anregungen habe ich in der Fertigstellung dieser Dissertation sehr geschätzt.

Dr. Roland Koch danke ich für die verlässliche und offene Kommunikation während des gesamten Prozesses, für die beständige Zusammenarbeit auf Augenhöhe, sowie die exzellente Betreuung, wie ich sie mir nicht besser hätte vorstellen können und welche mich auch persönlich wachsen ließ.

Auch Christine Preiser danke ich für die niedrigschwellige und hervorragende fachliche Beratung in der qualitativen Auswertungsmethode.

Des Weiteren möchte ich den Mitgliedern des Qualitätszirkels für die herzliche Zusammenarbeit und aufgeschlossenen Teilnahme an dieser Studie danken.

Für die mühevollen Arbeit des Korrektorats dieser Arbeit danke ich Aymone Kurcz, Katharina Lüpfer, Salomé Patt, Miriam Suhr, Renate Wittenfeld und Lisa Zachrich.

Zuletzt möchte ich meinen Eltern Renate und Olaf danken, die mir während der gesamten Studienzeit die notwendige Sicherheit und Unterstützung gaben, diese Arbeit erstellen zu können.