

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
(Direktorin: Prof. Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz)

im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Qualitative Analyse der Erfahrungen niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte
mit gegenseitigen Praxishospitationen im Rahmen der DEGAM-Kampagne für
Hospitationen hausärztlicher Praxisteams

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von
Martin Douglas Williamson
aus Offenbach am Main

Kiel 2021

1. Berichterstatterin: Prof. Dr. Hanna Kaduszkiewicz

2. Berichterstatterin: Prof. Dr. Frauke Nees

Tag der mündlichen Prüfung: 17.01.2023

Zum Druck genehmigt, Kiel, den 04.10.2022

gez.: Prof. Dr. Wolfgang von Gahlen-Hoops

(Vorsitzender der Prüfungskommission)

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Kompetenzerhalt in der Medizin	1
1.2	Medizindidaktik	2
1.3	Peer Review	2
1.3.1	Allgemeines	2
1.3.2	Stellenwert des direkten Beobachtens	3
1.3.3	Forschung zu Peer Reviews in Hausarztpraxen	4
1.3.4	Weitere internationale Beispiele für hausärztliche Peer Review-Projekte	6
1.3.5	Peer Review ohne direktes Beobachten	9
1.4	Die Kampagne der DEGAM für hausärztliche Praxishospitationen	9
1.5	Forschungsfragen	11
2	Methoden	13
2.1	Auswahl der Methodik	13
2.2	Stichprobe	13
2.3	Entwicklung und Aufbau des Interviewleitfadens	14
2.4	Durchführung der Interviews	15
2.5	Kodieren der Transkripte	15
3	Ergebnisse	16
3.1	Deskriptive Merkmale der Stichprobe	16
3.1.1	Zahl und Art der durchgeführten Hospitationen	16
3.1.2	Charakteristika der befragten Ärztinnen und Ärzte bzw. ihrer Praxen	16
3.1.3	Charakteristika der Hospitationspartner bzw. Hospitationspartnerinnen	18
3.1.4	Zahl der Teilnehmenden pro Hospitation	19
3.2	Organisation und Inhalte der Hospitationen	21
3.2.1	Motive	22
3.2.2	Auswahl der Hospitationspartner bzw. Hospitationspartnerinnen	24
3.2.3	Konkreter Ablauf der Hospitationen	28
3.2.4	Inhalte des kollegialen Austauschs	37
3.2.5	Effekte und Auswirkungen	41
3.2.6	Kommunikation des Feedbacks	49
3.3	Ansichten und Meinungen	54

3.3.1	Wirtschaftliche Aspekte	55
3.3.2	Hospitieren in konkurrierenden Praxen	57
3.3.3	Hinderungsgründe und Barrieren für Hospitationen	60
3.3.4	Fazit zu Hospitationen und Zukunftspläne	63
3.3.5	Ausmaß der (Struktur-) Vorgaben.....	65
3.3.6	Höhere Beteiligung erreichen.....	68
3.3.7	Weitere Entwicklungsmöglichkeiten.....	71
3.3.8	DEGAM-Hospitation vs. nicht-DEGAM-Hospitation	73
4	<i>Diskussion</i>	75
4.1	Antworten zu den Forschungsfragen im Einzelnen	75
4.1.1	Wie gestalteten die Teilnehmenden den Ablauf der Hospitationen?	75
4.1.2	Welche Themen wurden während der Hospitationen diskutiert?.....	76
4.1.3	Welche Veränderungen wurden im Anschluss in den Praxen vorgenommen?.....	77
4.1.4	Lassen sich auf Basis dieser Erfahrungen Empfehlungen für die weitere Implementierung ableiten und wenn ja, welche?.....	77
4.2	Stärken und Schwächen der Arbeit.....	82
4.2.1	Stärken.....	82
4.2.2	Schwächen	83
4.3	Ausblick	86
4.3.1	DEGAM.....	86
4.3.2	Ärzttekammer Schleswig-Holstein.....	86
5	<i>Zusammenfassung</i>	87
6	<i>Literatur</i>	88
7	<i>Anhänge</i>	93
7.1	Abkürzungsverzeichnis.....	93
7.2	Leitfaden und Checklisten der DEGAM.....	94
7.3	Interviewleitfaden.....	98
8	<i>Danksagung</i>	103

1 Einleitung

1.1 Kompetenzerhalt in der Medizin

Der stetige medizinische Fortschritt und die damit verbundene Zunahme des medizinischen Fachwissens erfordern es, dass sich Ärztinnen und Ärzte über ihr gesamtes Berufsleben hinweg regelmäßig fortbilden müssen, um ihr Handeln an den jeweils aktuellen medizinischen Standards auszurichten. Die damit verbundenen Aktivitäten und Methoden werden mit den Begriffen „Continuing Medical Education“ (CME) oder „Continuing Professional Development“ (CPD) zusammengefasst (1). CME umfasst alle Aktivitäten, die dem medizinischen Kompetenzerhalt dienen. CPD ist ein etwas neuerer Begriff und beschreibt eine Kultur des Lernens, bei der das individuelle Erkennen von Lernbedarfen und das Verfolgen eines längerfristigen Plans zur professionellen Weiterentwicklung die zentrale Rolle spielen. Dabei geht es nicht nur um medizinische Fertigkeiten und Kenntnisse, sondern auch um die Weiterentwicklung anderer, für die ärztliche Arbeit ebenfalls wichtiger Kompetenzen, wie beispielsweise Kommunikationsfähigkeit, Managementfertigkeiten und vieles mehr (2).

Ärztinnen und Ärzte verhalten sich im hausärztlichen Versorgungsalltag teilweise deutlich anders als unter künstlichen Examensbedingungen. Eine Studie mit niederländischen Hausärztinnen und Hausärzten konnte beispielsweise zeigen, dass das Verhalten der Teilnehmenden unter Examensbedingungen (mit Schauspielpatienten) nur schwach bis gar nicht mit ihrem Verhalten im realen Praxisalltag korreliert (3). In einer anderen Studie gelang es zwar, stabilere Korrelationen zu messen, dafür wurden diese wiederum stark von der Reihenfolge der Evaluationsmethoden beeinflusst (4). Es erscheint somit fraglich, inwieweit es sinnvoll ist, aus künstlichen Prüfungssituationen valide Rückschlüsse auf die gelebte Praxis zu ziehen. In der Diskussion rund um den Kompetenzerhalt richtet sich der Blick daher auch darauf, was Ärztinnen und Ärzte in der Praxis tatsächlich tun, und nicht nur darauf, wozu sie theoretisch in der Lage wären. Dies schlägt sich etwa seit den 1990er Jahren auch in der Entwicklung von praxisbasierten Qualitätszertifikaten und CPD-Systemen wie beispielsweise dem britischen „Fellowship by assessment“ nieder (5). In vielen Ländern sind Ärztinnen und Ärzte zur Teilnahme an CME/CPD verpflichtet und müssen dies offiziellen Stellen gegenüber nachweisen (6). Häufig geschieht dies über ein Punktesystem, bei dem nach der Teilnahme an zertifizierten Fortbildungsangeboten entsprechende CME-Punkte gutgeschrieben werden. Auch in Deutschland müssen Fachärztinnen und Fachärzte alle 5 Jahre den Nachweis über mindestens 250 CME-Punkte nach den Kriterien der Bundesärztekammer erbringen (7). Falls dies nicht geschieht, drohen den betreffenden Personen nach §95d Abs. 3 SGB V finanzielle Sanktionen.

1.2 Medizindidaktik

Grundsätzlich stehen zur Vermittlung medizinischen Wissens und entsprechender Fertigkeiten verschiedene Möglichkeiten der Fortbildung mit unterschiedlichen didaktischen Konzepten zur Verfügung. Im CME-Punktesystem sind diese je nach Länge und Konzeption mit unterschiedlichen CME-Punktwerten berücksichtigt. Ziel der CME/CPD-Aktivitäten ist, dass das gelernte Wissen in der Patientenversorgung tatsächlich Anwendung findet, d.h. ggf. zu einer Verhaltensänderung führt. Ärztinnen bzw. Ärzte unterscheiden sich dabei individuell in ihren Arbeitsstilen. Entsprechend unterschiedlich sind auch die Trigger, die im Einzelfall eine Verhaltensänderung auslösen. Zu diesen Triggern zählen z.B. Impulse aus dem kollegialen Austausch, eigene Erfahrungswerte, Fortbildungsinhalte, aber auch finanzielle Anreize oder Vorgaben von politischer Seite (8, 9). Zu den relevanten Impulsen aus dem kollegialen Umfeld kann auch selbständiges Lernen unter Kollegen oder der Umgang mit Patientinnen und Patienten unter Supervision gezählt werden (10, 11). Befragt man Ärztinnen und Ärzte, was letztlich zu Änderungen ihrer Praxis führt, so sind es meist mehrere dieser Faktoren, die jeweils zusammentreffen und die Änderung bewirken (12).

Passend zu diesen Erkenntnissen geht man inzwischen davon aus, dass Kombinationen aus mehreren didaktischen Maßnahmen sowie interaktiv gestaltete Lernkonzepte am besten geeignet sind, Verhaltensänderungen herbeizuführen (13, 14). Zu diesen interaktiven Konzepten zählen beispielsweise Audit und Feedback (bei dem die selbst gelebte Praxis der jeweils optimalen Herangehensweise gegenübergestellt wird), verschiedene Systeme aus individuellen Schulungen, die teils direkt in den Praxen stattfinden, wie das sog. „Practice Support Program“ aus Kanada (15) und Peer Reviews (die weiter unten genauer thematisiert werden), um nur einige zu nennen (13, 16-18). Isolierte und wenig interaktive Formate, (z.B. schriftliche Informationsmaterialien oder Frontalunterricht) führen hingegen kaum zu Veränderungen. Bislang sind es aber gerade diese Konzepte, die am häufigsten angewendet werden (19, 20). Die vorliegende Arbeit nimmt Bezug auf Erfahrungen und Erkenntnisse im Zusammenhang mit dem Konzept der Peer Reviews, auf die im Folgenden genauer eingegangen wird.

1.3 Peer Review

1.3.1 Allgemeines

Unter „Peer Review“ (= engl. „Peer“: der/die Ebenbürtige, engl. „Review“: die Beurteilung/Überprüfung) versteht man Konzepte, die darauf basieren, dass professionelles Handeln von Kolleginnen bzw. Kollegen des gleichen Ausbildungsniveaus und der gleichen Fachrichtung beobachtet und evaluiert wird. Dies erfolgt je nach Ansatz mit sehr unterschiedlich ausgeprägten Strukturvorgaben und Kriterien. Am Ende eines Peer Reviews erfolgt die Rückmeldung der Ergebnisse an die beobachteten Personen. Zum Teil werden diese Ergebnisse durch geschulte Moderatorinnen und Moderatoren aufgearbeitet und präsentiert. Die daraus entstehende Diskussion

bildet die Basis für Veränderungen und Verbesserungen der praktischen Tätigkeit. Peer Reviews gelten als ein effektives Verfahren, Verhaltensänderungen auf vielen Ebenen des ärztlichen Handelns herbeizuführen (21). Die angestrebte Verhaltensänderung kann unterschiedlichen Zielen dienen. Häufig werden Peer Reviews vor dem Hintergrund der Qualitätssicherung im Gesundheitssystem konzipiert, wie beispielsweise in den Niederlanden (siehe auch Abschnitt 1.3.3 und 1.3.4). Peer Reviews können aber auch eher formativen Charakter haben und dem gegenseitigen Lernen im Sinne einer Fortbildung gewidmet sein. Die Übergänge sind teilweise fließend, wie sich z.B. am Selbstverständnis einiger Projekte in Australien (siehe auch Abschnitt 1.3.4) zeigt. Um Verhalten im Praxisalltag positiv zu beeinflussen ist es nicht nur notwendig, eigene Defizite und Lernbedarfe zu erkennen, sondern auch realisierbare Wege zur Umsetzung von Verbesserungen zu finden (22, 23). Das Setting der Peer Reviews im direkten Praxisalltag birgt die Möglichkeit, in einem Arbeitsgang eine kritische Reflexion des eigenen Handelns vorzunehmen, und im Sinne eines Lernens durch Beobachten mögliche Verbesserungswege direkt zu erkennen (24).

Wichtig ist, dass Peer Reviews in einer Atmosphäre stattfinden, in der auch Probleme oder echte Fehlleistungen der Praxis angstfrei besprochen werden können. Es empfiehlt sich, dass kein Sanktionsdruck auf Peer Reviews lastet, und die Inhalte bzw. Ergebnisse vertraulich bleiben. Zum Erhalt dieses Vertrauens sollten Peer Reviews organisatorisch in der Hand der ärztlichen Selbstverwaltung sein, und nicht z.B. staatlichen Aufsichtsbehörden oder Ähnlichem unterstellt werden (24-26).

Diese Arbeit beschäftigt sich aus Gründen der Übersichtlichkeit nur mit Peer Review im primärärztlichen Kontext. Peer Review im spezialärztlichen oder stationären Sektor wird hier nicht thematisiert.

1.3.2 Stellenwert des direkten Beobachtens

Bei manchen Peer Review-Systemen werden die Arzt-Patienten-Kontakte durch die Besuchenden direkt beobachtet. Beim direkten Beobachten der Konsultationen können sich die Besuchenden ein sehr konkretes Bild des professionellen Verhaltens der Besuchten unter realen Alltagsbedingungen machen. Direktes Beobachten wird daher mittlerweile nicht nur zur Evaluation ärztlichen Verhaltens, sondern auch zu Ausbildungszwecken empfohlen (27). Aus dem Studierendenunterricht ist bekannt, dass direktes Beobachten realer Konsultationsgespräche anstelle rein mündlicher Fallbesprechungen hilft, ein differenzierteres Bild der Fertigkeiten von Medizinstudierenden zu erhalten. Es bietet daher eine gute Möglichkeit, den weiteren didaktischen Weg individueller auf die jeweiligen Lernbedürfnisse der Studierenden anzupassen (28). Ähnliches wurde bei Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung festgestellt. Direktes Beobachten ermöglicht es, alltagsrelevante Fehler und Defizite bei Assistenzärztinnen und -ärzten zu entdecken, die sonst unerkannt geblieben wären (29). Pilotprojekte der Uni Pittsburgh zeigten, dass Ärztinnen und Ärzte, die in der Notaufnahme

zunächst von erfahreneren Kolleginnen bzw. Kollegen passiv beobachtet wurden und anschließend Feedback bekamen, sich im Vergleich zu einer Kontrollgruppe sicherer im Umgang mit Patienten fühlten. Darüber hinaus konnten im Vergleich zu simulierten Konsultationen mit Schauspielpatienten besonders schwierige Kommunikationsprobleme besser entdeckt werden. Auch hier ließen sich individuelle Stärken und Schwächen besser erkennen und individuelle Lösungen finden (30, 31). Diese Konzepte erfordern allerdings zusätzliche zeitliche und personelle Ressourcen. Je nach Zielsetzung kann es zudem recht aufwendig sein, sinnvolle und praktikable Bewertungskriterien zu erstellen bzw. eine gute Inter-Rater-Reliabilität zu gewährleisten (28, 29).

In diesem Zusammenhang wird gelegentlich der sog. Hawthorne-Effekt erwähnt. Er beschreibt den Umstand, dass Personen unter Beobachtung ein anderes Verhalten zeigen als ohne Beobachtung (32). Übertragen auf Sprechstundenkonsultationen könnte dies bedeuten, dass die beobachteten Ärztinnen und Ärzte in den beobachteten Konsultationen besser behandeln und beraten als sonst. Somit könnte bei den Beobachtenden ein falscher Eindruck der Realität entstehen, was ein Nachteil wäre. Jüngere Literatur zeigte jedoch, dass der Hawthorne-Effekt zumindest in der hausärztlichen Sprechstunde bereits nach wenigen Konsultationen abnimmt und – sofern das erwünscht ist – mit einigen Verhaltensregeln für die beobachtenden Personen nahezu völlig eliminiert werden kann (33).

Von Seiten der Teilnehmenden wird direktes Beobachten zu Schulungs- und Evaluationszwecken häufig als sehr lehrreich und wertvoll bezeichnet. Diese Einschätzung basiert allerdings meist auf subjektiven und individuellen Eindrücken. Bislang gibt es kaum Erkenntnisse, inwiefern direktes Beobachten einen Einfluss auf eindeutig messbare Endpunkte (z.B. Mortalität d. Patienten, Reduktion von Beinahe-Fehlern, etc.) hat. Dies gilt sowohl für die Frage, ob dieses personalintensive Verfahren Nachteile in der unmittelbaren Patientenversorgung nach sich ziehen könnte, als auch für die Frage, ob die beobachteten Ärztinnen und Ärzte später in ihrer Karriere im Vergleich zu anderen eine bessere medizinische Versorgung gewährleisten (34).

1.3.3 Forschung zu Peer Reviews in Hausarztpraxen

Die Entwicklung von Peer Review-Systemen für Hausarztpraxen bzw. die Forschung zu den Effekten solcher Peer Reviews reicht zurück bis in die 1970er/1980er Jahre. Wesentliche Forschungsarbeiten dazu wurden in den Niederlanden durchgeführt.

Die Arbeitsgruppe um Richard Grol (Universität Nijmegen) begann in den 1980er Jahren damit, Konzepte für strukturierte Praxisbesuche zwischen niederländischen Hausarztpraxen zu entwickeln und zu evaluieren. Zu der Zeit wuchs der politische Druck auf die ärztliche Selbstverwaltung, belastbare Belege für die Wirksamkeit ihrer medizinischen Qualitätssicherung zu liefern (35). Grol definierte Peer Review als: „continuous, systematic, and critical reflection by a number of care providers, on their own and colleagues' performance, using structured procedures, with the aim of

achieving continuous improvement of the quality of care”¹ (36). Seine Arbeitsgruppe entwickelte unterschiedliche Peer Review-Abläufe, um meist die Strukturqualität (z.B. technische Ausstattung, Organisation bestimmter Abläufe, Führung der Patientenakten...) der Arztpraxen zu evaluieren und Verbesserungen in diesen Bereichen auszulösen. In einigen Fällen war auch der klinische Umgang mit häufigen Krankheitsbildern inhaltlicher Bestandteil der Peer Reviews. Hausärztliche Arbeitsgruppen entwickelten unter seiner Leitung Qualitätskriterien zu verschiedenen Aspekten der Praxisführung sowie der medizinischen Arbeit und formulierten daraus Standards bzw. Checklisten. Die Teilnehmenden der Peer Reviews erhielten daraufhin Schulungen zu diesen Inhalten, um sich anschließend bei ihren gegenseitigen Peer Reviews anhand dieser Qualitätskriterien zu evaluieren und darauf aufbauendes Feedback zu geben. Die Motivation zur Teilnahme an Peer Reviews war aus Sicht der Teilnehmenden u.a. das Bedürfnis, Wissenslücken zu schließen, Arzt-Patienten-Kontakte besser zu strukturieren, sich fortzubilden, aber auch Neugier. In der Vorbereitung wurden auch die Barrieren des Konzepts erkannt und diskutiert, zu denen z. B. die Angst vor Kritik bzw. dem Urteil der Kollegen sowie Zeitprobleme zählten (37). Nicht immer, und dann auch nur für wenige Stunden, war das direkte Beobachten der Konsultationen Bestandteil der Peer Reviews. Dies konnte entweder durch direkte Anwesenheit des Peers geschehen, oder ersatzweise durch Tonbandaufnahmen, die anschließend gemeinsam diskutiert wurden. Den Abschluss der Peer Reviews bildete jeweils eine Feedbackrunde bzw. ein schriftlicher Bericht, um den Praxen Anregungen zur Verbesserung zu geben. Grols Konzepte sahen dabei teilweise vor, dass diese Prozedur sich regelmäßig wiederholen sollte, um zu erreichen, dass die Verbesserungen nachhaltig wirken bzw. sich eine Kultur der stetigen Weiterentwicklung etabliert. Die Teilnehmenden empfanden die Peer Reviews als sehr wertvolle Erfahrung, welche sowohl bei Beobachterinnen und Beobachtern wie auch bei den Beobachteten Lerneffekte und Veränderungen hervorrief (38, 39).

Grol konnte in einer Studie anhand von etwa 1300 Arzt-Patienten-Kontakten bei über 240 teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten zeigen, dass die Peer Reviews u.a. zu leitliniengerechterer Therapie und zu weniger Medikamentenverordnungen führten (21). In einer anderen Studie zeigte sich, dass Teilnehmende der Peer Reviews die Praxisbesuche zudem für wesentlich effektiver im Auslösen von Verhaltensänderungen hielten als herkömmliche CME-Fortbildungen (z.B. lokale bzw. nationale CME-Fortbildungstreffen, Fortbildungsveranstaltungen der lokalen Krankenhäuser, etc.) (36, 40).

¹ In Deutschland definiert die Bundesärztekammer Peer Review sehr ähnlich: „Ärztliches Peer Review ist definiert als kritische (Selbst-)Reflexion des ärztlichen Handelns im Dialog mit Fachkollegen – unter Verwendung eines strukturierten Verfahrens mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung“ (*Bundesärztekammer. (2013): Curriculum Ärztliches Peer Review. 2. Aufl. Bundesärztekammer, Berlin.*).

1.3.4 Weitere internationale Beispiele für hausärztliche Peer Review-Projekte

1.3.4.1 Australien

Ende der 1980er / Anfang der 1990er Jahre existierte für einige Jahre in Tasmanien (Australien) ein freiwilliges Peer Review-Projekt für Hausarztpraxen. Interessierte konnten sich im Rahmen des „Interpractice Visits Program“ des Royal Australian College Of General Practitioners (RACGP) gegenseitig in ihren Praxen besuchen. Speziell entwickelte Evaluationsbögen wurden genutzt, um verschiedene Aspekte der Praxisführung, der Dokumentation und der Arzt-Patienten-Interaktion zu beurteilen. Das Beobachten der Konsultationsgespräche war fester Teil der Praxisbesuche. Eine Evaluation des Programms nach 5 Jahren zeigte sehr positive Rückmeldungen durch die Teilnehmenden. Zu dem Zeitpunkt hatten etwa 70 der ungefähr 450 in Tasmanien tätigen Hausärztinnen und Hausärzte teilgenommen (24, 41). In den Folgejahren kam das Projekt jedoch zum Erliegen², wenngleich es zumindest bis etwa Ende der 1990er Jahre weiterhin möglich war, CME-Punkte durch gegenseitige Praxisbesuche zu erlangen (42).

Die Evaluation zeigte, dass die Teilnehmenden ihre Besuche meist als sehr stimulierend und informativ wahrnahmen und sich größtenteils sowohl auf Seiten der Besucher als auch der Besuchten relevante Lerneffekte einstellten. Die Atmosphäre wurde als freundlich und konstruktiv bezeichnet. Ca. 75% der Teilnehmenden hatten sich in einem der folgenden Jahre erneut für das Programm angemeldet. Daten über mögliche Effekte auf die Qualität der Patientenversorgung wurden nicht erhoben (24). Eine weitere Evaluation konzentrierte sich auf demographische Daten der Teilnehmenden und inhaltliche Analysen der verwendeten Formulare. Unter anderem zeigte sich, dass insbesondere Frauen, Einzelpraxen und bestimmte Altersgruppen (sehr junge und sehr alte Ärztinnen bzw. Ärzte) unterrepräsentiert waren. Zudem schien sich ab einem gewissen Punkt der Kreis der Teilnehmenden stets zu wiederholen, was darauf hindeutet, dass das Projekt nur einen Teil der Ärzteschaft ansprach. Die Analyse der Feedbackformulare ergab unter anderem, dass die Teilnehmenden sich gegenseitig zu ihrer Arzt-Patienten-Interaktion sehr gut evaluierten, andererseits z.B. ihre jeweilige Sorgfalt in der Führung der Krankenakten kaum thematisierten. Die Autoren vermuteten, dass entweder diejenigen, die sich für dieses Projekt begeisterten, schon im Vorhinein sehr gute Kommunikationsfertigkeiten besaßen, oder die Teilnehmenden sich bei der Durchführung des Feedbacks unsicher fühlten, sich lieber auf „sichere“ Positionen zurückzogen und dadurch zu übertrieben positiven Einschätzungen tendierten. Weitere denkbare Ursachen (und Verbesserungsmöglichkeiten) sahen die Autoren bei der konkreten Formulierung einiger Formulare und anderen strukturellen Faktoren. Die Teilnehmenden sprachen sich dafür aus, dass diese Peer Reviews einmal pro Jahr stattfinden sollten (41).

² Quelle: Persönliche E-Mail-Kommunikation mit Dr. Ralph Barnes, Organisator und Teilnehmer des Interpractice-Visits-Program, sowie mehreren Mitarbeitern bzw. Mitarbeiterinnen des Royal Australian College of General Practitioners, Februar bis April 2016.

Eine weitere Version eines Peer Reviews im hausärztlichen Bereich, nämlich der gegenseitige Praxisbesuch unter Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung, wurde im Rahmen einer kleinen Studie Mitte der 2000er Jahre in ländlichen Regionen Australiens untersucht. Die acht Teilnehmenden bekamen verschiedene Schulungsunterlagen, anhand derer sie Konsultationen kritisch beobachten bzw. Feedback dazu geben sollten. Im Anschluss wurden sie zu ihren Erfahrungen qualitativ befragt. Die Rückmeldungen waren sehr positiv, und die Teilnehmenden berichteten von Lerneffekten in ganz unterschiedlichen Bereichen (z.B. Herangehensweisen in der klinischen Behandlung, Besonderheiten unterschiedlicher Regionen/Praxen, Selbstreflexion zu Stärken und Schwächen...). Die Mehrzahl wünschte sich, dass diese Form des Austauschs häufiger möglich wäre (43).

Für die Zwecke der Facharztweiterbildung findet sich in Australien heutzutage ein weiteres System, bei dem Praxisbesuche mit direktem Beobachten der Sprechstunde zentrale Bestandteile sind. Als Ergänzung zur Ausbildung durch die jeweils weiterbildungsbefugten Praxisinhaber bzw. Praxisinhaberinnen werden Weiterzubildende im Fach Allgemeinmedizin zusätzlich regelmäßig von Weiterbildungsbefugten anderer Praxen besucht, beobachtet und evaluiert. Dieses System ist unter dem Namen „External Clinical Teaching Visit“ (ECTV) bekannt und existiert seit Mitte der 1980er Jahre (44). Einschränkend ist zu erwähnen, dass dieses Konzept nicht als Peer Review im engeren Sinne betrachtet werden kann, da die besuchenden Ärztinnen und Ärzte einen anderen, höheren Ausbildungsstand haben als die besuchten Ärztinnen und Ärzte. Evaluationen aus den Jahren 2009 bis etwa 2012 zeigen, dass die Besuche sehr positiv wahrgenommen werden. Die Praxisbesuche sowie das Feedback wurden von ca. 90% der Befragten als hilfreich empfunden. Etwa 30% der befragten Weiterbildungsbefugten berichteten im Anschluss von Veränderungen in der Praxistätigkeit ihrer Weiterzubildenden. Interessant ist, dass auch die eigentlichen Peers der Besuchenden, nämlich die ausbildenden Praxisinhaber bzw. Praxisinhaberinnen, in mehr als der Hälfte der Fälle Änderungen ihrer eigenen Ausbildungspraxis vornahmen (45, 46). Es liegt die Vermutung nahe, dass hier die Peers (sprich: besuchende und besuchte Weiterbildungsbefugte) offenbar auch einen direkten Effekt aufeinander im Sinne eines Peer Reviews haben.

Um ein noch besseres Abbild vom tatsächlichen Verhalten im praktischen Alltag zu bekommen, bzw. ein noch objektiveres Feedback zu ermöglichen, werden inzwischen im Rahmen des sog. „ARCADO ECTV“ nicht nur die Arzt-Patienten-Kontakte des betreffenden Tages beobachtet, sondern auch länger zurückliegende Konsultationen einbezogen, indem einige ältere Patientenakten zufällig ausgewählt und beurteilt werden (44, 47).

1.3.4.2 Niederlande

Neben den Forschungsprojekten der Arbeitsgruppe um Richard Grol gab bzw. gibt es in den Niederlanden noch weitere hausärztliche Peer Review-Konzepte in der Hand der ärztlichen Selbstverwaltung.

In den 1980er Jahren wurde von der „Nederlands Huisartsen Genootschap“ (NHG) ein solches Konzept vorgelegt. Die Basis, auf der das gegenseitige Feedback zur Praxisführung erfolgen sollte, war sehr breit gefächert: Neben der eigentlichen Hospitation in den Praxen bzw. in der Sprechstunde wurden von den Teilnehmenden Fragebögen bzw. Selbstauskunftsbögen zu ihren Praxen ausgetauscht und Tonbandaufnahmen aus ausgewählten Konsultationen ausgewertet und besprochen (48). Nach Aussage von Hombergh (49) kam dieses System jedoch nie nennenswert zur Anwendung. Die Gründe dafür gehen aus der Literatur nicht hervor.

Heutzutage existiert unter dem Stichwort „*Visitatie*“ ein in Teilen ähnliches Verfahren, dem sich jede Hausarztpraxis alle fünf Jahre unterziehen muss. Im Vergleich zu Grol (s.o.) wurde von den Entwicklern des *Visitatie*-Systems die Definition von Peer Review etwas erweitert, mit einer zusätzlichen Betonung darauf, dass Peer Reviews in den Räumlichkeiten der zu bewertenden Praxis/Klinik stattfinden, und sich auf organisatorische Aspekte konzentrieren sollten (50). Den Ausgangspunkt eines „*Visitatie*“ bildet eine ausführliche schriftliche Selbstauskunft der Praxis u.a. mit Informationen zur Strukturqualität, sowie eine schriftliche externe Evaluation unter Mitwirkung der benachbarten Arztpraxen, des Praxispersonals sowie einiger Patientinnen und Patienten der jeweiligen Praxis. Die Arzt-Patienten-Gespräche werden nicht beobachtet oder bewertet. Auf Basis der gesammelten Informationen führen anschließend speziell für diese Aufgabe geschulte Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Medizinische Fachangestellte (MFA) ein strukturiertes Feedbackgespräch mit der Praxis (51). Die Ergebnisse bleiben vertraulich, um zu gewährleisten, dass die Praxen offen über Defizite und Probleme sprechen können (25).

1.3.4.3 Norwegen

In Norwegen sind gegenseitige Praxisbesuche seit den frühen 1990er Jahren als CPD-Aktivität fest etabliert und bilden neben Qualitätszirkeln³ und klassischen Fortbildungen die dritte wesentliche Möglichkeit, CME-Punkte zu erhalten (52, 53). Bereits während der Facharztweiterbildung ist das Durchführen von Praxisbesuchen Pflicht (54). Auch nach abgeschlossener Weiterbildung müssen Hausärztinnen und Hausärzte alle 5 Jahre gegenüber dem Norske Legeforening, einem Organ der ärztlichen Selbstverwaltung, den Nachweis über mindestens zwei gegenseitige Praxisbesuche (je einmal besuchen und einmal besucht werden) erbringen und Berichte über ihre Besuche verfassen. Für bis zu acht Praxisbesuche innerhalb eines Fünf-Jahres-Zeitraums können CME-Punkte gutgeschrieben werden⁴. Bei größeren Praxen werden auch Besuche innerhalb des Kollegiums derselben Praxis als Praxisbesuch anerkannt. Mehrere Varianten der Praxisbesuche sind möglich: Sie reichen vom stillen Beobachten der Konsultationen bis hin zum aktiven Mitwirken in der Sprechstunde einschließlich der Behandlung von Patientinnen und Patienten (55). Seit seiner

³ Qualitätszirkel sind Kleingruppen, die sich regelmäßig unter der Leitung ärztlicher Moderatorinnen bzw. Moderatoren treffen, um Themen der Qualitätssicherung zu diskutieren bzw. anzuwenden und zu reflektieren.

⁴ Quelle: Persönliche E-Mail-Kommunikation im Dezember 2016 mit dem Norske Legeforening, Medical professional department, Oslo.

Einführung ist nach Angaben des Norske Legeforening keine formale Evaluation zu diesem System durchgeführt worden. Dem Autor ist nur eine kleinere Publikation bekannt, in der vier Teilnehmende ein sehr positives Fazit zogen und von neuen Ideen für die eigene Praxisführung berichteten (52). Sie empfanden es als angenehme Erfahrung zu sehen, dass andere Kolleginnen und Kollegen ähnlich praktizieren, es aber dennoch genügend Unterschiede gäbe, um jedes Mal etwas Neues für sich zu entdecken. Zusätzlich stärkte das Konzept das Teamgefühl in einer Praxis, und helfe, Probleme zu entdecken, welche ohne die Rückmeldungen der Besuchenden nicht erkannt worden wären. Zugleich wurde aber auch erwähnt, dass es eine Herausforderung sein kann, sich von erfahrenen Kolleginnen und Kollegen über die Schulter schauen zu lassen. Es wurde daher empfohlen, sich für den Anfang Hospitationspartner bzw. Hospitationspartnerinnen zu suchen, die man schon kennt und denen man vertraut. Zum Abbau dieser Hürde gab es zumindest in der Anfangszeit Seminare u.a. zum gegenseitigen Kennenlernen (56), an denen man freiwillig teilnehmen konnte.

1.3.5 Peer Review ohne direktes Beobachten

In anderen Ländern existieren – neben dem aufgrund seiner Relevanz bereits genannten „Visitatie“ – z.T. weitere hausärztliche Peer Review-Systeme, die auf das direkte Beobachten verzichten, und in erster Linie auf Fragebögen oder Checklisten beruhen, die von geschulten Peers in den Praxen ausgefüllt und evaluiert werden. Bei diesen Systemen steht oft eher das Qualitätsmanagement im Vordergrund als das gemeinsame Lernen, beispielsweise in England (57) oder Kanada (58). Auf diese Peer Review-Systeme wird im Folgenden nicht weiter eingegangen, da sich die vorliegende Arbeit auf Erfahrungen mit direktem Beobachten der Konsultationen konzentriert.

1.4 Die Kampagne der DEGAM für hausärztliche Praxishospitationen

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) setzt sich als akademische Fachgesellschaft der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland für einen Wandel hin zu effektiveren Fortbildungen für hausärztliche Praxisteam ein (59). Peer Reviews bzw. gegenseitige Praxisbesuche stellen aus den bereits genannten Gründen einen vielversprechenden Ansatz dar. Im Jahr 2012 entwickelte die DEGAM daher ein Konzept zur Durchführung gegenseitiger Praxisbesuche für hausärztliche Praxisteam. Das hauptsächliche Ziel dieser sog. Praxishospitationen ist, dass beide Parteien voneinander lernen. Darüber hinaus soll das Hospitieren und das gegenseitige Feedback konstruktive Impulse für die Arbeit beider Seiten liefern (60). Der Begriff Hospitation (von lateinisch *hospitari* = zu Gast sein) beschreibt in der medizinischen Fortbildungskultur Situationen, in denen man zum Erweitern seiner Kenntnisse am Berufsalltag anderer medizinischer Fachkolleginnen bzw. Fachkollegen teilnimmt. Formale Kriterien hinsichtlich der Durchführung von Hospitationen existieren im Gegensatz zur Durchführung von Peer Reviews nicht. Im Vordergrund steht letztlich der Lerneffekt auf Seiten der Besuchenden (61). Die DEGAM verwendet zwar den Begriff der Hospitation, schließt in ihrem Konzept allerdings auch Aspekte des

Peer Reviews mit ein, indem sie zum einen die Teilnehmenden zum gegenseitigen Feedback anhält, und zum anderen Lerneffekte auf beiden Seiten (Besuchende und Besuchte) postuliert.

Das Konzept der DEGAM besteht im Wesentlichen aus fünf Regeln, auf deren Basis Hospitationen stattfinden sollen (Siehe auch Anhang, Seite 94/95):

- Die Patienten müssen mit der Anwesenheit der Hospitierenden einverstanden sein.
- Die besuchte Praxis soll sich authentisch darstellen.
- Die aktive Beteiligung der Hospitierenden während eines Patientenkontakts erfolgt nur nach Aufforderung.
- Ein wertschätzendes und konstruktives Feedback in ruhiger Atmosphäre sollte von den Hospitierenden angeboten werden.
- Hospitationen werden unentgeltlich durchgeführt.

Die DEGAM-Homepage enthält eine Adressenliste, auf der sich Praxen eintragen können, die bereit sind, Praxisteams bei sich hospitieren zu lassen. Auf diese Weise können interessierte Praxen miteinander Kontakt aufnehmen, um eine Hospitation zu planen (62).

Der bürokratische Aufwand ist bewusst sehr niedrig gehalten, um keine unnötigen Widerstände gegenüber der Grundidee zu erzeugen. Abgesehen von einer Schweigepflichterklärung, die sich die hospitierenden Parteien gegenseitig aus Datenschutzgründen ausstellen sollen, gibt es kein verpflichtendes Formular. Zur freiwilligen Nutzung stellt die DEGAM darüber hinaus ein zweiseitiges Formular (sog. Checkliste) zur Verfügung, mit dem die Hospitierenden sich während der Hospitation Notizen als Basis für das Feedback machen können (Siehe Anhang Seite 96/97). Bei den Landesärztekammern können CME-Punkte für die Hospitierenden beantragt werden. Nach dem aktuellen Verständnis der Bundesärztekammer erfüllt das DEGAM-Konzept nicht die administrativen Kriterien eines Peer Reviews (63). Die DEGAM selbst sieht das Hospitationsprojekt aber klar als Form des Peer Reviews bzw. Peer Assessments im Wortsinne, nämlich als Evaluation unter Gleichrangigen (64). 2012 war das DEGAM-Konzept nahezu einzig in seiner Art in Deutschland. Literatur zu Praxishospitationen in Deutschland existierte nach Kenntnis des Autors bis dahin nicht.

1.5 Forschungsfragen

Die vorliegende Arbeit wurde Ende 2014 begonnen. Den Auslöser dafür bildeten zwei Anfragen, die in dieser Zeit das Institut für Allgemeinmedizin der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU) erreichten. Zum einen trat die DEGAM zu der Zeit an das Institut mit der Bitte heran, das DEGAM-Hospitationsprojekt zu evaluieren, um Impulse für die weitere Entwicklung des Projekts zu erhalten.

Zum anderen plante die Ärztekammer Schleswig-Holstein die Einführung eines eigenen Peer Review-Konzepts für Hausarztpraxen und suchte hierfür den Rat und die Unterstützung des Instituts. Für diesen Zweck bot es sich an, die geplante Evaluation des DEGAM-Projekts um Aspekte zu ergänzen, die für die Entwicklung des Ärztekammer-Projekts genutzt werden konnten. Es wurde nämlich rasch deutlich, dass nicht alle sich ergebenden Fragen mit der zum damaligen Zeitpunkt verfügbaren Literatur beantwortet werden konnten.

So ließen sich beispielsweise einige Erkenntnisse aus den in der Einleitung beschriebenen Projekte nicht auf Deutschland übertragen, weil wichtige Rahmenbedingungen in Deutschland zum Teil deutlich abweichen: In den Niederlanden, Norwegen und Australien haben Hausarztpraxen eine sog. „Gatekeeper-Funktion“ im Gesundheitssystem, d.h. die Hausarztpraxen sind obligate erste Anlaufstelle aller Patientinnen und Patienten, bevor diese zu anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems (z.B. spezialärztliche oder stationäre Behandlung) Zugang erhalten. Die Patientinnen und Patienten müssen sich zumindest in den Niederlanden und Norwegen bei einer Hausarztpraxis einschreiben. Ein Wechsel ist nicht ohne weiteres möglich. Im ambulanten Sektor gibt es kaum oder gar keine spezialärztlichen Praxen. In Deutschland gelten hingegen andere Regelungen: Die Patientinnen und Patienten können ihre Hausarztpraxis jederzeit frei wählen. Daneben gibt es flächendeckend zahlreiche ambulante spezialärztliche Praxen (z.B. Gynäkologen, Dermatologen, etc.), die auch ohne vorherigen Hausarztkontakt aufgesucht werden dürfen. Darüber hinaus sind die Vergütungssysteme für ärztliche Leistungen sowie die Anforderungen hinsichtlich CME und Qualitätsmanagement in Deutschland, den Niederlanden, Australien und Norwegen jeweils unterschiedlich aufgebaut (53, 65-67).

Auch hinsichtlich der Notwendigkeit bzw. der Inhalte von Teilnehmerschulungen ergaben sich Fragen seitens der Ärztekammer, die sich durch die Evaluation des DEGAM-Konzepts besser beantworten ließen. Während nämlich die in der Einleitung erwähnten Projekte häufig Teilnehmerschulungen, Checklisten oder anderweitig standardisierte Bewertungskriterien enthielten, verzichtet das DEGAM-Konzept weitgehend auf derartige Elemente. Dieser Unterschied war für die Entwicklung des Ärztekammer-Projekts ein interessanter Aspekt, um diesbezügliche Fragen zu beantworten.

Das Ziel dieser Arbeit war daher, die Erfahrungen von Hausärztinnen und Hausärzten mit Praxishospitationen im Rahmen der DEGAM-Initiative in Deutschland unter Einbeziehung der

Chancen und Barrieren dieses Konzeptes zu explorieren. Es wurden die folgenden Forschungsfragen formuliert:

1. Wie gestalten die am DEGAM-Projekt teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte den Ablauf der Praxishospitationen?
2. Welche Themen werden dabei diskutiert?
3. Welche Veränderungen werden im Anschluss in den Praxen vorgenommen?
4. Lassen sich auf Basis dieser Erfahrungen Empfehlungen für die weitere Implementierung ableiten und wenn ja, welche?

2 Methoden

2.1 Auswahl der Methodik

Die Studie wurde mit Methoden der qualitativen Forschung durchgeführt. Da die Forschungsfragen erwarten ließen, dass die Befragten sehr unterschiedlich ausgeprägte und facettenreiche Einstellungen formulieren würden, erschien dieser Ansatz gegenüber quantitativ-statistischen Forschungsmethoden mit vorformulierten Antwortmöglichkeiten deutlich sinnvoller. Auf diese Weise konnten u.a. die Inhalte des kollegialen Austauschs sehr individuell und detailliert erfasst werden. Zusätzlich wurden einige deskriptiv-statistische Merkmale (z.B. Dauer der Niederlassung) erhoben.

2.2 Stichprobe

Für die Studie kamen alle Arztpraxen in Frage, die Ende Juli 2014 auf der Homepage der DEGAM als Hospitationspraxis aufgeführt waren. Das Forschungsvorhaben wurde von der Ethikkommission der Universität Kiel zustimmend bewertet. Im Juli 2014 wurden alle 76 Hospitationspraxen per Post angeschrieben. Neben einem erläuternden Anschreiben erhielten die Praxen einen einseitigen Fragebogen mit Fragen nach dem Alter des antwortenden Arztes bzw. der antwortenden Ärztin, seit wann sie als DEGAM-Hospitationspraxis eingetragen sind, in wie vielen Praxen sie im Rahmen des DEGAM-Programms hospitiert hatten, ob sie selbst bereits von Hospitierenden besucht wurden, ob sie zu einem Telefoninterview bereit wären und welche Anregungen sie zur Evaluation der Praxishospitationen hätten. Im September 2014 erfolgte eine weitere Kontaktaufnahme per Fax mit allen Praxen, die auf die erste Anfrage noch nicht geantwortet hatten. Am Ende der Rekrutierungsphase hatten 64 Praxen (84%) den Fragebogen ausgefüllt zurückgefaxt. Zwei weitere Praxen, die nicht DEGAM-Hospitationspraxen waren, hatten ebenfalls Fragebögen eingesandt. Diese Praxen wurden nicht in die Studie eingeschlossen.

Bei mehrfachen Faxantworten aus derselben Praxis (z.B. aus Gemeinschaftspraxen) wurde jeweils nur eine Antwort gewertet (i.d.R. von derjenigen Person, die als Kontaktperson für die Praxis auf der DEGAM-Homepage aufgeführt war). Teilnahmeinteressierte wurden telefonisch kontaktiert und erhielten eine schriftliche Projektskizze sowie die Datenschutz- und Einwilligungserklärung. Insgesamt konnten 24 Ärztinnen und Ärzte in die Studie eingeschlossen werden. Diese erklärten sich schriftlich zur Teilnahme an einem Interview bereit und willigten der Audioaufzeichnung und anschließenden Transkription und Auswertung ein. Pro Praxis wurde nur ein Arzt bzw. eine Ärztin mit Hospitationserfahrung interviewt. Die Angaben zu Alter, Geschlecht etc. aus dem eingesendeten Fragebogen wurden dann ggf. neu erfasst. Die Interviews dauerten je 30-60 Minuten. Jedes Interview wurde aus Institutsmitteln mit 50 Euro honoriert.

Mit diesen 24 Befragten war die Stichprobe maximal ausgeschöpft, weil nur diese sich für ein Interview zur Verfügung stellten. Eine Nachrekrutierung wäre aus Mangel an Praxen mit Hospitationserfahrung nicht möglich gewesen. Auch gegen Ende der Interviewphase wurden noch vereinzelt neue Aspekte zu den Forschungsfragen ersichtlich. Es ist daher nicht mit letzter Sicherheit zu sagen, ob in allen Kategorien die theoretische Sättigung (68) erreicht werden konnte.

2.3 Entwicklung und Aufbau des Interviewleitfadens

Für die Zwecke der Studie erschien die Durchführung von problemzentrierten, teilstrukturierten Interviews am sinnvollsten (69). Das Ziel war, mit offenen Fragen die Teilnehmenden zum freien Erzählen zu motivieren, damit möglichst viele Facetten und Meinungen zu den Hospitationen erkennbar würden. Andererseits sollte durch eine gewisse Strukturierung des Leitfadens gewährleistet werden, dass zu einigen Kernbereichen (siehe unten) in möglichst allen Interviews Stellung genommen wird. Die Fragen ergaben sich aus der Literaturrecherche, aus Gesprächen mit der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Diskussionsrunden innerhalb des Ärzteteams des Instituts für Allgemeinmedizin der CAU, Kontakten mit der DEGAM, sowie Kontakten mit der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland (JADE) im Rahmen des DEGAM-Kongresses in Hamburg 2014. Zusätzlich hatten manche Teilnehmende bei der initialen Kontaktaufnahme per Fax Anregungen für Evaluationsinhalte formuliert, von denen einige ebenfalls in den Leitfaden übernommen wurden, so dass der endgültig im Oktober 2014 fertiggestellte Interviewleitfaden schließlich die folgenden Kernbereiche enthielt (Siehe Anhang S. 98 ff.):

- Die Motivation zur Teilnahme
- Organisatorische und Inhaltliche Gestaltung der Hospitationen
- wirtschaftliche Aspekte der Hospitationen
- Barrieren und Verbesserungsmöglichkeiten des Konzepts der DEGAM-Hospitationen
- Erfahrungen zur Vergabe der Fortbildungspunkte
- Das Fazit nach den bisherigen Erfahrungen

Bei der konkreten Ausgestaltung des Leitfadens wurde im Wesentlichen auf die Empfehlungen von Helfferich zurückgegriffen (70). Zu jedem Kernbereich stand neben der Eingangsfrage ein Satz optionaler zusätzlicher Fragen zur Verfügung, die bedarfsweise gestellt werden konnten, um den Gesprächsfluss in Gang zu halten und mehr Informationen zu explorieren. Hierzu durfte auch der genaue Wortlaut der Fragen situationsgerecht angepasst werden. Angesichts der kleinen Stichprobe war es nicht möglich, den Leitfaden zuvor an einer kleineren Gruppe gleichartiger Probanden zu testen.

Den Abschluss der Interviews bildete eine offene Frage zu möglicherweise unerwähnten Aspekten, die die Teilnehmenden gerne noch ansprechen wollten. Bei dieser Gelegenheit wurden auch die

deskriptiv-statistischen Merkmale (z.B. Dauer der Niederlassung, Teilnahme am Studierendenunterricht etc.) erfragt.

2.4 Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden vom Autor selbst durchgeführt. Aus praktischen Gründen erfolgte dies per Telefon. Im Vergleich zu Face-to-Face-Interviews ist der Erkenntnisgewinn auch bei Telefoninterviews als gleichwertig zu betrachten (71). Zu Beginn aller Interviews wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie noch Rückfragen zum Projekt hätten. Nach Klärung dieser Fragen wurde mit dem Einverständnis der Teilnehmenden die Aufzeichnung der Gespräche begonnen. Alle o.g. Kernbereiche sollten erfragt werden. Beim Führen der Interviews sollte der natürliche Gesprächsfluss möglichst ungestört bleiben. Der genaue Wortlaut oder die Reihenfolge der Fragen konnten daher individuell an den Erzählfluss angepasst werden. Aus den Gesprächssituationen heraus ergaben sich im Einzelfall auch weitere Fragen, die zum genaueren Verständnis nötig, aber nicht explizit im Leitfaden erwähnt waren. Einige dieser Fragen wurden zu späteren Zeitpunkten in den Leitfaden übernommen. Diese Vorgehensweisen sind konform mit dem Prinzip der Offenheit der qualitativen Forschung (72). Die Gespräche wurden mit einem digitalen Audiogerät aufgezeichnet. Die daraus entstandenen Audiodateien wurden unter Verwendung der Software f4pro V5.20 anonymisiert und nach den vereinfachten Transkriptionsregeln nach Dresing/Pehl wörtlich transkribiert (73).

2.5 Kodieren der Transkripte

Die Analyse und Kodierung erfolgte nach der Methodik der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse (69, 74, 75). Die Transkripte wurden mit Hilfe der Software MaxQDA 12 in einem sowohl aus deduktiv als auch aus induktiv erstellten Kategorien bestehenden Kodebaum kodiert. Der Kodebaum wurde unter Verwendung von sieben transkribierten Interviews erstellt und musste für die weiteren Interviews nicht weiter modifiziert werden. Die Segmentierung und Kodierung erfolgten dabei in einem Schritt. Die gesamte Kodierung erfolgte zwei Mal im Abstand von mehreren Monaten durch den Autor. Kategorien, die nicht eindeutig genug definiert waren oder sich überschneiden, konnten auf diese Weise identifiziert und optimiert werden. Dieses Verfahren entspricht den Empfehlungen von Schreier (74). Als Resultat dieses Vorgehens wurden die Aussagen zur Durchführung des Feedbacks nach dem zweiten Durchgang neu kodiert, da die ursprüngliche Kategorisierung kein umfassendes Abbild vermittelte. Für die Verschriftlichung wurden die Kategorien schließlich in übergeordnete Sinneinheiten zusammengeführt.

3 Ergebnisse

3.1 Deskriptive Merkmale der Stichprobe

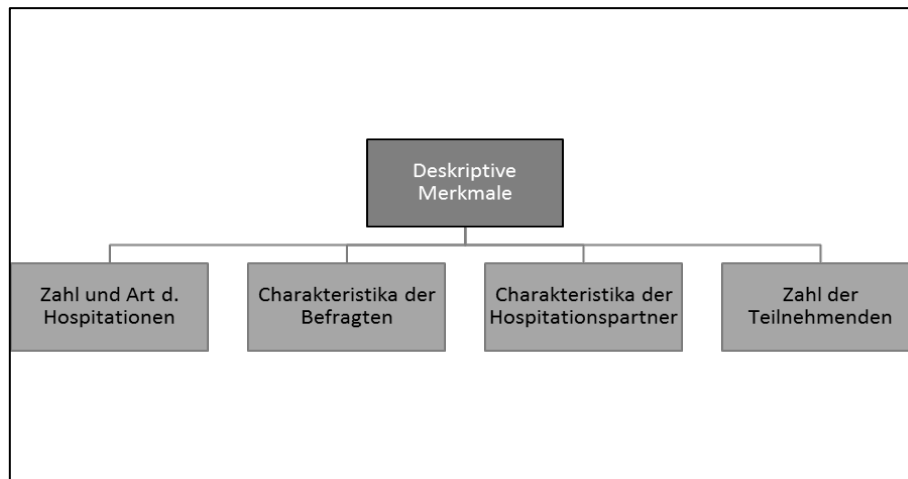


Abbildung 1: Übersicht über die Kategorien im Abschnitt 3.1 (Deskriptive Merkmale)

3.1.1 Zahl und Art der durchgeführten Hospitationen

Von den 64 Praxen, die auf die Faxanfragen reagiert haben, gaben 28 Praxen an, dass sie bereits Erfahrungen mit Praxishospitationen im Rahmen der DEGAM-Initiative gesammelt hätten. 13 Praxen hatten bereits beide Perspektiven (selbst hospitulieren bzw. Hospitulierende empfangen) kennengelernt. Die restlichen Praxen hatten nur eine der beiden Möglichkeiten kennengelernt: 5 Praxen hatten zu dem Zeitpunkt ausschließlich hospituliert, 10 Praxen wiederum nur Hospitulierende empfangen. Wie erwähnt stellten sich 24 Praxen mit den genannten Erfahrungen für ein Interview zur Verfügung. Die Anzahl der durchgeführten Hospitationen pro Praxis schwankte in den schriftlichen Fragebögen (aus der Rekrutierungsphase) zwischen eins und fünf, wurde jedoch im Interview von einigen Teilnehmenden nach oben korrigiert. Einige Teilnehmende konnten sich allerdings nicht mehr sicher an die Zahl der durchgeführten Hospitationen erinnern. Die Zahl der empfangenen Hospitulierenden pro Praxis ließ sich ebenfalls nicht ermitteln, da einerseits der Fragebogen nur ja/nein als Antwort zuließ, und sich andererseits die Teilnehmenden in den Interviews nicht immer sicher erinnern konnten. Die Frage, ab wann man als Hospitationspraxis gemeldet sei, wurde häufig nur mit „bin mir nicht sicher“, oder ungefähren Jahresangaben beantwortet, so dass sie nicht ausgewertet wurde.

3.1.2 Charakteristika der befragten Ärztinnen und Ärzte bzw. ihrer Praxen

Einen Überblick über die Merkmale der Befragten bzw. ihrer Praxen finden sich in Tabelle 1.

Tabelle 1: Charakteristika der 24 Interviewteilnehmer/-innen bzw. ihrer Praxen

Alter (Angaben von 23 Teilnehmenden) <ul style="list-style-type: none"> • Durchschnitt • Min. • Max. 	51 Jahre (SD 7,7) 38 Jahre 63 Jahre
Geschlecht <ul style="list-style-type: none"> • männlich • weiblich 	21 3
Selbstständigkeit <ul style="list-style-type: none"> • Inhaber/-in • angestellt 	23 1
Art der Praxis <ul style="list-style-type: none"> • Einzelpraxis (ggf. mit Ärzten in Weiterbildung) • Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft 	10 14
Charakter der Umgebung / der Klientel (Einschätzung d. Befragten) <ul style="list-style-type: none"> • ländlich • Übergang Land/Stadt bzw. Kleinstadt • (Groß-)Stadt 	8 5 11
Dauer der niedergelassenen Tätigkeit (ggf. auch in Anstellung) <ul style="list-style-type: none"> • Durchschnitt • Min. • Max. 	17,4 Jahre (SD 9,7) 4 38
Studierendenunterricht in der Praxis (Angaben aus 20 Praxen) <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein 	17 3
Qualifikation <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. Innere- und Allgemeinmedizin⁵ • Facharzt für Innere Medizin • Führen weiterer Zusatzbezeichnungen 	23 1 19

Die Tabelle zeigt, dass die Praxen ein recht weites Spektrum der hausärztlichen Versorgung in Deutschland repräsentierten. Aus den Gesprächen ging außerdem hervor, dass sowohl Praxen aus

⁵ In einigen Bundesländern wurde für einige Jahre anstelle des Facharztes für Allgemeinmedizin die Bezeichnung „Facharzt für Innere- und Allgemeinmedizin“ vergeben (siehe auch: *Korzilius H. (2009): Facharzt für Allgemeinmedizin: Willkommen zurück. Dtsch Arztebl International;106(40):1941.*)

unter- wie aus überversorgten Gebieten, Praxen mit sozial sehr breit gefächertem Patientenstamm und Praxen mit zusätzlichen Schwerpunktsprechstunden für sehr eng umrissene Patientengruppen vertreten waren. Insgesamt waren Praxen aus neun verschiedenen Bundesländern in den Interviews vertreten. Einige Praxen hatten auch Erfahrungen mit Hospitationen außerhalb der DEGAM-Initiative, teilweise auch auf internationaler Ebene. Bei Teilnehmenden, die außerhalb der DEGAM-Initiative oder zeitlich vor dem Jahr 2012 bereits Hospitationserfahrung gesammelt hatten, war die Zuordnung bzw. Abgrenzung ihrer Erfahrungen zu DEGAM-Hospitationen während der Gespräche und während der Auswertung nicht immer sicher möglich. Aussagen, die sich erkennbar auf Hospitationen außerhalb des DEGAM-Kontextes bezogen (z.B. im Ausland, bei Spezialisten, zeitlich lange vor der DEGAM-Initiative, kein direktes Beobachten der Konsultationen, Hospitation innerhalb der eigenen Praxisgemeinschaft, Zahlung von Aufwandsentschädigungen zwischen den Beteiligten...) wurden bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

Die Hospitationen erfolgten nicht nur innerhalb der Runde der DEGAM-Hospitationspraxen. Etliche Teilnehmende berichteten von Hospitationen in Praxen die (noch) nicht als DEGAM-Hospitationspraxis gelistet waren, oder von Hospitierenden, die aus solchen Praxen kamen. Sofern die Charakteristika dieser Hospitationen dem Konzept der DEGAM im Wesentlichen entsprachen, wurden die Aussagen in die Auswertung übernommen.

3.1.3 Charakteristika der Hospitationspartner bzw. Hospitationspartnerinnen

Die Hospitierenden, welche die Befragten in ihren Praxen zu Gast hatten, hatten sehr unterschiedliche berufliche Hintergründe. Das Spektrum reichte von jungen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung bis hin zu langjährig erfahrenen Fachärztinnen bzw. Fachärzten. Hospitierende kamen sowohl aus Einzelpraxen als auch aus großen Gemeinschaftspraxen, es kamen Einzelpersonen aber auch Praxisteams. Teils kamen die Hospitierenden aus dem gleichen Ort, teils auch aus weit entfernten Gegenden Deutschlands, aus städtischen sowie ländlichen Regionen.

Manche Hospitierende waren auch mit anderen Formen von Praxisbegehungen vertraut, z.B. durch Tätigkeit als Visitor für kommerzielle Anbieter von Qualitätsmanagement-Systemen (QM).

Neben Hospitierenden, die im Rahmen der DEGAM-Initiative hospitierten, hatten einige Befragte auch Erfahrungen mit Hospitierenden aus dem Ausland, Kolleginnen bzw. Kollegen aus spezialärztlichen Disziplinen, Krankenhausärztinnen und -ärzten, MFA, aber auch fachfremden Personen. Auch in solchen Fällen konnte es vorkommen, dass wesentliche Merkmale der DEGAM-Hospitationen angewendet wurden.

IP19: „Also für uns ist das Routine, weil wir immer wieder Hospitanten, Journalisten, teilweise Leute aus der Wirtschaft da haben, teilweise Kassenleute, die einfach mal

zuschauen und gucken wollen. [...] ⁶ Es wird am Anfang gesagt, dass Schweigepflicht herrscht. Das zweite ist, dass man bitte nicht den Patienten-Arzt-Kontakt stören darf, dass man nachher aber alles diskutieren kann. Ja, also keine guten Ratschläge zwischendurch. Und dass sie bitte aufpassen sollen, was ich vielleicht so mache, wie sie's anders machen würden. Ob sie eine gute Idee haben, wie ich was besser machen kann.“

Bei den selbst hospitierten Praxen zeigt sich ein ähnlich variantenreiches Bild: Praxen im gleichen Ort wurden genauso besucht wie weit entfernte Praxen, Einzelpraxen genauso wie Großpraxen, sowohl Dorfpraxen als auch Großstadtpraxen. Der Großteil der Hospitationen wurde allein durchgeführt, aber einige Befragte hatten schon mit dem gesamten oder zumindest Teilen des eigenen Praxisteam hospitiert. Auch hier zeigte sich, dass einige Befragte auch außerhalb der DEGAM-Kampagne Erfahrungen mit Hospitationen im Ausland oder bei Spezialisten und Krankenhäusern gesammelt hatten. Medizinische Versorgungszentren ⁷ (MVZ) wurden nicht genannt. Es wurde aber auch nicht gezielt nach MVZ gefragt.

3.1.4 Zahl der Teilnehmenden pro Hospitation

In den meisten Fällen waren die Hospitierenden alleine unterwegs. Nur relativ selten (n=7) berichteten die Befragten von DEGAM-Hospitationen ganzer Teams oder zumindest mehr als einer Person aus derselben Praxis. In diesen Fällen wurden die Ärztinnen bzw. Ärzte meist durch MFA begleitet. Nur in Einzelfällen hospitierten mehrere Ärztinnen bzw. Ärzte aus der gleichen Praxis.

IP24: „[...] ich habe Ihnen doch erzählt, dass wir die Praxis zusammenlegen werden und da gibt es einen jungen Kollegen, der jetzt in ein paar Monaten in unsere Praxis tatsächlich einsteigt, den habe ich eingepackt und unsere Erstkraft.“

Zu den Gründen, eher alleine und nicht als Team zu hospitieren, zählten der erhöhte organisatorische Aufwand und ggf. auch die zusätzlichen Kosten bei Hospitationen mit mehreren Personen.

IP22: „[...] diese Praxis da in (Stadt) ist nur eine halbe Stunde und da könnt man dann mal als Team dort hingehen, aber ansonsten würd', wenn ich das mache, würde ich dann das vielleicht allein machen.“

Teilweise beschrieben die Befragten auch mangelndes Interesse von Seiten der MFA. Ein Befragter hatte gar nicht gewusst, dass MFA bei DEGAM-Hospitationen mitmachen könnten.

⁶ Die Zeichenfolge [...] signalisiert, dass im Zitat eine für das Verständnis der Aussage unwichtige Passage (z.B. Wiederholungen, Versprecher, etc.) gekürzt wurde, um die Lesbarkeit zu verbessern.

⁷ MVZ ist eine der möglichen Rechtsformen für Praxen, in der mehrere Ärztinnen bzw. Ärzte zumeist im Angestelltenverhältnis beschäftigt sind. Häufig decken MVZ mehrere medizinische Fachbereiche ab. Im Unterschied zu z.B. herkömmlichen Gemeinschaftspraxen können MVZ auch in der Trägerschaft juristischer Personen betrieben werden (§95, SGB V).

In einem Interview wurde darauf hingewiesen, dass die Anreise als Gruppe für die besuchte Praxis auch herausfordernd sein kann.

IP17: „So ist gemeinsam als ganzer Block hat sicherlich Vor- und Nachteile. Es ist ein Teamerlebnis, es schweißt ein Team zusammen, sowas zu machen und es ist aber auch ein massives Auftreten.“

3.2 Organisation und Inhalte der Hospitationen

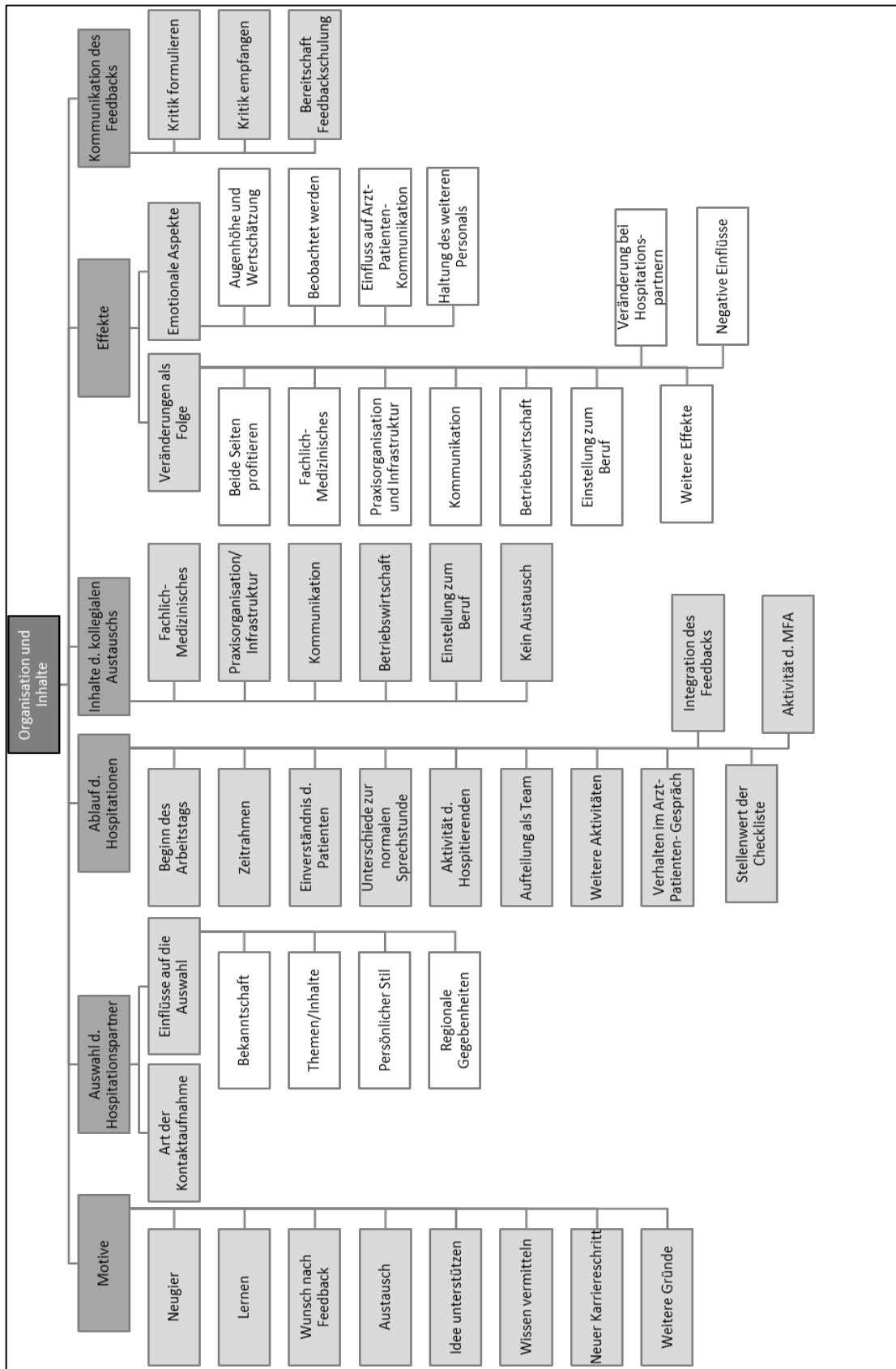


Abbildung 2: Übersicht über alle Kategorien im Abschnitt 3.2 (Organisation und Inhalte der Hospitationen)

3.2.1 Motive

Verschiedene Motive trugen dazu bei, eine Hospitation zu planen und durchzuführen. Nicht selten gaben die Befragten eine Kombination aus mehreren Motiven bzw. konkreten Anlässen an. Aus diesen Angaben ließen sich die folgenden Kategorien zusammenstellen.

3.2.1.1 Neugier

Knapp die Hälfte der Befragten gab u.a. Neugier als Motivation an, oder einfach eine ergebnisoffene Grundhaltung ohne allzu konkrete Erwartungen an die einzelnen Hospitationen.

IP5: „Och, keine spezifischen Erwartungen. Also, dass ich jetzt dann da riesig da was einsammle und Kenntnisse im gigantischen Ausmaß mitnehme, die ich dann umsetzen kann, sondern einfach mal die Neugier, ja? Wie zieht ein Kollege das auf, der den gleichen Job macht wie ich.“

3.2.1.2 Lernen / fachliche Weiterentwicklung

Viele der Befragten nannten „Lernen“ als wesentliches Motiv zur Teilnahme. Teilweise wurden ganz konkrete Bereiche (z.B. Organisation, Zeitmanagement, EDV, Kommunikation) genannt, in denen die Befragten sich weiterentwickeln wollten. In anderen Fällen wurde eher allgemeiner von der Suche nach Neuem und Interessantem oder dem Wunsch nach Verbesserung der eigenen Arbeit bzw. Qualität gesprochen. Manchmal wurde dabei betont, dass gewisse Dinge nur durch direktes Beobachten und nicht durch herkömmliche didaktische Formate vermittelbar sind.

IP19: „Motivation ist: Ich lerne durch Hospitation, entweder indem ich selber hospitieren gehe oder jemand zu mir kommt und mir blinde Flecke in meiner Praxis darstellt.“

IP4: „Und da wollte ich gerne dann mit jemandem, [...] mal mitlaufen, um zu gucken, wie geht der in der Kommunikation mit dem Patienten um? Wie sind seine Arbeitsabläufe in der Sprechstunde?“

IP13: „Das hat mich interessiert [...], wie die Patientenkommunikation bei ihr ist und wie sie da überhaupt in der Praxis mit den Patienten umgeht. [...] Die zweite Motivation zu ihr zu gehen, war, dass sie ist eine Allgemeinärztin aber mit einer HIV-Schwerpunktpraxis. Da hat mich natürlich genau das Thema auch interessiert, weil ich selbst grade in der Praxis konfrontiert wurde mit zwei Patienten, die HIV-positiv sind und als Pärchen zu mir gewechselt sind. Ja und da wollte ich natürlich auch ein bisschen was Aktuelles lernen und wissen.“

IP20: „[...] die personelle oder die personenzentrierte Medizin, die lernt man ja nicht aus irgendwelchen Büchern, die lernt man auch nicht, wenn man quasi irgendeinem Lehrer oder so zuhört, sondern die lernt man, wenn man Kollegen zuhört.“

3.2.1.3 Wunsch nach Feedback zur Qualitätssicherung

Die Möglichkeit, durch Hospitationen Feedback von externen Beobachtern zu bekommen, war eine Motivation, die mehrfach genannt wurde. Hierbei ging es den Befragten nicht nur um ggf.

verbesserungswürdige Aspekte der eigenen Arbeit, sondern auch um die Rückversicherung, dass die eigene Arbeit noch gut genug ist. Insbesondere einzeln praktizierenden Ärztinnen und Ärzten war dies wichtig. Manche erwähnten auch, wie wichtig sie es finden, nicht nur auf das Feedback von Patientinnen und Patienten angewiesen zu sein.

IP21: „[...] ich hab die Praxis dann alleine weitergeführt, hatte ich einfach so diesen Eindruck, ich schmore zu sehr im eigenen Saft, ja und brauche vielleicht etwas mehr...kritischen Review während der praktischen Tätigkeit.“

IP6: „Man ist zu vereinzelt eben, ich bin auch in einer Einzelpraxis [...] wo man halt null Korrektiv hat. Also man hat ein Korrektiv allenfalls über die Patienten, über sich selbst. Über die Mitarbeiterinnen na ja...das sind bisschen alles irgendwie so auch gefilterte Korrektive, will ich mal sagen.“

3.2.1.4 Kollegialer Austausch

Der kollegiale Austausch spielte in zweierlei Hinsicht als Motivation eine Rolle: Einerseits als wünschenswerter Inhalt einer Hospitation, andererseits hatten einige Befragte die Idee zur Hospitation durch kollegialen Austausch bzw. Erfahrungsberichte aus dem Kollegenkreis bekommen.

IP10: „Ich finde sonst Hospitationen ganz günstig, ich mach das sowieso regelmäßig, dass ich hier Leute als Besuchende habe. Und finde Austausch grundsätzlich gut und wünschenswert.“

IP3: „Naja, ich hab das über (Name eines Kollegen)⁸, den ich also selber kenne, mitgekriegt. Und gut, alles, was ich von ihm mitkriege, ist meistens gut. (lacht)“

3.2.1.5 Idee unterstützen

Einige Teilnehmende hatten sich als Hospitationspraxis angemeldet, weil sie die zugrundeliegende Idee unterstützen wollten. Teilweise hatten sie bereits Erfahrungen mit Hospitationen gesammelt, und/oder von ausländischen Peer Review-Systemen unter Hausärzten gehört. Darüber hinaus wurden auch berufspolitische Aspekte genannt mit differenzierten Überlegungen zu Methoden der Qualitätssicherung, unter denen Hospitationen als vorteilhaft wahrgenommen wurden.

IP17: „[...] Und dann war es eigentlich nur zu hören, dass ich mitkriegte bei einer Tagung der GMA in Berlin von...witzigerweise einem Chirurgen, [...] der sagte, dass in Kanada es Rezertifizierung gibt, die aber völlig sanktionsfrei läuft [...] Das war für mich eigentlich so das Aha-Erlebnis, dass ich gedacht habe, [...] es ist wichtig [...], dass sich die Leute gegenseitig angucken.“

3.2.1.6 Wissen vermitteln

Einzelne, erfahrene Ärztinnen und Ärzte, nannten auch das Vermitteln von Wissen als Motivation.

⁸ Namen von Personen und Orten wurden in den Zitaten durch anonyme Platzhalter in Klammern ersetzt.

IP23: „Und ich bin ein alter Hund und könnte vielleicht jungen Kollegen so ein bisschen meine Philosophie oder was bei mir gut geklappt hat, weitergeben. Das war für mich die Motivation.“

3.2.1.7 Neuer Karriereschritt

In einigen Fällen wurde berichtet, dass Praxishospitationen zur Vorbereitung eines neuen Karriereabschnitts (z.B. Facharztprüfung, beruflicher Wiedereinstieg nach Elternzeit, Kennenlernen neuer Praxispartner, Vorbereitung einer Praxisgründung...) genutzt wurden.

IP7: „Ihm ging es darum, dass er vielleicht doch noch mal einen anderen Eindruck hat, wenn es darum geht, in eine eigene Praxis zu gehen.“

IP24: „Mir ging es jetzt tatsächlich weniger um das fachliche Lernen im Bereich der Medizin, sondern die zweite Hospitation war tatsächlich schwerpunktmäßig getrieben von dem Gedanken - ein bisschen technokratisch - welche technischen, kommunikativen, bürokratischen und administrativen Voraussetzungen sollte ich schaffen, wenn wir unsere Praxis Richtung Großpraxis vergrößern.“

3.2.1.8 Weitere Gründe für die Teilnahme an Praxishospitationen

Zusätzlich zu einer oder mehrerer der o.g. Motivationen wurden in Einzelfällen Höflichkeit (Gegenbesuch aus Höflichkeit), „Langeweileprophylaxe“ oder der Wunsch, einfach mal persönliche Bekannte in der Praxis zu besuchen, genannt.

IP15: „Naja zum einen, wenn man selber wohin gehen will, muss (man) das halt natürlich auch anbieten. Also man kann ja nicht nur die eine Seite nutzen und die andere verweigern.“

IP24: „Also wir, in unserer Praxis pflegen das regelmäßig als Form des Qualitätsmanagements und auch als Langeweileprophylaxe und einfach, um kontinuierlich weiter zu lernen. Jetzt nicht regelmäßig, aber immer wieder.“

3.2.2 Auswahl der Hospitationspartner bzw. Hospitationspartnerinnen

3.2.2.1 Art der Kontaktaufnahme

Nur teilweise wurde zur Kontaktaufnahme die Adressliste der DEGAM-Homepage genutzt. Teils wurden die Kontakte auch über den Listserver (ein Email-Forum der DEGAM) oder andere Kanäle geknüpft.

IP4: „Ich habe einfach auf der DEGAM-Seite mir die Liste der teilnehmenden Praxen angeguckt, hab festgestellt, dass (Name d. Kollegen) dabei ist, den ich eben (Ortsangabe) auch schon als Dozenten kennen gelernt hatte. Und hab dann dort angerufen.“

Einige Hospitationen waren geplante Gegenbesuche nach einer vorherigen Hospitation. Speziell bei Hospitierenden in der eigenen Praxis wussten die Befragten im Nachhinein nicht immer, woher die Besuchenden die Kontaktdaten der Praxis hatten. Nur selten wurde berichtet, dass sich die

Hospitationspartnerinnen bzw. Hospitationspartner überhaupt noch nicht gekannt hätten. Meist hatten sie zumindest namentlich bereits voneinander gehört, beispielsweise über Fortbildungen. Teils hatten sich die Hospitationspartnerinnen bzw. Hospitationspartner auch schon persönlich gekannt, beispielsweise über gemeinsame Lehrtätigkeit an einer Universität.

3.2.2.2 Einflüsse auf die Auswahl

Je nach Motiv und Anlass spielten verschiedene Kriterien bei der Auswahl der Hospitationspartnerinnen bzw. Hospitationspartner eine Rolle. Diese Kriterien werden in den folgenden Kategorien im Einzelnen dargestellt.

3.2.2.2.1 Bekanntschaftsgrad

Zum Teil wurde persönliche Bekanntschaft als hilfreich erachtet, um Berührungängste abzubauen.

IP15: „Also ich denke mal, deswegen hab‘ ich ja auch nicht über die DEGAM jetzt irgendwen zum Hospitieren gesucht, dass natürlich der persönliche Kontakt hilfreich ist [...] um Berührungängste abzubauen. [...] wenn man in irgendeiner Form vorher Kontakt hatte zu jemand, schon mal so ein Bauchgefühl hat, ob man jemand eher leiden kann oder eher jemand furchtbar findet, ist es hilfreich.“

IP 7: „Also bequemer ist natürlich besucht werden [...]. Ich hatte es ja nun besonders einfach, weil ich den Kollegen gut kannte [...]. Und andersrum müsste man jetzt jemanden finden, wo man gerne hingeht [...] naja, es ist nicht ganz leicht, da einen Zugang zu finden, ohne da irgendwie sich reinzudrängeln oder auch tatsächlich akzeptiert zu werden als Hospitierender. Ich stelle mir das jetzt schwierig vor [...]. Also ich würde jetzt kein Problem sehen, bei so einer ganzen Reihe von Kollegen aus dem List-Server da gerne mal hospitieren zu gehen. Aber zu denen hat man ja vorab schon einen Draht. Also ich denke mal, Hospitation fällt vielleicht leichter bei einem Kollegen, den man schon kennt und auch vielleicht positiv bewertet [...].“

3.2.2.2.2 Themen/Inhalte

Je nach der persönlichen Interessenlage wurden auch gezielt Hausarztpraxen mit bestimmten Eigenschaften ausgewählt. Dazu zählten z.B. das Vorhandensein eines zusätzlichen fachlichen Praxisschwerpunkts oder auch Erfahrung mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)⁹, die nicht in allen Teilen Deutschlands gleichermaßen implementiert ist.

IP4: „Also Hausarztverträge waren so auch ein wichtiges Kriterium, mal in eine andere Praxis zu gucken, die das schon umgesetzt hat.“

⁹ Die Hausarztzentrierte Versorgung ist eine Variante der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Patientinnen bzw. Patienten verpflichten sich freiwillig, stets die gleiche Hausarztpraxis zu nutzen, die wiederum auch die Koordination weiterer ambulanter spezialärztlicher Termine und Leistungserbringer übernimmt. Innerhalb gewisser Fristen können Patientinnen bzw. Patienten die Hausarztpraxis wechseln, falls nötig. Ziel der HZV ist unter anderem, unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden (§73b SGB V).

Auch die Praxisgröße war ein Kriterium für einzelne Teilnehmer, um sich z.B. Anregungen für das Management einer Großpraxis zu holen, oder einfach mal eine völlig andere Art von Praxis kennenzulernen. In vergleichbarer Weise hatten manche Teilnehmende auch schon inhaltliche Merkmale für nachfolgend geplante Hospitationspraxen im Kopf: Praxen, die sog. VERAHS beschäftigen (**V**ersorgungsassistentin in der **H**ausarztpraxis), Praxen mit besonderen Kenntnissen im Umgang mit evidenzbasierter Medizin, Praxen mit mehr EDV, aber auch bewusst Praxen die strukturell eher der eigenen Praxis ähneln.

3.2.2.2.3 Persönlicher (Medizin-)Stil

Insbesondere für das Planen einer eigenen Hospitation in einer fremden Praxis war die Frage nach der medizinischen Einstellung der hospitierten Personen ein häufiger genanntes Kriterium. Bei persönlich nicht bekannten Hospitationspartnern wurde eine Mitgliedschaft in der DEGAM oder z.B. bei MEZIS („Mein Essen zahle ich selbst“ – einer Initiative gegen Korruption unter Medizinern) als Indiz gewertet, ob man in etwa eine ähnliche Einstellung in der medizinischen Praxis erwarten kann.

IP3: „Also ich hätte schon jemand gerne, der einfach auch eine ähnliche Medizin macht [...] es müssen ja keine DEGAM-Mitglieder sein, aber die sollen nach diesem Stil der DEGAM arbeiten.“

IP15: „Ich will ja auch mit dem Gefühl hingehen, das ist jetzt für mich menschlich und sonst wie, zumindest ein netter Tag. Ich will mich ja nicht ärgern müssen an so einem Tag.“

Teils spielten auch konkrete Empfehlungen von Kolleginnen und Kollegen oder Weiterbildungsbefugten eine Rolle. In einem Fall wurde gezielt nach einem Hospitationspartner mit besonders langer Berufserfahrung gesucht. Bezüglich der Hospitierenden, die die Befragten in ihrer eigenen Praxis zu Gast hatten, wurde viel seltener von derartigen Kriterien berichtet. Häufiger wurde erwähnt, dass man diese Hospitierenden vorher noch nicht gekannt hätte. Mehrere Befragte betonten, dass sie Hospitierende „ungefiltert“ nehmen würden.

IP21: „Also wenn jemand sagen würde, er möchte eine Hospitation machen (Eigener Praxisort), da, die würde ich ungefiltert nehmen. Dem muss ich mich aussetzen“.

Nichtsdestotrotz gab es auch Fälle, in denen erwähnt wurde, dass man versucht hätte, sich zuvor ein Bild von den Besuchenden zu machen.

IP19: [...] man kriegt ja was mit, ob die einem sympathisch sind oder nicht. Guckt sich das auf der Homepage von den Leuten an, wie die so ticken, was die so machen. Und dann sagt man Ja oder Nein.“

3.2.2.2.4 Regionale Gegebenheiten

Für eine Hospitation in der näheren Umgebung sprach für manche Teilnehmende die einfachere Organisation. Zudem bestünde hier die Möglichkeit zu sehen, wie andere Praxen mit den gleichen Rahmenbedingungen umgehen (Mentalität der Bevölkerung, sonstige medizinische Infrastruktur, Regularien der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung). Es gab allerdings auch Einwände gegen eine Hospitation in der Nähe: So könne man z.B. seinen eigenen Patienten oder zumindest ehemaligen Patienten begegnen. Einigen Teilnehmenden wäre diese Situation egal, andere merkten an, dass ihnen diese Situation unangenehm wäre. In einem Interview wurde erwähnt, dass gerade im ländlichen Raum kontraproduktive Gerüchte entstehen könnten, wenn Patientinnen und Patienten Hausarzt A bei Hausarzt B in der Sprechstunde antreffen würden.

IP13: „Das hat ja seinen Grund, warum sie dort sind und nicht bei mir. Oder umgekehrt, die bei mir sind nicht bei ihm. Wenn ich jetzt plötzlich bei dem auftauchen würde und hospitieren würde, dann wär' das, würde das bei uns sicher auch zu heftigsten (.)¹⁰ Friseurthemen führen, dass sehr viele, das nicht unbedingt (.) unsere Arbeit leichter macht.“

Die Frage, inwieweit Konkurrenz zwischen nah beieinander liegenden Praxen eine Rolle bei der Auswahl der Hospitationspartner spielt, wird weiter unten genauer erörtert.

Für überregionale Hospitationen spricht auch die Möglichkeit, das Arbeiten unter anderen Rahmenbedingungen kennenzulernen. Als Beispiele wurden hier mehrfach die HZV oder die VERAH erwähnt, die nicht in allen Bundesländern gleichermaßen implementiert sind. Auch das Interesse, andere Gegenden kennenzulernen, wurde mehrfach erwähnt.

P24: „[...] diese Praxishospitation, die hat ja auch über das reine Lernen auch einen Mehrwert, [...] da machst du dich mal auf die Socken, [...] bist eine Stunde unterwegs, ist wie ein kleiner Mini-Urlaub. Also es ist auch ein Tapetenwechsel. Und wenn ich nur ins Nachbardorf fahre hat es ja diesen angenehmen Beigeschmack nicht.“

Allerdings ist der Aufwand mit steigender Entfernung größer, insbesondere dann, wenn man mit dem Praxisteam unterwegs ist bzw. Übernachtungen nötig werden. Dieser Aufwand sprach, gemessen an der typischen Länge einer Hospitation (ca. 1 Arbeitstag) für einige Befragte gegen überregionale Hospitationen.

IP11: „Naja also regional ist ja auf jeden Fall einfacher. Man ist ja, man wird das ja niemals länger als einen Tag machen. Und dann möchte man nicht noch groß Fahrtzeit verlieren dabei.“

Die geringe Zahl an Hospitationspraxen spielte ebenfalls eine Rolle und brachte einige Befragte dazu, in weiter entfernt liegenden Regionen oder auch seltener zu hospitieren.

¹⁰ Punkte in runden Klammern bezeichnen Pausen im Gesprächsfluss. Die Zahl der Punkte steht für die etwaige Länge der Pause, in diesem Fall also ca. 1 Sekunde. Kürzere Verzögerungen werden mit drei Punkten ohne Klammer dargestellt.

IP10 (hat noch nie selbst hospitiert): „Hier regional direkt regional- also sagen wir mal in der Stadt - ist keine DEGAM-Praxis, die sich angeboten hat. Das habe ich mir schon angesehen. Ich glaub sonst hätte ich tatsächlich auch mal hier in der Stadt schon geguckt.“

Manchen Teilnehmenden war die Frage nach der Entfernung nicht sehr wichtig, entscheidend sei eher –wie bereits erwähnt- inwiefern die Praxis z.B. fachlich oder persönlich interessant ist.

IP7: „Ich glaube, dass Geografie da nur eine geringe Rolle spielt. Wie gesagt, die Hospitation wird sicherlich oder der Schritt in die Hospitation wird erleichtert, wenn sich beide kennen aus irgendeinem Zusammenhang.“

IP14: „Also ich denke, ich würde das auch überregional machen, weil das ist glaube ich sehr interessant [...] Ich glaube, ich würde dann schon irgendwo hingehen, wo ich weiß, da habe ich jemanden, der hat, ist halt auch aktiv und setzt gewisse Dinge um, die vielleicht meine Nachbarpraxis, die nicht DEGAM sind, die nicht im Verband sind, die ja, so außen vor stehen. Da wäre ich nicht so interessiert am Negativbeispiel, was ich da erwarten würde.“

3.2.3 Konkreter Ablauf der Hospitationen

3.2.3.1 Beginn des Arbeitstags

In der Regel begannen die Hospitationen mit einer kurzen Begrüßungsrunde und einer Führung durch die Praxisräume vor Sprechstundenbeginn, bei der die Hospitierenden mit den Teams der besuchten Praxis bekannt gemacht wurden. Bei dieser Gelegenheit wurden in manchen Fällen die DEGAM-Regeln und weitere organisatorische Fragen besprochen (z.B. Kleidung, Schweigepflicht, Tagesablauf, oder das Procedere, falls Patienten die Anwesenheit von Hospitierenden ablehnen).

IP13: „Ja, früh um sieben war das Treffen in der Praxis. War erstmal ein kurzes Kennenlernen mit den MFAs. Dann wurde mir die Praxis gezeigt, die Räumlichkeiten. [...] Und dann kamen die ersten Patienten.“

3.2.3.2 Zeitrahmen

Meist dauerten die Hospitationen etwa einen halben bis ganzen Arbeitstag. Halbtägige Hospitationen begannen nicht immer morgens, sondern z.T. erst gegen Mittag. Die meisten Befragten hielten einen halben bis ganzen Arbeitstag für die allgemein empfehlenswerte Länge einer Hospitation. Zu den Gründen zählte, dass sie dann im Vergleich zu längeren Hospitationen leichter zu organisieren seien und man nach einem halben bis ganzen Tag ohnehin keine neuen Eindrücke mehr verarbeiten könne. In einzelnen Fällen wurde allerdings auch von Hospitationen berichtet, die zwischen drei und fünf Tagen dauerten.

IP20: „[...] auf keinen Fall mehr als einen Tag und da [...] ich beide Seiten doch als recht anspruchsvoll und anstrengend empfunden habe, halte ich eigentlich einen halben Tag evtl. plus Hausbesuche für ausreichend oder dafür günstig.“

IP8: „Also einen halben Tag fände ich schade. [...] also einen Tag, dass man mittags eine Pause macht und sich nachmittags noch mal trifft, das finde ich schon schön. Aber ich denke, zwei Tage wären schon gut, aber das merke ich ja bei mir selber, ich glaube nicht, dass ich für zwei Tage irgendwo hingehen würde. Dass ich das mit Übernachtung und so, Mann, das muss man ja richtig wollen (lacht).“

Eine kleinere Zahl der Befragten sprach sich für längere, oder zumindest bedarfsweise längere Hospitationen aus. Dies könnte z.B. sinnvoll sein, um speziellere Fragen zu klären, oder das Arbeitsklima in der besuchten Praxis besser zu erfassen. Auch bei Hospitationen in weiter entfernten Praxen könnte eine längere Hospitation sinnvoll sein, so dass sich die lange Anfahrt lohnt.

IP1: „[...] wenn man die macht, muss man, denke ich, also mindestens 3 Tage in der Praxis sein, um Mängel bei einer langjährigen eingefahrenen Praxis, wie es meine ist, zu erkennen [...]. (Mit Bezug auf selbst Hospitieren): Wobei also ein bis zwei Tage würde ich dann schon gerne mitschauen [...] weil am Anfang ist es ja, so wie in jedem neuen Arbeitsplatz [...]: Bis Sie sich so orientiert haben, ist der Tag rum.“

IP4: „Ein Tag reicht natürlich aus, um so einen Einblick zu bekommen. Aber um wirklich bisschen tiefer zu gucken, wäre es schon, ja könnte ich mir auch vorstellen, das über ein paar Tage zu machen. Insbesondere dann, wenn ich ein konkretes Anliegen hab.“

Die Frage nach der empfehlenswerten Häufigkeit von Hospitationen wurde unterschiedlich beantwortet. Die Spanne reichte von ca. einmal bis viermal pro Jahr.

IP16: „Es ist wünschenswert, das zwei Mal pro Jahr zu machen. Das ist für mich so eine gesunde Dosis. Einen Tag hospitieren, einen Tag einen Hospitanten zu haben.“

Allerdings hatte fast niemand unter den Befragten bisher so regelmäßig hospitiert.

3.2.3.3 Einverständnis und Reaktion der Patientinnen und Patienten

Alle Befragten stellen sicher, dass Hospitierende nur dann die Sprechstunde beobachteten, wenn die Patientinnen und Patienten jeweils damit einverstanden waren. Das Einverständnis der Patientinnen und Patienten wurde je nach Praxis auf sehr unterschiedliche Weise eingeholt. Einige schilderten das Vorgehen so, dass die Patientinnen und Patienten beim Betreten des Sprechzimmers von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten um ihr Einverständnis gebeten wurden. Bei dieser Gelegenheit wurden auch die Hospitierenden vorgestellt. In anderen Fällen hatten die Hospitierenden die Patientinnen und Patienten persönlich aus dem Wartezimmer abgeholt und sich hierbei vorgestellt. Etliche Praxen hatten zusätzlich am Empfangstresen eine Patienteninformation über die Hospitierenden aufgestellt. Manchmal wurden die Patientinnen und Patienten am Tresen aber auch nur mündlich informiert. In Einzelfällen wurde erwähnt, dass den Patientinnen und Patienten ein schriftliches Formular zur Einwilligung ausgehändigt wurde. Viele erwähnten, dass ihr

Patientenstamm sowieso an die Anwesenheit Dritter (z.B. Medizinstudierende) im Sprechzimmer gewöhnt sei.

IP19: „Dann gibt's einen Aufsteller in der Praxis, dass heute der Herr (Name d. Arztes) da ist und bei uns zuschaut [...] Bei jedem Patienten wird vorgestellt: "Das ist Herr (Name d. Arztes), Hausarzt da und da, der schaut mir heute zu, was kann ich denn für Sie tun?" Und die Patienten kennen das schon von Studenten, und wie gesagt, von früheren Hospitationen. Patienten werden nicht gefragt (.) Das ist selbstverständlich, dass ein Hospitant dabei sein darf. Wobei die Helferinnen vorher schon fragen: "Es ist heute jemand da, stört Sie das?"“

IP24: „Die waren nicht im Vorfeld informiert, sondern ich war halt auch im Zimmer und wurde dann vom Arzt vorgestellt. Es gab keinen Aushang oder keine Information schon am Tresen, als sie ankamen.“

IP18: „Und jetzt haben wir halt also eine schriftliche Info, die kriegen die vorher zu lesen, die Chance zu widersprechen, bevor sie in das Wartezimmer gesetzt werden.“

Nur wenige Patientinnen bzw. Patienten lehnten die Anwesenheit der Hospitierenden ab. Manche Befragte versuchten, den Anteil dieser Gruppe abzuschätzen. Diese Schätzungen lagen im Bereich von 1-5%. Manche Patientinnen und Patienten waren durchaus positiv angetan: Einige fanden die Idee des voneinander Lernens unterstützenswert, andere nutzten die Gelegenheit, während derselben Konsultation eine zweite ärztliche Meinung einzuholen.

IP15: "Die Reaktion ist völlig positiv. Zu deutlich mehr als 90% haben überhaupt kein Problem.“

IP9: „Wenn sie (die Patienten) jetzt schon mal 2 Ärzte da haben, dann kann man auch gleich beide noch mal löchern.“

Nur in Einzelfällen wurden Patienten aufgrund der Einschätzung ihrer behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte von vornherein nur unter vier Augen gesehen.

IP19: „Aber gibt extrem selten mal jemanden, der sagt, der ein psychisches Problem hat oder einen Furunkel am Hintern, das will er nicht. Ich gucke ja auch bevor ich ins Zimmer gehe, was der nächste Patient ist, was er hat, das ist aufgeschrieben bei uns, und weiß schon, ob es sensibel wird oder nicht. Aber es ist einer am Tag von fünfzig oder so.“

3.2.3.4 Unterschiede zum „normalen“ Sprechstundenablauf

Häufig wurde erwähnt, dass sich das Tempo der Sprechstunde durch die Hospitationen verlangsamt. Der kollegiale Austausch zwischen den Patientenkontakten bedeutete zusätzlichen Zeitaufwand. Auch die Patientengespräche dauerten teilweise länger, weil man in Anwesenheit von Hospitierenden bewusst „laut dachte“.

IP24: „Also man kann seine übliche Sprechstunde, wenn sie eng getaktet ist, nicht aufrechterhalten. Sie würden hoffnungslos in Verzug geraten, weil der Hospitant ja auch Zeit braucht.“

Einige Befragte hatten daher dafür gesorgt, dass Fragen und Bemerkungen zu den einzelnen Konsultationen zunächst zurückgestellt wurden und man sich z.B. in der Mittagspause ausführlich darüber unterhielt. In anderen Fällen wurde berichtet, dass sich die besuchte Praxis bewusst einige Termine im Sprechstundenplan als Zeitpuffer „geblockt“ hatte. Ein Befragter empfahl, dass man sich besonders in Einzelpraxen über diesen Effekt vorher im Klaren sein sollte, um nicht zu sehr unter Druck zu geraten. Auch in Gemeinschaftspraxen sollte vorher im Kollegenkreis geklärt sein, wie man sich in diesem Zusammenhang organisiert.

In einzelnen Fällen wurde berichtet, dass bewusst bestimmte Patientengruppen einbestellt wurden, weil sich Hospitierende für bestimmte Krankheitsbilder/Untersuchungstechniken interessiert hätten. Teilweise gelang dies ohne Probleme, teils hat diese Terminumstellung allerdings auch nicht zufriedenstellend funktioniert.

IP15: „[...] wir haben es versucht, dann entsprechend Patienten (für Schilddrüsenonographien) einzubestellen und das hat nicht so richtig geklappt und nachher waren dann viele Termine frei und ausgerechnet an dem Tag kamen nicht viele andere, so dass dann ein relativ untypischer Vormittag entstanden ist.“

In den meisten Fällen wurde jedoch keine Veränderung an der Sprechstunde vorgenommen, sondern eine ganz normale Sprechstunde geplant, die dann ggf. etwas länger dauerte.

3.2.3.5 Aktivität der Hospitierenden

Die Befragten bzw. ihre Hospitierenden nutzten den größten Teil der Zeit, um Konsultationen im Sprechzimmer zu beobachten. Einige der ärztlichen Hospitierenden tauschten sich zusätzlich auch mit den MFA aus und beobachteten eine Zeitlang die Abläufe am Tresen und im Labor, um beispielsweise die interne Arbeitsteilung oder Details der Praxissoftware genauer kennenzulernen.

IP20 (lacht): „Eigentlich nur im Sprechzimmer dabeigesessen. Also jetzt nicht besondere Fähigkeiten, jetzt technischerseits oder so erworben. Dabeigesessen und halt mich viel mit dem Kollegen ausgetauscht. (Bzgl. der MFA): Ja, mit denen habe ich gesprochen. [...] während der (besuchte Kollege) Telefonate abgearbeitet hat, habe ich mit den MFAs mich so ein bisschen unterhalten, ausgetauscht, das war auch sehr interessant.“

Nur in wenigen Einzelfällen waren Hospitierende nach Rücksprache auch therapeutisch aktiv.

IP17: „Da hatte ich, also ich hab mich, was die Patienten angeht, sehr zurückgehalten. Nur bei einer Patientin mit einem Nackenproblem hatte ich (Name d. Kollegen) angeboten, ich könnte die behandeln, wenn er will. Und dann hat er sie noch mal einbestellt und ich hab sie behandelt, chirotherapeutisch behandelt.“

3.2.3.6 Aufteilung bei Hospitationen als Team

Falls MFA bei den Hospitationen mitgekommen waren, hatten diese immer die MFA der besuchten Praxis begleitet. Bei Hospitationen in Gemeinschaftspraxen hatten die Hospitierenden sich jeweils an eine Person aus dem ärztlichen Kreis gehalten. Es wurde nicht getauscht.

IP16: „Da war ich mit dem Praxisteam [...] also einer medizinischen Fachangestellten und ich, dass ich mit dem Arzt mitgelaufen bin und sie mit den medizinischen Fachangestellten.“

3.2.3.7 Weitere Aktivitäten

Falls die Gelegenheit sich bot und Interesse bestand, waren auch Haus- und Heimbesuche Bestandteil der Hospitationen. In einem Fall wurde davon berichtet, dass Hospitierende auch zu weiteren Ereignissen des Tages, wie z.B. Notfällen oder Dienstbesprechungen, mitgekommen waren.

IP19: „Also alles was anfällt, zum Notfall (..) Was halt an dem Vormittag ist, die würden zu allem mitgenommen. Wenn wir die Dienstbesprechung haben, gehen sie in die Dienstbesprechung mit. Wenn wir noch Sitzung haben mit irgendwelchen Spezialprojekten, wir haben so Diabetiker- und Alte-Menschen-Spezialprojekte, dann kommen sie da mit rein und gucken da zu.“

3.2.3.8 Verhalten während des Arzt-Patienten-Gesprächs

Die DEGAM empfiehlt, dass die Hospitierenden sich nie unaufgefordert ins Arzt-Patienten-Gespräch einmischen sollten. Zum großen Teil hielten sich die Befragten an diese Regelung.

IP13: „Wir haben uns eigentlich versucht an das Manual ein bisschen zu halten [...], die Empfehlung, dass ich mich eigentlich immer völlig zurückgehalten hab, außer ich bin vom Patienten selbst oder von der Kollegin gefragt worden. Und sonst war ich mehr stilles Mäuschen und hab zugehört.“

IP10: „So pauschal kann man das nicht sagen. In 80% haben sie sich nicht gemeldet, aber gelegentlich haben sie dann mal nachgehakt.“

IP21: „Also anders als jetzt bei Blockpraktikanten oder Famulanten, die ja aktiv mit beteiligt sind, sondern die waren wirklich Beobachter.“

Andererseits war auch erkennbar, dass es Hospitierenden nicht immer leichtfällt, sich an diese Regel zu halten. In den Fällen, wo Hospitierende sich einmischten, wurde dies eher als störend wahrgenommen, wobei auch hier sinnvolle Lerneffekte möglich waren.

IP8: „Er hat auch gefragt, ob er mal untersuchen kann. Also es war, er war nicht so der Hospitant, der nur hinten steht und guckt wie es der andere macht [...]. Es hat auf alle Fälle den Fluss der Dinge unterbrochen, ne [...]. Ich denke mal, die Patienten waren höflich und haben geantwortet, aber es war ja eigentlich nicht der Grund, weshalb sie gekommen sind, noch von wem anders befragt zu werden [...].“

IP8: „[...] ich bin immer noch, haben Sie vielleicht gemerkt, zwiegespalten [...], ob es besser ist, wenn er (der Hospitant) nur rezipiert und das alles aufnimmt und nach den Patienten bespricht. Oder ob er aktiv eingreift. Soweit ich glaube, wenn ich das verstanden habe, wäre die stille Aufnahme idealer. Andererseits hat mich die aktive Intervention eigentlich weitergebracht, auch wenn es die Kommunikation unterbrochen hat. [...] auch dieses aktive Untersuchen von Patienten hat mich als Gastgeber auch weitergebracht.“

3.2.3.9 Integration des Feedbacks

Feedback fand einerseits zum Teil direkt zwischen den Arzt-Patienten-Kontakten statt, andererseits häufig auch in ruhigerem Rahmen im Anschluss an die Sprechstunde.

IP21: „[...] sondern wenn der Patient dann raus war, dann kam vielleicht von dem einen oder anderen mal ein unmittelbarer Kommentar.“

IP12: „Es gab dann noch eine Nachbereitung insgesamt für alles ein bisschen ausführlicher dann in der Privatwohnung nach dem gemeinsamen Abendbrot.“

Ein Feedback sollte laut der DEGAM-Empfehlung von den Hospitierenden angeboten werden, es ist aber kein Zwang. Diese Freiwilligkeit wurde von den Teilnehmenden z.T. auch positiv hervorgehoben.

IP19: „Ich finde dieses Feedback zum Schluss ganz wichtig, es darf nicht verpflichtend sein. Also, manche Kollegen können das nicht, sie wollen das nicht.“

Passend hierzu wurde auch vereinzelt berichtet, dass besuchte Kolleginnen bzw. Kollegen eher ungehalten reagierten, wenn kritisches Feedback ungefragt vorgebracht wurde.

IP17: „Einmal, das erste Mal, ziemlich schlecht. Als ich dann eigentlich ja sogar mich auf die explizite Aufforderung "Sag nichts" hinweggesetzt habe (lacht). Wobei, gut, aber das hätte ich im Grunde akzeptieren müssen. Es fiel mir nur so schwer, dass ich es nicht geschafft habe.“

In der Regel fand das Feedback nur zwischen den beteiligten Ärztinnen bzw. Ärzten statt. Manchmal wurde das Feedback auch mit dem gesamten Praxisteam durchgeführt.

IP9: „Und dann sind wir zusammen noch mal alles noch mal ein bisschen durchgegangen. Im Anschluss haben wir uns zum Mittagessen getroffen, haben zusammen Mittag gegessen. Die Ärzte, Schwestern und er.“

In manchen Hospitationen gab es zusätzlich ein Feedback von Seiten der Besuchten an die Hospitierenden, wie sie den Besuch bzw. das Feedback empfunden haben.

IPI20: „Wobei wir von beiden Seiten so Feedback gegeben haben. Feedback auch von seiner Seite, wie er das empfunden hatte, dass ich da war (lacht).“

In vielen Interviews wurden die Feedbackgespräche etwas unspezifisch als ein Austausch von Eindrücken beschrieben, bzw. nur in geringem Umfang angerissen, dass auch unterschiedliche Ansichten diskutiert wurden.

IP15: „Ich mein, das ist jetzt nicht extrem ausufernd. Das sind halt Dinge, beschreibt halt jemand, wie er den Tag empfunden hat, was ihm aufgefallen ist, was ihm positiv aufgefallen ist. Was ihm aufgefallen ist, wo er sagt würde er anders machen oder was ihm auffällt.“

Nicht in allen Interviews wurde klar, inwieweit beim Feedback neben dem unspezifischen Austausch von Eindrücken auch strukturiert über Stärken und Schwächen der Praxen gesprochen wurde. In den Interviews, in denen die Befragten etwas genauer dazu Stellung nahmen, wurde aber deutlich, dass Lob und Tadel sich die mindestens Waage hielten, bzw. meist deutlich mehr gelobt als kritisiert wurde. Genaueres zur Ausgestaltung dieser Situation findet sich im Kapitel 3.2.5.2 (Emotionale Aspekte bei Hospitationen) ab Seite 47.

IP20: „sozusagen fast neutral genauso viel Lob wie Schimpfe (lacht).“

IP1: „Er hat mich eigentlich mehr gelobt als kritisiert, das fand ich schon mal ganz nett (lachend)“

Nicht in allen Hospitationen gab es ein Feedbackgespräch. In einem Interview wurde von einer Hospitation berichtet, in der nahezu gar kein Austausch stattfand.

IP22: „Ich glaub, ich glaube, dass der sich eher vielleicht aufgeregt hätte, wenn ich da was von mir dann gebracht hätte oder so.“

3.2.3.10 Stellenwert der Checkliste (Feedbackbogen)

Die von der DEGAM bereitgestellten Checklisten hatten für die Befragten einen sehr unterschiedlichen Stellenwert. Teils wurden sie intensiv genutzt, teils allerdings auch gar nicht. In manchen Fällen konnten sich die Befragten nicht erinnern. In vielen Fällen wurden Bögen am Tag der Hospitation direkt ausgefüllt und gemeinsam besprochen.

IP9: „Die Zeit hat er hier genutzt und hat den Feedbackbogen ausgefüllt, den wir dann beim gemeinsamen Essen besprochen haben auch.“

Ebenso kam es aber auch vor, dass die Bögen als Ergänzung des mündlichen Feedbacks einige Tage später von den Hospitierenden ausgefüllt zurückgesendet wurden.

IP2: „Das habe ich damals ausgefüllt den Bogen, das habe ich gemacht, und ihm dann auch zugeschickt.“

Zum Teil bemerkten die Befragten, dass es in der Praxis von Vorteil ist, die Bögen bereits im Vorfeld zu kennen und sie möglichst unmittelbar nach der Hospitation auszufüllen. Dies kann helfen, sich

während der Hospitation auf die relevanten Bereiche zu fokussieren und im Anschluss – solange die Erinnerung noch frisch ist – nichts Wichtiges zu vergessen.

IP4: „Es wäre im Grunde ganz gut gewesen, wenn ich diese Feedbackbögen vielleicht vorher gehabt hätte, um zu wissen, OK, worauf kann ich achten? Oder worauf sollte ich achten, worauf nicht? Und ja, ich hab's dann halt so aus der Erinnerung heraus gemacht. Wobei es wurde, z.B. glaube ich, auch so gefragt auf der zweiten Seite zu bestimmten Konsultationen wahrgenommene Stärken und Schwächen. Wo ich dann den Patienten benennen sollte oder ein Kürzel oder so. Da hätte ich, da hätte ich mir eigentlich vielleicht einfach ein paar Notizen machen sollen.“

Unter den Befragten, die die Bögen verwendet haben, waren einige sehr vom Nutzen der Bögen überzeugt.

IP3: „Das war, fand ich, sehr gut mit den Bögen, weil das glaube ich schon noch mal eben nicht nur so spontane Rückmeldung war, die natürlich auch gut ist, aber das, sagen wir, der Sache noch mal mehr Hintergrund gab. Die haben sich da einfach nochmal hingesezt und das rekapituliert und mir dann zugeschickt und das war glaube ich schon ganz gut.“

IP18: „[...] also ich benutz den Feedbackbogen jetzt gerne und sowohl aktiv, dass ich das bei Hospitationen den Kollegen mitgebe, wie auch ich sehr darauf achte, dass ich dieses strukturierte Feedback von meinen Hospitanten bekomme.“

In anderen Fällen benutzten die Befragten die Bögen zwar, maßen ihnen aber keinen allzu hohen Stellenwert bei.

IP20: „Also die Feedbackbögen sind vielleicht eine kleine, ja kleine Hilfe oder so eine Anleitung, wenn man wirklich vielleicht gar nicht weiß, worüber man sprechen möchte (lacht). Aber gebraucht hätte ich den bei beiden nicht.“

Demgegenüber wurde ebenfalls häufig berichtet, dass das Feedback nur mündlich stattfand, ohne Verwendung der Checklisten.

IP8: „[...] aber ich bin mir ziemlich sicher, dass wir nicht, dass wir uns nicht schriftliches Feedback gegeben. Aber wir haben schon gesessen und uns so ein abschließendes Gespräch geführt, als dann alles vorbei war.“

Oft wurde nicht genauer ausgeführt, warum die Bögen nicht verwendet wurden. In manchen Gesprächen nannten die Befragten allerdings konkrete Gründe, warum die Bögen nicht zum Einsatz kamen. Beispielsweise kannten einige Befragte die Bögen noch nicht, oder die Bögen waren zu dem Zeitpunkt von der DEGAM noch nicht bereitgestellt worden. Zum Teil fanden Befragte die vorgegebene Strukturierung auch eher hinderlich oder sie hatten keine Lust, die Bögen zu benutzen.

IP1: „Wir haben die Bögen nicht benutzt. Weil die gab es damals noch nicht.“

IP4: „Und da stand zwar auch drin, dass man dann danach so ein Feedback geben soll, aber ich wusste nicht, oder hatte es überlesen, weiß ich nicht mehr, dass das wirklich schriftlich und auf so einem Bogen, standardisierten Bogen eingetragen werden soll.“

IP13: „Wie gesagt, ich hab mich an die Feedbackbögen direkt gar nicht gehalten, sondern wir haben das, ich hab das immer versucht, in einem relativ normalen Gespräch zu führen [...] Deswegen hat so, vermehrte Strukturierung da eben Nachteile, weil es sagen wir, ein normales Gespräch zerstören kann.“

IP16: „Ich hab das ja nicht über die DEGAM-Seite gemacht, ich hab sie mir nicht runtergeladen.“

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass nicht alle Befragte sich noch erinnern konnten, ob sie die Bögen benutzt hatten. Entsprechend wenig konnten sie zur Verwendung dieser Bögen sagen.

IP6: „Oh, das weiß ich gar nicht mehr. Also ehrlich nicht. Weiß ich nicht, wenn ich was gekriegt hab, hab ich es bestimmt gemacht. Aber das weiß ich überhaupt nicht mehr.“

3.2.3.11 Aktivität, Inhalte und Organisation des Feedbacks zwischen hospitierenden

MFA

Zur Perspektive der hospitierenden MFA während der Hospitationen ließ sich deutlich weniger in Erfahrung bringen. Dies lag zum Teil an der geringen Zahl von Hospitationen mit MFA-Beteiligung (n=7). Den Befragten war zudem nicht immer die Meinung der MFA zu zurückliegenden Hospitationen geläufig. In einzelnen Interviews wurde berichtet, dass die MFA kein Interesse an Hospitationen signalisiert hätten.

IP6: „Die haben ja kein Interesse an sowas, leider. Hätte ich toll gefunden, wenn die, wenn meine Leute sich mal eine andere Praxis angeguckt hätten. Da hatten die keinen Bock drauf, schade.“

Demgegenüber waren in anderen Praxen manche MFA z.B. durch ihre VERAH-Ausbildung bereits sehr gut mit Hospitationen vertraut.

IP18: „Und von daher sind meine MFAs, ich hab drei VERAHS mittlerweile, sind alle sehr erfahren im Hospitieren, eben auch in diesem selbstständigen, autonomen Hospitieren sozusagen. [...] ja also die finden das auch klasse.“

Hospitierende MFA begleiteten jeweils die MFA der besuchten Praxis. Thematisch standen hier organisatorische Fragen im Vordergrund: Terminmanagement, Einsatz der EDV, Dienst- und Urlaubspläne, Fortbildungen, Zuständigkeiten und Hierarchien oder auch die Organisation im Labor.

IP4: „Bei ihr ging es in erster Linie um die Organisation der Mitarbeiterinnen. Also z.B. um Dienstpläne, Urlaubszeiten, Umgang mit Fortbildungsveranstaltungen zum Beispiel. Es ging sicherlich auch ein bisschen [...] um Vergütung. "Was verdient ihr?" (lacht). [...] Und ansonsten aber in erster Linie wirklich auch so darum, was für Aufgaben werden z.B. dort

delegiert? Was wird bei uns delegiert? Wie viel VERAHs sind hier, wie viel VERAHs sind da? Und was machen die? Und ja, wie läuft das mit den praxisinternen Hierarchien?“

Analog zu den Hospitationen der Ärzte wurde in manchen Fällen ein Feedback unter den MFA durchgeführt, in anderen wiederum nicht. Teilweise wurden in der Folge Veränderungen implementiert, jedoch nicht immer.

3.2.4 Inhalte des kollegialen Austauschs

Während der Hospitationen tauschten die Teilnehmenden sich über sehr unterschiedliche Themen aus, die sich je nach der individuellen Gestaltung der Hospitationen ergaben. Oft konnten sich die Befragten nicht vollständig an alle diskutierten Themen erinnern, so dass die wahre Vielfalt der Themen wahrscheinlich noch größer war, als in den Interviews zur Sprache kam. Die folgenden Kategorien geben einen Überblick über die große Bandbreite dieses kollegialen Austauschs.

3.2.4.1 Fachlich-medizinische Themen

In den meisten Hospitationen fand ein reger Austausch über verschiedenste medizinische Themen statt. Oft wurde erwähnt, dass man sich zwischen den einzelnen Patientenkontakten kurz über medizinische Einzelheiten des jeweiligen Falles ausgetauscht hätte.

IP20: „Da war es so, dass wir, ja eigentlich nach jedem Patienten immer miteinander gesprochen haben, sowohl meine Beobachtung zur Interaktion, aber eben auch fachliche Fragen. Interessanterweise hat der Kollege auch bei mir immer viel nochmal nachgefragt.“

Aus der Vielzahl der medizinischen Themen wurden oft nur einzelne Beispiele erwähnt. Über die Gesamtheit aller Interviews stellte sich dabei ein breites Spektrum dar.

IP16: „Also fachliche Fragen, optimale Behandlung von Schnupfen und auch Abläufe, Abrechnungsziffern, optimaler Einspielen von Geld. Zeitmanagement immer wieder, Abläufe für Check-Up, Abläufe für Früherkennungsuntersuchungen, also die „U's“¹¹, Kindervorsorgen. Und Standardtherapien bei häufigen Krankheitsbildern.“

IP1: „Also überwiegend Medikamentenreduktion nach Krankenhausaufenthalt. [...] Ein bisschen auch dieses Geriatriische Basis Assessment, [...] unterm Strich haben wir beide gesagt, eigentlich wollen wir das nicht so plump machen, dass die Patienten das Gefühl haben, sie werden als Depperle runter degradiert.“

IP9: „Wir hatten einmal über Leitlinien geredet bzw. über sag ich mal Handlungsabläufe, das weiß ich noch, bei einer rheumatischen Patientin und einmal bei Osteoporose hatten wir auch eine aktuelle Handlungsempfehlung, die er da so bisschen vermisst hat bei uns, wo ich dann das Feedback bekommen hab. "Nach welchen Kriterien richten Sie sich denn jetzt?" und dann musste ich so sagen: "Naja, das ist so aus dem Bauch und aus dem Gedächtnis." Wo ich dann das Feedback gekriegt hab, dass es da ja auch was gibt.“

¹¹ Gemeint sind die Kindervorsorgeuntersuchungen U1 bis U11, jeweils für bestimmte Altersgruppen.

IP4: „Es ging um, natürlich auch um die medikamentöse Therapie, ohne jetzt in Einzelheiten da gegangen zu sein. So, einfach auch da die Erfahrung zu machen, dass manchmal weniger mehr ist. [...] Diese Praxis orientiert sich ganz stark an den Leitlinien der DEGAM. Natürlich wusste ich von den Leitlinien, hatte die auch ausgedruckt. Aber ich hab mit den Leitlinien noch nicht so gearbeitet.“

Manchmal wurde berichtet, dass auch während des Arzt-Patienten-Kontakts gemeinsam über den Fall nachgedacht wurde und Differenzialdiagnosen diskutiert wurden.

IP10: „Nein, gar nicht kritisiert, sondern eben gemeinsam gedacht, [...] (dass er) seine differentialdiagnostischen Überlegungen zumindest schon mal erwähnt hätte, ja.“

In manchen Hospitationen wurden speziellere Techniken der körperlichen Untersuchung diskutiert und auch geübt.

IP24: „Ich hatte nämlich an dem Tag noch [...] eine sogenannte proktologische Sprechstunde. Und das wollte er unbedingt mit ansehen, und da habe [...] die Patienten dicht eingetaktet einbestellt, [...] (Er) konnte selber auch mal, eben proktoskopieren, rektoskopieren etc., also eine bestimmte Technik auch lernen.“

Weitere diskutierte Themen umfassten z.B. Fragen der Hygiene, Notwendigkeit und Umgang mit Ein- und Überweisungen, Notfallmanagement, Palliativmedizin oder spezielle Fragen zu einzelnen Krankheitsbildern wie Diabetes mellitus, HIV, Cerumen obturans, psychosomatischen Problemen oder die Gestaltung von Check-Up-Untersuchungen. Manche Teilnehmende sprachen auch über den Stellenwert bzw. sinnvollen Einsatz diagnostischer Verfahren, oder den Sinn von IGeL-Leistungen¹² Auch die Frage der Informationsbeschaffung, d.h. die Art, wie man an notwendiges medizinisches Hintergrundwissen herankommt (z.B. Internet, Medien, Fachliteratur, Leitlinien von Fachgesellschaften, „Kollege von nebenan“) wurde thematisiert. Einigen Teilnehmenden war hierbei wichtig, dass die Informationsquellen frei vom Einfluss durch Pharmafirmen waren.

IP14: „Und das ist sehr angenehm, mit den Kollegen dann auch ins Gespräch zu kommen und auch kurz deren Hilfsmittel zu hören. Wo gucken die kurz nach, wenn es um Medikamente geht? Benutzen die die Leitlinien unserer Fachgruppe? Wo schlagen die nach?“

IP13: „Dann, wie man sich gute Pharma-unabhängige Informationen holt, haben wir diskutiert.“

Nicht zuletzt wurde auch über Probleme im Umgang mit Patienten, die „Doctor-Hopping“ betreiben oder den Therapieempfehlungen nur unzuverlässig folgen, gesprochen.

¹² IGeL = Individuelle Gesundheitsleistungen. Es handelt sich dabei um diagnostische oder therapeutische Maßnahmen, deren Kosten nicht von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen werden, sondern von Patientenseite aus privat bezahlt werden.

3.2.4.2 Praxisorganisation und Infrastruktur

Häufig wurden Fragen der Praxisorganisation besprochen und untereinander Vergleiche gezogen.

IP4: „Also ein Thema ist, was wir nachher intensiv besprochen haben bei uns in der Praxis, ist eben Optimierung von Praxisabläufen. Aber das ging glaube ich in beide Seiten, weil, oder ich konnte sicherlich dem Kollegen auch einiges sagen, was wir anders oder vielleicht effektiver machen als es bislang dort geschehen war.“

IP9: „Und ansonsten ging es viel um Organisatorisches. Wie werden die Marcumar-Einstellungen bei euch gemacht? Wie machen wir es? Wie ist die Telefonsprechstunde für Patienten, die eine Sorge haben, die man telefonisch klären kann? Wie werden die Sachen abgerechnet? Welche Qualifikationen hat der?“

IP6: „Mich hat das nicht losgelassen, muss ich sagen. Verdammt noch mal, es GEHT. Man kann eine Praxis, eine allgemeinärztliche-hausärztliche Praxis vollständig terminieren, es GEHT. Das hab ich noch von KEINEM gehört. Wen ich gefragt hab, die sagen: "Ja, wir geben schon Termine und dann lassen wir dann Platz für die Notfälle." Da hörst du immer durch: "Ja, mhm...wir ringen." (lacht). Richtig toll klappen tut es nicht, ne? (lacht). So ungefähr. Und bei ihm: reibungsfrei. Oh, das hat mich schwerst beeindruckt, das muss ich schon sagen.“

Zu den weiteren Themen gehörten die Organisation von Termin- bzw. offenen Sprechstundenkonzepten, persönliches Zeitmanagement, Telefonmanagement, Zusammenarbeit mit umliegenden Praxen und Laboren, Umsetzung der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV), Übermitteln der Marcumardosierung an Patienten, interne Organisation des Labors, QM, Patientendurchlauf (vom Betreten der Praxis bis zum Verlassen der Praxis), Delegation von Aufgaben und Verantwortung, Arbeitsteilung im Team, Dienstplanung, Umgang mit Formularen, Umgang mit Lärmbelastung durch Telefone und technische Geräte, Umgang mit Diskretion, Praxissoftware, Umgang mit Schülerattesten, Recallsysteme¹³, Impfmanagement, Integration der Studierendenausbildung in die Praxen, Umgang mit begrenzten Räumlichkeiten, Gestaltung von Wartezonen und Sprechzimmern, Organisation der Hausbesuche, Medizinische Dokumentation, Dokumentation von Wartezeiten, Umgang mit Wiederholungsrezepten, Qualifikation der Mitarbeiter oder auch das Engagement in Qualitätszirkeln (QZ).

3.2.4.3 Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/-in sowie im Team

Die unmittelbare Interaktion zwischen Arzt/Ärztin, Patient/Patientin und Praxisteam wurde zum Teil ebenfalls erörtert. So wurde z.B. die Körpersprache analysiert oder der Umgang mit der ablenkenden Wirkung von Computerbildschirmen diskutiert.

IP19: „[...] und dann gibt's Rückmeldungen: "Mensch, das ist eine total nette Art mit Patienten zu reden" oder: "Du hast den Witz dreimal erzählt, der Patient hat ihn immer

¹³ Recallsysteme sind Terminvergabesysteme zur regelmäßigen Wiedereinbestellung von Patientinnen und Patienten, beispielsweise für regelmäßig notwendige Kontrolluntersuchungen.

noch nicht kapiert, dann brauchst Du ihn nicht ein viertes Mal erzählen." Kommen solche Rückmeldungen, die ich extrem wichtig finde."

IP15: „[...] dass man sich immer mal wieder bewusst wird, wenn ein anderer drauf achtet, wie viel man in seinen eigenen Monitor hinein starrt [...] Und wenn ein anderer daneben sitzt und einen auch mal hinterher drauf aufmerksam macht, wie es so wirkt, das ist immer mal wieder ein ganz gutes Korrektiv.“

IP17: „Mich hat beeindruckt der kommunikative Aspekt, dass (.) zwischen Patient und Arzt keine Schwelle war. Kein Schreibtisch und nichts zu Schreibendes. Der Kollege hat [...] immer ein Diktaphon und fragt dann die Patienten, ob er es richtig wiedergegeben hat, was er notiert.“

Speziell in größeren Praxen wurde mehrfach thematisiert, wie man die Kommunikation unter Kolleginnen bzw. Kollegen verbessert, die sich aufgrund der Dienstpläne im Alltag oft längere Zeit nicht persönlich begegnen.

IP18: „Also wir sind bei uns in der Praxis mit sechs (Ärzten), manche meiner Kollegen sehe ich Monate nicht. Und das geht natürlich da auch einigen so und deswegen ist für die genauso interessant "Wie organisiert ihr das denn?"“

3.2.4.4 Betriebswirtschaftliche Themen

Einige Befragte hatten sich auch über wirtschaftliche Themen ausgetauscht, z.B. HZV, Abrechnungsziffern der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), Abrechnung von Akupunktur, Situation als Einzelpraxis unter den aktuellen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, Stellenschlüssel für Angestellte, oder die Vereinbarkeit von Wirtschaftlichkeit und Medizin.

IP13: „Ja mit dem Kollegen, wir haben die Vor- und Nachteile von einer Einzelpraxis diskutiert. Es war natürlich interessant. Ich habe ja auch eine Einzelpraxis. [...] Wie man sein wirtschaftliches Auskommen sichert ohne Käsemedizin zu betreiben. Und ohne seine Ressourcen völlig zu verausgaben.“

IP18: „[...] landet man dann natürlich oft bei Abrechnungsmöglichkeiten oder sowas natürlich auch, ne? Also HZV ist ja auch so ein bisschen mein Thema.“

3.2.4.5 Einstellung zum Beruf

Auch Aspekte des Arztseins an sich wurden in den Hospitationen thematisiert. Die Befragten tauschten sich beispielsweise darüber aus, wie sie ihre persönlichen Ressourcen aufrecht erhielten, mit der eigenen Unsicherheit im medizinischen Alltag umgingen, oder wie sie ihre individuellen Grenzen zwischen Öffentlichkeit und Privatsphäre ziehen.

IP14: „[...] wie ist mein Umgang mit Unsicherheit? Das ist auch etwas, was ich immer sehr rauskehre [...], dass ich ganz klar mache, wenn ich unsicher bin oder wie mein Umgang mit Unsicherheit funktioniert für mich selber. Und das ist sehr angenehm, weil mir nimmt es ein

bisschen den Druck raus und die Kollegen merken auch, dass es natürlich unser Kerngeschäft ist, mit unseren Unsicherheiten umzugehen.“

IP17: „Vor allen Dingen hatte das was Emotionales [...] Zu erleben, wie eng er in der Gemeinschaft lebt. Also ein Arztsein als Teil einer Inselgemeinschaft.“

Je nachdem, wie sehr sich die Praxen der Hospitierenden von denen der Besuchten unterschieden, wurden auch allgemeine Eindrücke ausgetauscht. Hierzu zählten z.B. Unterschiede zwischen Stadt- und Landarztpraxen, kleinen Einzel- und großen Gemeinschaftspraxen, unterschiedlichen Niveaus der „Durchorganisation“, Praktizieren mit unterschiedlichen technischen Ausstattungen und Unterschiede bei Arbeitstempo und Patientendichte.

3.2.4.6 Kein Austausch

Nur in einem Fall war es zwischen den Beteiligten nicht zu einem relevanten Austausch gekommen.

IP22: „Also Themen haben wir eigentlich nicht besprochen, dass man da jetzt diskutiert, ich glaube die Zeit hätte das auch gar nicht erlaubt, weil der war doch so durchgeplant irgendwie.“

3.2.5 Effekte und Auswirkungen

3.2.5.1 Veränderungen als Folge der Hospitationen

Neben den Inhalten des Austauschs ging es in den Interviews um die Frage, inwiefern Hospitationen konkrete Veränderungen bei den Befragten nach sich zogen. Das Ausmaß der berichteten Veränderungen war unterschiedlich, genauso wie die Bereiche der Praxisarbeit, die davon betroffen waren. Die Auswertung ergab die folgenden Kategorien.

3.2.5.1.1 Beide Seiten profitieren

Die Veränderungen und Lerneffekte waren nicht nur auf die Hospitierenden beschränkt, sondern wurden in gleicher Weise auch von den Besuchten berichtet.

IP20: „Wie gesagt, ich hab bei meiner Hospitation habe ich eigentlich, von der, wo ich hospitiert wurde, mehr profitiert als der, wo ich hospitiert habe.“

3.2.5.1.2 Fachlich-medizinischer Bereich

Der Austausch zu fachlich-medizinischen Themen führte bei etlichen Befragten zu Veränderungen in der eigenen klinischen Praxis. Einige Beispiele wurden konkret erwähnt.

IP2: „Und das Zweite war, das hat mich schon wirklich für die Chirotherapie motiviert, ich habe jetzt schon einen Kurs besucht.“

IP4: „Ich kann durchaus noch etwas selbstbewusster auftreten und sagen: "Sie brauchen jetzt nicht zum Kardiologen zum Beispiel. Das haben wir hier gut unter Kontrolle." Also mein Überweisungsverhalten hat sich danach etwas verändert, muss ich sagen.“

IP14: „[...] ich hab das Arzneimitteltelegramm abonniert und ich glaube, wir haben noch mal den Arzneimittelbrief da mit dazu genommen, so als Tipp, das kannte ich vorher nicht.“

IP12: „Noch weniger Routine-EKGs. Ich mach schon wenig, aber der Kollege macht noch weniger und das, hatten wir auch noch mal die Indikation besprochen.“

Weitere Veränderungen im medizinischen Bereich betrafen den Einsatz von DEGAM-Leitlinien und Patienteninformationen sowie das Erlernen spezieller körperlicher Untersuchungstechniken.

3.2.5.1.3 Praxisorganisation und Infrastruktur

Sehr häufig wurden Beispiele für veränderte Abläufe und Zuständigkeiten genannt.

IP20: „[...] haben wir umgesetzt, dass wir quasi quartalsweise einmalig die Teststreifen verordnen, alle, die für das Quartal für den Patienten gedacht sind, [...] Vorher war das halt immer eine sehr mühsame Zählerei, teilweise zwei, drei Rezepte [...] Das funktioniert hervorragend so und ist eine Arbeitserleichterung und letzten Endes bringt es auch mehr Überblick und Kontrolle.“

IP4: „Also jetzt überprüft schon diejenige am Telefon, was bei dem Patienten genau gemacht werden muss und nicht erst die Arzthelferin im Labor, die das Blut abnimmt. Sodass wir also die Zeittaktung unserer Laborabnahmen etwas verkürzen konnten.“

IP7: „Und da haben wir dann die Neuplanung dieses Zimmers so gemacht, dass das deutlich luftiger und heller und freundlicher ist und etwas mehr Platz, dass man da sich nicht so beengt drin vorkommt. Das hat bei der Planung eine Rolle gespielt, das Urteil aus der Konsultation.“

IP17: „Wir haben dann das übernommen - dass wir die wesentlichen Aussagen eingescannter Dokumente in die elektronische Karteikarte haben tippen lassen. [...] weil man einfach Zeit verbraucht, wenn man so ein Ding öffnet, dass wenn ich das schon in der elektronischen Karteikarte lese "Aha, Echo in Ordnung.", dann brauche ich das nicht. Einfach vom Ablauf eine Kleinigkeit.“

IP18: „[...] wir hatten früher sozusagen die Telefonannahme in der Anmeldung und dadurch kriegten die, die dort in der Vorwartezone sitzen [...] dann die Telefonate auch mit. Und mittlerweile haben wir dafür einen, ich nenne das Callcenter installiert, also dass da [...] zumindest nicht regelhaft solche Gespräche geführt werden [...] das war eben auch getriggert [...] eben durch die wiederholten Feedbacks sozusagen, dass das denen aufgefallen ist.“

Weitere Beispiele für organisatorische Veränderungen betrafen das Management der Wartezeiten, Maßnahmen zur Arzneimitteltherapiesicherheit bei Wiederholungsrezepten, die Übermittlung von Marcumar-Dosierungen, Kurierfahrten fürs Labor, Standardformulierungen für die Annahme von Telefonaten, sowie Strategien, die Erfassung von Leistungsziffern zu vereinfachen.

Im Zuge dessen wurden auch nützliche Unterlagen ausgetauscht, die die Hospitierenden gerne in der eigenen Praxis nutzen wollten.

IP17: „[...] von einem hospitierenden Kollegen z.B. habe ich mitgenommen jede Menge...elektronische Tools, die er mir dann gezeigt hat. Also z.B. To-do-Listen in elektronischer Form, wo man dann sich anzeigen lassen kann, was ist offen, was ist schon erledigt. [...] Oder Excel-Tabelle für Hausbesuche. Excel-Tabellen mit eingebauten Funktionen für den Urlaubsplan und sowas.“

Weitere derartige Beispiele betrafen z.B. Patienteninformationen zu chronischen Krankheiten, Assessmentbögen zu häufigen Beratungsanlässen, Telefonmanagement, strukturierte To-Do-Listen oder Hausbesuchsbögen.

3.2.5.1.4 Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/-in, sowie im Team

Einige Befragte bemerkten Veränderungen in ihrem eigenen Kommunikationsstil.

IP2: „[...] also in meiner Sprechstundenarbeit [...] hat mir das eher nochmal so ein Vorbild gegeben. [...], wo aber auch eben mal gesagt wird, das machen wir jetzt nicht heute, oder auch gar nicht drauf eingegangen wird. Das war für mich also nochmal hilfreich so als Bild, was ich so mitgenommen habe.“

IP20: „Wenn man z.B. sagt: "Was kann ich für Sie tun?", oder guten Tag sagt, in dem Moment einmal auf den Bildschirm guckt, [...] hat er mich drauf hingewiesen, dass da eigentlich schon die Hälfte des Kontakts versaut ist, wenn man so einsteigt [...] da habe ich ein bisschen was dran geändert. Ich hab den, ja quasi den Aufbau meines Tisches im Sprechzimmer ein bisschen modifiziert (lacht).“

IP13: „Also ich für mich hab mitgenommen [...], dass ich die Patienten noch länger aussprechen lassen werde (lacht). Und ich war fasziniert, mit wie wenig aktivem Reden diese Ärztin ihre Patienten sehr [...] sehr gut geführt hatte und die Patienten sich auch wohl gefühlt hatten [...] es gibt mir manchmal dann innerlich so einen Anschubs, dass ich denke "Stopp. Warte noch etwas.““

Zu den weiteren Beispielen zählte beispielsweise, die Patientinnen bzw. Patienten in Zukunft wieder persönlich aus dem Wartezimmer abzuholen.

Manchen Befragten half der Kontrast zwischen verschiedenen medizinischen Stilen, ihren eigenen Stil bewusster zu nutzen.

IP12: „[...] dass jede Arzt-Patient-Interaktion passend zu den jeweiligen Akteuren auch einzigartig ist. Das macht einfach jeder anders und das hat mich dann auch erstaunlicherweise verstärkt in meinem Tun.“

3.2.5.1.5 Betriebswirtschaftlicher Bereich

Einige Veränderungen betrafen den wirtschaftlichen Bereich der Praxisführung. Im Kapitel 3.3.1 „Wirtschaftliche Aspekte“ ab Seite 55 wird dies genauer erläutert.

3.2.5.1.6 Einstellung zum Beruf

Auch Änderungen in der Einstellung zum Beruf wurden berichtet. Zum Teil spielte sich dies eher in der inneren Wahrnehmung der Teilnehmenden ab (siehe auch Kapitel 3.2.5.1.9 „Weitere Effekte“ ab Seite 45). Einzelne Beispiele wiesen aber auch auf messbare Verhaltensänderungen hin.

IP20: „Ja, ich räum jetzt im Praxisablauf mehr Pausen für mich ein.“

IP17: „Das war das, was ich da eigentlich als sehr beeindruckend mitgenommen habe [...] mehr dazu überzugehen, Patienten meine Handynummer zu geben. Also die Distanz abzubauen. Ich hatte immer viel Angst, dass die Patienten mich auffressen. Und das hat mir die Angst genommen. [...] Und die Handynummer geben wir jetzt aktuell allen Patienten, die sich in den Hausarztvertrag einschreiben. Nebenbei wird dann auch die Inanspruchnahme außerhalb der Praxis sehr gut vergütet, aber...es ist, macht emotional was. Also sich sozusagen mehr reinzugeben in diese Beziehung mit den Patienten.“

3.2.5.1.7 Veränderungen bei den Hospitationspartnerinnen und Hospitationspartnern

Es wurde auch gefragt, ob sich im Anschluss bei den Hospitationspartnern bzw. Hospitationspartnerinnen Veränderungen ergeben hätten. Häufig konnten die Befragten dazu nur wenig sagen, weil sie z.B. seither nicht ausreichend Kontakt mit den jeweiligen Personen hatten, oder sich dafür nicht so sehr interessiert hatten.

IP19: „Also, so manchmal hört man: "Hey das haben wir auch gemacht, war gut." Aber das ist mir nicht wichtig, das ist ja die Sache des einzelnen Hospitanten.“

Einige Beispiele wurden aber dennoch genannt:

IP20: „[...] einen Begriff von mir mochte er sehr gerne. Es war jemand mit Unterschenkelödem bei chronisch venöser Insuffizienz und der wollte halt Wassertabletten haben und ich hab gesagt: "Sie haben nicht zu viel Wasser im Körper, Sie haben nur das Wasser an der falschen Stelle." Und so ein paar Begrifflichkeiten oder wo ich Erklärungsmodelle benutzt habe beim Patienten, die fand er gut und wollte er übernehmen.“

IP18: „Manche überspielen sich auch viele von diesen Assessmentbögen, die wir haben, stecken gleich den Stick da bei uns in den Rechner rein und kriegen sie dann.“

Weitere Beispiele betrafen Kommunikationsstrategien im Mitarbeiterkreis, Aufgabenteilung, EDV, QM- und Recallsysteme.

In einigen Fällen konnten die Befragten im Nachhinein nicht mehr genau sagen, ob sich Veränderungen ergeben hatten. Meist bezog sich das auf die jeweiligen Hospitationspartnerinnen bzw. Hospitationspartner, zum Teil aber auch auf sich selbst.

IP10: „Sie ist in ihrer Gründungsphase, ob sie nun direkt von mir beeinflusst ist, oder ob sie einfach sowieso guckt, kann ich nicht beurteilen.“

IP15: „Es ist, das ist ein ständiger Lernprozess und natürlich ändere ich immer wieder Dinge in der Praxis, ohne dass ich Ihnen jetzt genau sagen kann, wann ich jetzt die Anregung dazu bekommen hab, dieses zu ändern oder jenes. Also insofern das kann ich jetzt nicht direkt auf eine Hospitation zurückführen.“

3.2.5.1.8 Hospitationen ohne anschließende Veränderungen

Nicht immer führten Hospitationen zu Veränderungen. In manchen Interviews wurden dafür auch konkrete Gründe genannt, wie z.B. Altersgründe, kein primärer Drang zur Veränderung, die Feststellung, dass man selbst es sogar eigentlich besser macht, oder dass man aufgrund der unterschiedlichen Praxisstile nicht sicher sagen kann, was eigentlich der bessere Weg wäre.

IP5: „Aber es war jetzt nicht so, dass er da gebrannt hat und er unbedingt nach Neuem gesucht hat, war jetzt auch nicht mein Anlass. Bei mir war es einfach eben die allgemeine Neugier "Mensch, wie machen die Kollegen das so?" [...] Also so, er hat mir da ja schon signalisiert, dass er da jetzt auf die letzten Jahre, die er die Praxis da führen wird, da jetzt keine besonderen Umwälzungen vorhat und plant.“

IP16: „Dass ich schon Sachen gesehen habe, wo ich gesagt habe "Oh, das machen wir ja besser." Das gab es durchaus, so [...] Sachen, die ich halt anders mache und das erwähnt habe, dass ich das anders mache und den Vorsatz habe, das bei mir beizubehalten.“

3.2.5.1.9 Weitere Effekte

Auch unabhängig von nach außen sichtbaren Veränderungen bemerkten etliche Teilnehmende Effekte der Hospitationen auf ihre eigene Praxistätigkeit. Diese Effekte bezogen sich auf die eigene Motivation, die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, das eigene Ressourcenmanagement und den Umgang mit Unsicherheit. Mehrfach wurde betont, dass die Rückfragen der Hospitierenden in der Sprechstunde auch dazu führen, dass man sich seine eigenen Handlungen immer wieder neu bewusst macht.

IP1: „Also erstmal hab ich mich positiv bestärkt gefühlt. [...] ich habe mich gefreut, dass da mal von außen jemand kam, der einem auch mal sagt: "Das machst du gut, das finde ich gut."“

IP20: „Etwas zum Thema, erstmal Achtsamkeit im Umgang mit sich selbst, was so Stressmanagement in der Praxis angeht und dass man als Arzt eben auch auf sich selbst ein bisschen achten muss.“

IP18: „[...] das nutze ich für mein Team wiederum, das Team zu stärken und mich zu bedanken und sagen "Hier hat wieder einer gesagt, ihr seid klasse so."“

IP4: „Also Versicherung in dem eigenen Tun, hat [...] es auch gebracht. [...] Und das war für mich hilfreich, aber auch dann im Umgang selbst, sind mir persönliche Stärken einfach klar geworden.“

IP22: „Es hat halt meinen Horizont erweitert.“

IP24: „Und was das Sensationelle für mich ist, [...], wird man gezwungen, die Dinge noch mal aufzudröseln: "Warum mache ich das eigentlich so? Gibt es da eine Rationale für oder ist es nur, weil man es immer schon so macht?" Und man, bei mir führt es dazu ganz persönlich, dass ich mich immer wieder neu begeistere für mein Fach.“

IP11: „Also zunächst mal hat es sicherlich einfach befriedigt, dass es in (Stadt) Ärzte gibt, Allgemeinärzte, die eine ähnliche Arbeitsauffassung haben wie ich, also fachliche Auffassung der Hausarztmedizin. [...] Und das vermisse ich hier in meiner unmittelbaren Umgebung sehr. Hier fühle ich mich oft alleine und unverstanden.“

Einzelne beschrieben solche Effekte auch bei den MFA.

IP4: „[...] unsere Erstkraft hat halt gemerkt "Boah, die müssen ja da wirklich ganz viel selber entscheiden und haben eigentlich mehr zu tun als wir noch." [...], sodass so dieses Gefühl von "Wir sind hier die Einzigen, die stark arbeiten müssen" sich ein bisschen relativiert hat, ne?“

Es wurde zudem berichtet, dass man durch Hospitierende in der Sprechstunde allgemein offener wird, auch über Probleme seines ärztlichen Handelns zu sprechen.

IP8: „[...] wenn man erstmal anfängt die Sprechstunde in der Hinsicht offen zu halten, dass überhaupt jemand dabei ist, dann verändert sich schon enorm was. [...] Und dann entsteht so eine, entsteht unter den Kollegen auch eine Offenheit über die Dinge zu diskutieren, wie man es macht und wo denn vielleicht Defizite liegen.“

3.2.5.1.10 Negative Einflüsse / negative Erfahrungen?

Es wurde auch nach schädlichen Einflüssen von Hospitationen gefragt. In dieser Formulierung wurde die Frage immer verneint. Daher wurde die Frage in manchen Interviews (insgesamt n=6) etwas geändert und allgemeiner nach negativen Erfahrungen gefragt. Auf diese Weise wurden etwas informativere Antworten erreicht. In manchen Fällen (n=6) erübrigte sich die Frage allerdings auch, weil dieses Thema bereits an anderen Stellen im Gespräch zur Sprache gekommen war, oder die Befragten so eindeutig positiv über ihre Erlebnisse berichteten, dass die Frage überflüssig wurde. Insgesamt wurde sehr selten von negativen Erfahrungen berichtet.

Die wenigen negativen Erlebnisse umfassten Unpünktlichkeit von Hospitierenden, fachlich oder anderweitig faktisch falsches Feedback oder unaufgefordertes Einmischen der Hospitierenden in ein Konsultationsgespräch.

IP13: „Das war ein Mal eine Verbesserung [...], eine durch die Kollegin empfundene Verbesserung meiner Empfehlung, was ich als sehr unangenehm und unpassend empfunden hab. Und die noch dazu leitliniengerecht falsch war.“

IP17: „Und einer, der ist ziemlich negativ aufgefallen, nee zwei, zwei haben das gebracht, die mitten in der Konsultation angefangen haben, sich einzumischen. [...] Der hatte mich munter da depotenziert, indem er zeigte, was er kann, was ich nicht kann.“

IP19: „Haben sich dann hingestellt so (nachäffend): "Nee, mit den Wartezeiten, Mensch, ist ja alles blöd, weil die warten ja dann draußen noch." (unv.) Ist eine Praxis, die hat zwei Stunden Wartezeit, und bei uns sind es zehn Minuten, und wenn die dann noch zwei Minuten im Wartezimmer auf ihr Rezept warten. Da war schon ein bisschen Eifersucht mit dabei.“

3.2.5.2 Emotionale Aspekte bei Hospitationen

3.2.5.2.1 Gefühl von Augenhöhe und Wertschätzung

In fast allen Interviews hatten die Befragten das Gefühl, dass sich beide Beteiligten auf gleicher Augenhöhe befanden und wertschätzend miteinander umgingen.

IP4: „Und ich fühlte mich jetzt also nicht als Praktikant, sondern ich wurde schon als Kollege wahrgenommen. [...] Also war 'ne absolut angenehme Atmosphäre.“

IP8: „Absolut, das war sehr, das war sehr wertschätzend so [...]. Also jegliche Intervention oder also jegliche Fragestellung nur unter dem (.) ja unter dem Aspekt der Wertschätzung und nicht der Kritik.“

In manchen Gesprächen zeigte sich, dass die Befragten vor den Hospitationen Sorge hatten, dass ein Gefühl der Hierarchie zwischen Besuchern und Besuchten entstehen könnte. Diese Sorgen zerstreuten sich rasch noch während der Hospitation.

IP9 (über besucht werden): „Aber da habe ich nach den ersten drei, vier Konsultationen hab ich gleich das Gefühl gehabt, das ist ja auf Augenhöhe, auch medizinisch auf Augenhöhe. Da ist alles gleich und ich hab jetzt nicht hier einen Schlaubi-Schlumpf sitzen, der alles besser weiß oder so, sondern einen ganz normalen Hausarzt, der sich genauso um die Patienten bemüht wie ich.“

IP16 (über besuchen und besucht werden): „Das hat funktioniert, das war auf jeden Fall, dass das kollegial auf Augenhöhe war. Es ist natürlich, dass der Besucher der Besucher ist und der Platzhirsch der Platzhirsch ist und das, dadurch, dass ich es aus beiden Perspektiven kenne, ist es für mich im Endeffekt völlig gleichberechtigt kollegial.“

In einem Interview fiel es der befragten Person nicht leicht, die Frage nach der gleichen Augenhöhe zu beantworten:

IP22: „Wie soll ich das sagen? Vielleicht eher, würde ich da eher relativ unpersönlich dann sagen dazu. [...] Könnte nicht sagen, dass ich jetzt mich unwillkommen gefühlt habe, aber sagen wir mal, eine riesengroße Herzlichkeit habe ich jetzt nicht gespürt und...ich denke, dass das ein Mensch ist, der von sich selber eingenommen ist und so und sich da als Macher fühlt oder so oder ich hab mich auch eigentlich persönlich nicht angesprochen gefühlt. Lief da halt so mit.“

3.2.5.2.2 Bei der Arbeit beobachtet werden

In einigen Interviews kam zur Sprache, wie man damit umgeht, bei der Arbeit genau beobachtet zu werden. Besonders vor der ersten Hospitation spielte Nervosität eine Rolle, wenn auch nicht bei allen Befragten, die sich im Verlauf legte.

IP9: „Und nun ist man nicht alleine, sondern es sitzt noch jemand da, der das Ganze beobachtet. Das ist schon erstmal, da muss man sich erstmal überwinden.“

IP20: „Das war schon eine interessante Drucksituation. Man macht sich auch dann selbst vorher eben Gedanken, wird man anders mit Patienten umgehen?“

IP6: „Ich war überrascht eigentlich, ja, das hat mir eigentlich nichts ausgemacht. Es war schon eigenartig, weil ich halt ja für 27 Jahre nicht gewöhnt war, dass tatsächlich jemand neben dran sitzt. Ich hab auch wenig mit Famulanten oder so zu tun gehabt.“

In einzelnen Fällen wurde erwähnt, dass man nicht nur beobachtet wird, sondern letzten Endes auch sich selbst stärker beobachtet.

Meist bemerkten die Befragten jedoch, dass sie mit der Zeit zu ihrem gewohnten Arbeitsstil fanden.

IP21: „[...] ich sag mal so, nach einem halben Tag nehme, habe ich das gar nicht mehr wahrgenommen, dass da noch ein Dritter in der Praxis war.“

IP8: „[...] also wenn man einfach in dieser Situation mal war, dass da jemand sitzt und ohne dass man es verhindern kann, haargenau merkt, wo was läuft und wo was nicht läuft. Da, das macht ja was mit dir. Und das, ich glaube so würde ich das beschreiben. Und das und im Nachhinein geht man raus und sagt "War ja gar nicht so schlimm.", ne?“

Einige Befragte erwähnten, dass die Präsenz der Hospitierenden zusätzliche Aufmerksamkeit neben der Patientenversorgung erfordert, und die Hospitationen dadurch durchaus anstrengend sind.

IP8: „Also ich war ziemlich kaputt an dem Freitagabend, es war, hat halt ordentlich geschlaucht. Also das war schon...schon eine Konzentrationsleistung würde ich sagen, ne. Diese Bälle in der Luft zu halten.“

3.2.5.2.3 Einfluss auf die Arzt-Patienten-Kommunikation

Nur selten kam zur Sprache, inwieweit sich die Anwesenheit von Hospitanten auf das Arzt-Patienten-Gespräch auswirkte. Meist wurde nur die entspannte Patientenreaktion erwähnt (s.o.). Einzelne Befragte beschrieben subtile Unterschiede in der Arzt-Patienten-Kommunikation.

IP7: „Das, die Anwesenheit hat einen Einfluss auf die Kommunikation, man ist schon sehr bemüht, dass man da, oder ich sag mal, man passt anders auf sich auf, auf seine Kommunikation.“

IP3: „[...] was ich bei Patienten wahrgenommen hab und auch von meinem eigenen Gefühl her, war das keine Störung im Arzt - Patientenkontakt. Oder nee, sagen wir nur eine geringe Störung dann, keine gibt's ja nicht.“

3.2.5.2.4 Haltung des weiteren Personals

Das Verhältnis zwischen dem nichtärztlichen Personal der besuchten Praxen und den Hospitierenden war in der Regel unproblematisch. In einigen Fällen berichteten die Teilnehmenden, dass die besuchten MFA sich über das Interesse an ihrer Arbeit gefreut hätten und den Hospitierenden bei Fragen gerne behilflich waren.

IP13: „Sehr offen, sehr freundlich. Bin sehr nett aufgenommen worden, hab mich sehr wohl gefühlt und waren wirklich auch hilfsbereit, meine Fragen, die ich auch so ein bisschen mitgenommen hab von meiner Praxis, bemüht, sie auch zu beantworten. Also man hatte nicht das Gefühl, dass sie irgendwie die Anweisung hätten "Das dürfen Sie nicht sagen." oder irgend sowas.“

Nur in einem Fall wurde Gegenteiliges berichtet.

IP22: „[...] der, sagen wir mal, der subjektive viszerale Eindruck von den, von meinen Mitarbeiterinnen war so, dass es, dass sie dort...nicht jetzt großartig herzlich willkommen waren, sondern mehr so nicht grade, wie soll ich sagen, die waren nicht groß begeistert und das Ganze war mehr so der Eindruck, dass es eher etwas kalt ablief alles.“

Auch was den Empfang fremder Hospitierender in der eigenen Praxis betraf, zeigte sich ein ähnliches Bild: Die eigenen MFA hätten in der Regel aufgeschlossen auf die Hospitierenden reagiert und sich sehr über positives Feedback gefreut.

IP13: „Also ich informiere meine MFAs natürlich drüber und auch, ob es ihnen recht ist, dass die MFA einer anderen Kollegin da anwesend ist, weil das könnte ja auch unangenehm empfunden werden. Aber [...] die sind da ganz offen und ich hab den Eindruck, die sind da sehr gut miteinander klar gekommen und (es) hat ihnen auch Freude gebracht.“

Nur ein Befragter hatte den Eindruck, seine MFA wäre nicht sehr erfreut über den Besuch gewesen. Dies sei aber schließlich nicht so relevant geworden, da der Hospitierende ohnehin kaum Kontakt mit ihr gehabt hätte.

3.2.6 Kommunikation des Feedbacks

In den Interviews gingen die Befragten von sich aus nur selten darauf ein, wie sich die Feedbackrunden anfühlten. Um besser zu verstehen, inwiefern die Angst vor kritischem Feedback eine Hürde bezüglich der Hospitationen sein könnte, wurde nach wenigen Interviews eine Frage zu diesem Thema in den Leitfaden aufgenommen. Da die Feedbackrunden mit sehr unterschiedlicher Konsequenz durchgeführt wurden, waren nicht in allen Interviews entsprechende Aussagen möglich. Aus den Antworten wurden die folgenden Kategorien erstellt.

3.2.6.1 Kritik formulieren

Einige Befragte fanden das Formulieren von Kritik recht unproblematisch, wenn auch z.T. etwas gewöhnungsbedürftig. Im Wesentlichen sei es aber gut machbar, wenn man die Kritik freundlich und wertschätzend formuliert.

IP12: „Es war ungewohnt, weil man ja auch dann eine entsprechend diplomatische Sprache finden muss dafür, aber ging gut.“

IP18: „Ja, also, wobei das natürlich eine Frage der Technik ist, nicht? Dass man das mehr als Problem oder als Idee oder als Besonderheit oder wie auch immer darstellt.“

Etliche Befragte waren z.B. im Unterrichten von Studierenden oder in Qualitätszirkelarbeit erfahren, so dass ihnen die Erfahrung/Ausbildung zu diesen Themen zugutekam.

IP15: „Naja, also das ist mir jetzt nichts neues Feedback zu geben. Ich, wenn man im Unterricht tätig ist, muss man Feedback geben. Also es ist jetzt nichts, mich nichts weiter Beschäftigendes.“

Die kurzen Gespräche zwischen den Arzt-Patienten-Kontakten konnten ebenfalls hilfreich sein, für das Feedbackgespräch eine entsprechend konstruktive Atmosphäre zu erzeugen.

IP20: „[...] es ist aber dadurch gelungen, dass man wirklich vorher nach jedem Patienten schon mal gesprochen hat, d.h. dadurch wurde einfach die Atmosphäre entspannt und man konnte das am Schluss dann auch Feedback so ein bisschen besser zusammenfassen.“

Einige Befragte erwähnten dennoch, dass es schwierig sein kann, den richtigen Ton zu treffen. Letztlich sei dies auch eine Frage der Erfahrung und eine Fertigkeit, die man lernen sollte.

IP18: „Also das ist eine schwierige Aufgabe könnte man sagen, eine schwierige Aufgabe, die man erlernen kann, soll und muss, aber wenn man es dann kann und dann geht das gut.“

IP20: „Ansonsten ist es natürlich schon so eine Gratwanderung... man möchte halt nicht nur, ich sag mal, das Positive herausstellen und was einem negativ aufgefallen ist ausblenden (lacht) und dann das andere aber eben weder, also nicht verletzend, sondern wertschätzend rüber zu bringen und ich sag mal, als konstruktive Kritik. Das ist so ziemlich schwierig muss man sagen.“

In manchen Fällen wurde aber auch erkennbar, dass kritikwürdige Aspekte aus Rücksichtnahme zurückgehalten wurden.

IP16: „Kollegen sind da recht zurückhaltend, dass sie mich da schonen wollen und daher eher wenig Kritik äußern. Und ich bin da auch sehr, sehr vorsichtig und merk das dann eher an, dass ich das halt anders mache, dass es die Möglichkeit gibt. Ich erwähne dann eher, auch um die Kollegen zu schonen, wenig, was ich davon wirklich halte, dass ich das halt tendenziell kontraproduktiv empfinde. Zitiere dann eher mal eine Studie oder berufe mich dann auf Fakten.“

Es wurde deutlich, dass die Befragten in der Regel nicht ihre Aufgabe darin sahen, sich zum Richter oder Kontrolleur über die jeweiligen Hospitationspartnerinnen bzw. Hospitationspartner aufzuspielen. Die Mehrzahl der Befragten suchte eher Anregungen für die eigene Arbeit.

IP15: „Man muss nicht korrigieren und ich bin nicht dazu da, denen zu sagen, wie es richtig geht, sondern letztendlich ist ja dieses stille mal anschauen und wirken lassen das, was wirklich horizontweiternd ist.“

Einzelne waren aber auch bemüht, konstruktive Veränderungen beim Gegenüber auszulösen.

IP18: „[...] weil ich ja auch immer versuchen würde, bei jedem anderen eine gewisse Änderung (herbeizuführen), was mir aufgefallen ist, was ich nicht so gut fand, ne?“

Letztlich war es allerdings längst nicht immer so, dass die Besuchenden überhaupt Dinge entdeckt haben, die sie kritisieren würden, so dass sich dementsprechend das Feedback ausschließlich auf positive Aspekte konzentrierte.

IP13: „[...] ich hab ja nichts Negatives finden können, sonst hätte ich das ja mal in die Sandwich-Technik verpackt. Aber das war eigentlich ein nettes, kollegiales, freundschaftliches Gespräch.“

Nicht immer war es für die Besuchenden einfach, zu entscheiden, ob sie etwas kritisieren möchten, sei es aus Mangel an medizinischer Erfahrung oder einfach deswegen, weil in vielen medizinischen Situationen der beste Weg gar nicht klar definiert werden kann.

IP21: „[...] aber ich bin jetzt vielleicht auch nicht so der...der super kritisch Naseweise, der genau mal wüsste, wie es alles richtig sein müsste. So ich hab mich auch eher dann ein bisschen zurückgehalten, und gesagt nur was mir auffällt, was anders ist als bei mir. Also eher dann so im Sinne, ich spreche die Sachen an, die ich anders gemacht hätte, wobei ich dann eher überlege, sollte ich es vielleicht anders machen?“

IP15: „Die (jüngeren Kollegen) geben oft auch relativ wenig Feedback jetzt aus ihrer Sicht, weil die ja oft noch ganz am Anfang ihrer Laufbahn stehen.“

3.2.6.2 Kritik empfangen

Kritisiert zu werden kann nützlich und produktiv sein, birgt aber auch das Risiko, dass man sich gekränkt oder zu Unrecht kritisiert fühlt. In den Interviews wurden all diese Aspekte formuliert, wobei die Befragten grundsätzlich die konstruktive Seite der Kritik betonten.

IP16: „Ich hab wenig (kritisches Feedback) gekriegt. Vom Kopf her sage ich mir, das ist fein. Ich kann mir vorstellen, dass ich mich dann auch gekränkt fühlen würde.“

IP17: „Unangenehm. Aber es ist ja nötig. Also das ist genau, das ist ja genau das, wo wir mit Sicherheit davon ausgehen können, dass wir alle unsere blinden Flecken haben, bestimmte Dinge einfach nicht wahrnehmen, nicht auf dem Schirm haben und das rüttelt einen wach. Also hinterher ist es gut, im Moment möchte man manchmal im Boden versinken.“

Das Empfangen von Feedback bzw. die möglicherweise negativen Emotionen dazu sei – analog zum Geben von Feedback – etwas, was gelernt werden kann, und dem man sich bereit sein muss zu stellen.

IP18: „Es ist eine gewisse [...] erhöhte Routine notwendig, dass man das nicht als, als Kränkung oder geringe Wertschätzung oder sowas einstuft, sondern eben versucht, sich klar zu machen, dass das Feedback von dem anderen ja eben gut gemeint ist, positiv gemeint ist, oder wie auch immer.“

IP15: „Das Feedbacknehmen ist ja auch wichtig, das zu lernen. Nicht nur das Geben, sondern auch das Nehmen.“

IP21: „[...] wenn da jemand irgendwas kritisch sieht, dann sieht er das kritisch. Ich muss halt prüfen, kann ich damit leben oder kann ich nicht damit leben?“

Meist war es aber eher so, dass die kritischen Punkte eher als positive und wichtige Anregungen empfunden wurden, und keineswegs negative Emotionen hervorriefen. Besonders wenn die Kritik in wertschätzender Weise kommuniziert wurde, war es einfach, die Anregungen anzunehmen.

IP19: „Ja, also wir haben bei uns ein Fehlermanagement in der Praxis, wir empfinden das als positiv, wenn jemand sagt "Du warum macht ihr das denn, ist doch totaler Käse, geht doch da und damit leichter." Dann sagen wir "hey, wie meinst Du das, wie würdest Du das machen? Was machst du leichter, was wir jetzt schon machen?" [...] Und dann überlegen wir im Team ob das was für uns wäre und dann setzen wir das um.“

IP3: „eben Anregungen, also es waren dann nicht unbedingt jetzt nicht nur kritische Dinge, sondern auch Anregungen, kann man dann natürlich auch viel besser an sich ranlassen.“

Auch bei Themen, die den Besuchten ohnehin schon als kritikwürdig bekannt waren, war es leicht, sich auf die Anregungen einzulassen.

IP21: „Ja, wirklich entspannt, ja. Also, weil [...] sag ich mal, auch die kritischen Punkte, die angesprochen werden, die sind mir durchaus auch selbst bewusst.“

Einzelne Befragte hatten das Gefühl, dass man die kritischen Seiten des Feedbacks allerdings auch schneller vergisst.

IP14: „[...] man vergisst das negative Feedback natürlich auch am schnellsten (lacht).“

Wie bereits erwähnt empfanden manche Hospitierende eine gewisse Scheu, kritische Punkte anzusprechen. Einige Befragte forderten ihre Hospitierenden daher gleich zu Beginn auf, aufmerksam für kritische Aspekte zu sein und diese im Feedback anzusprechen, um die Hospitierenden an dem Punkt zu entlasten und für sich mehr nützliches Feedback zu gewinnen.

IP19: „Ich muss [...] ansagen: Sag mir was ich besser machen kann. Und dann geht es los. Also, wenn ich den ersten Schritt tue.“

IP14: „Eigentlich habe ich vorher ganz klar formuliert, dass ich ein Feedback möchte nach Zuckerbrot und Peitsche, also was ist wirklich: Was gefällt, was ist gut? Was nehmen die Hospitanten mit? Und was hat Ihnen nicht gut gefallen oder wo sehen sie Potential zum Verbessern?“

3.2.6.3 Eigene Bereitschaft zur Feedbackschulung

Nach einigen Interviews wurde der Interviewleitfaden um die Frage ergänzt, inwiefern die Befragten bereit wären, eine Schulung zum Geben und Empfangen von Feedback zu besuchen. Es zeigte sich daraufhin, dass einige Befragte durchaus gerne eine Schulung besuchen würden. Andere lehnten dies ab, manchmal auch vor dem Hintergrund, dass sie bereits dahingehend geschult seien (QZ-Moderator, Kommunikationsschulungen für den Studentenunterricht o.Ä.).

IP13: „[...] ich selber würde mir sowas (Schulung) jetzt eher wünschen und gut vorstellen können.“

IP12: „Ja, die Grundregeln des Feedbackgebens sind mir auch aus der Unterrichtstätigkeit in der Allgemeinmedizin bekannt. Und von daher hätte ich [...] den Druck eine Extrafortbildung zu machen als sehr störend empfunden.“

Ein Befragter wies darauf hin, dass man als Hausarzt/Hausärztin ja bereits aus der Berufspraxis heraus sehr geübt sei im Feedback geben, um z.B. Lebensstiländerungen bei Patientinnen und Patienten zu erreichen.

3.3 Ansichten und Meinungen

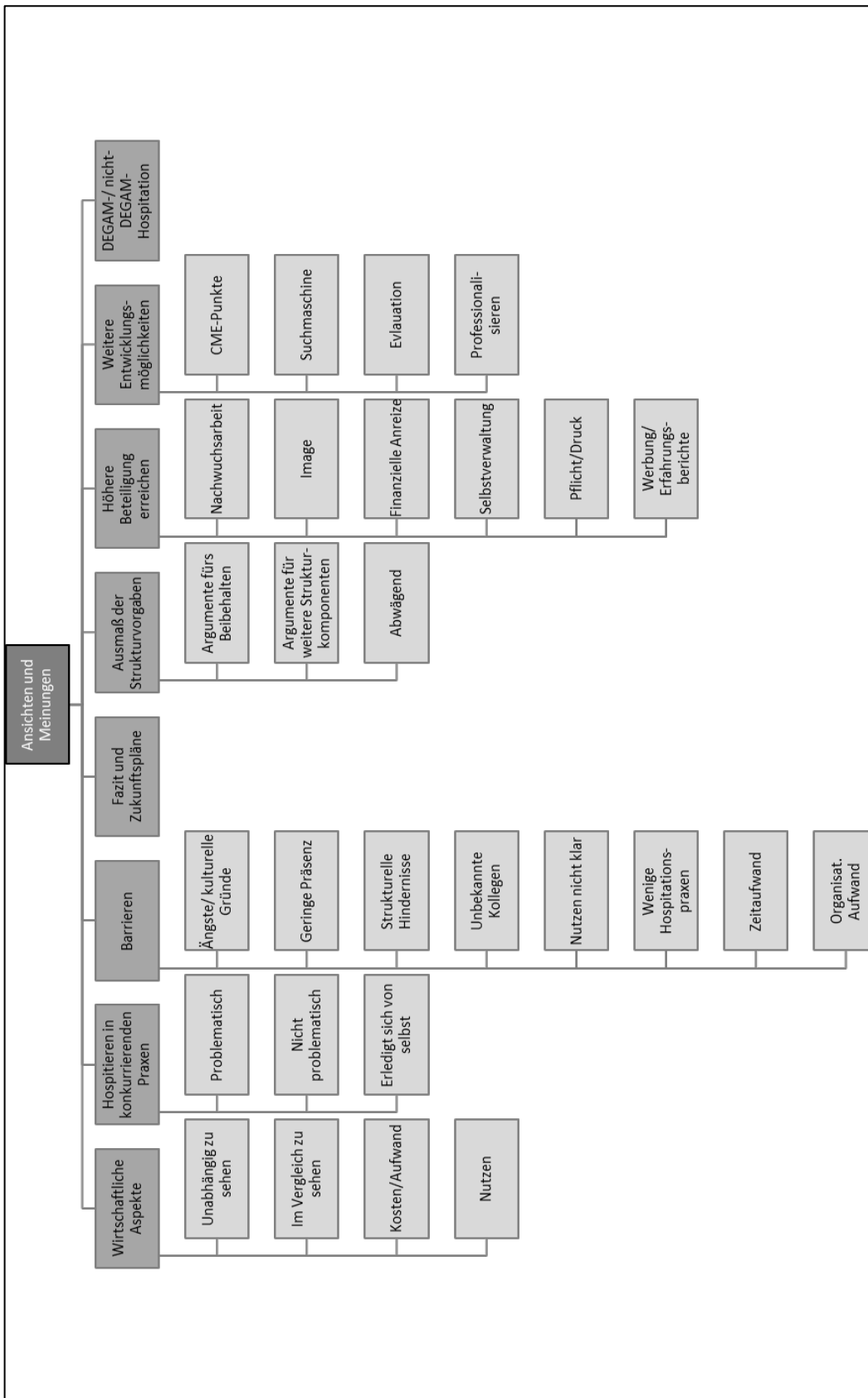


Abbildung 3: Übersicht über alle Kategorien im Abschnitt 3.3 (Ansichten und Meinungen)

3.3.1 Wirtschaftliche Aspekte

Im Vorfeld wurde diskutiert, ob der Verdienstausschlag an Tagen, an denen ein Praxisteam hospitieren geht, eine finanzielle Hürde darstellen könnte. Um dies und andere ökonomische Aspekte der Hospitationen zu explorieren wurden einige Fragen zu wirtschaftlichen Aspekten des Hospitierens gestellt. Aus den Antworten wurden die folgenden Kategorien erstellt.

3.3.1.1 Unabhängig von wirtschaftlicher Betrachtung

Es zeigte sich, dass für viele Befragte wirtschaftliche Überlegungen, abhängig von den individuellen Zielen und Motiven, gar keine oder nur geringe Relevanz besaßen.

IP24: „Ich glaube, dass das...völlig unabhängig zu sehen ist von wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ich glaube, es ist weder günstig, noch ungünstig, [...]. Ich hab, der Gedanke ist mir völlig fremd, das unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu betrachten.“

IP22: „Es hat halt meinen Horizont erweitert, aber einen wirtschaftlichen Gewinn habe ich nicht daraus gezogen. [...] das hat nix mit wirtschaftlich zu tun jetzt. [...] Das ist mehr so Idealismus [...] ich bin in manchen Dingen Idealist, wo ich Sachen mach, die mir (wirtschaftlich) nicht das Geringste bringen. [...] ich würde eher sagen, wenn ich jetzt da teilgenommen habe, dass das aus Hobbygründen war.“

IP9: „Also man steckt da ein bisschen was rein, aber so wenig. Das macht bei dem großen Kuchen nichts aus. Also mir nicht jedenfalls [...]. Kann man sich leisten. Das ist kein Problem.“

IP23: „[...] also es kommt drauf an, wie die Motivation des Menschen ist, der hospitiert. Will der was verändern, will der sich was abgucken? Dann könnte er wirtschaftlich profitieren.“

3.3.1.2 Im Vergleich zu betrachten

Einige Befragte zogen zur Beurteilung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses den Vergleich mit anderen Fortbildungen heran.

IP20: „[...] vom Preis-Leistungsverhältnis (lacht) von anderen Fortbildungen, für die man auch Geld ausgibt und wo man ja auch hinfahren muss, ist eigentlich so eine Praxishospitation von dem, was man daraus zieht, halte ich für sehr wirtschaftlich.“

IP6: „Ich würde mal sagen, das ist so wie Fortbildung [...] Naja, also natürlich Fortbildung bringt einem nichts finanziell. Es sollte, wenn es geht, nicht allzu teuer sein.“

Zum Teil wurde der Sachverhalt auch allgemeiner als ein Abwägen von Kosten und Nutzen dargestellt.

IP19: „Kostenneutral. Also, ich muss ja einen Tag Urlaub nehmen, ne? [...] ich muss halt überzeugt sein, dass der Benefit die Kosten, die ich dadurch habe, oder den Gewinnausfall oder den Umsatzausfall, den ich dadurch habe, wieder wettmacht.“

3.3.1.3 Schilderung der Kosten / des Aufwands

In manchen Gesprächen führten die Befragten genauer aus, in welchen Bereichen Kosten bzw. Aufwand entstehen kann. Kosten entstehen durch Fahrt- und Unterkunftskosten und auch durch Verdienstauffälle: Die Besuchenden müssen ggf. die eigene Praxis für einige Zeit schließen, die Besuchten können evtl. weniger Patientinnen und Patienten in der fraglichen Zeit behandeln. Auch die erhöhte Aufmerksamkeit und Konzentration kann als zusätzlicher Aufwand eine Rolle spielen.

IP8: „Ja, erstmal in dem Moment...kann ich ja meine Termine nicht einhalten, ne? Und bin da eine Stunde länger am Arbeiten und es ist nicht nur die Stunde, sondern die Intensität ist auch viel höher, ne? Also das ist schon etwas, wo ich erstmal ein, schon deutlich mehr Energie verbrauche, als an einem normalen Tag. Bei mir ist es nicht Geld, sondern Energie.“

IP16: „In Zahlen, mein Arbeitstag ist 1.000€ wert. [...] wenn der Hospitant kommt, dann hab ich vielleicht 20% weniger. Also das kostet mich 200€. Wenn ich besuche, habe ich 1.000€ weniger. [...] die MFA kostet ungefähr 20€ die Stunde, also 100€ am Tag. Und da ist es auch so, dass sie 20% weniger, wenn jemand kommt und 100% Ausfall, wenn sie irgendwo hingeh.“

IP13: „Also es ist kein Gewinn. Also kein, ökonomisch betrachtet ist es ein Verlust. [...] Ich mein, es macht ja alles Freude und deswegen kann ich das ja nicht in Geld werten, aber wenn ich jetzt einen Betriebswirtschaftler nehme, der würde wahrscheinlich sagen: "Also da, du bekommst kein Geld dafür und du hast jetzt länger gebraucht für dieselbe Arbeit, also hast du im Grunde ein Minus gemacht im Verhältnis zu dem, wenn er nicht da ist.“

Manche Befragte wiesen allerdings darauf hin, dass der Wert eines einzelnen Praxisarbeitstags nicht so einfach zu berechnen ist, da die Vergütung der Behandlung gesetzlich Versicherter nur mittels quartalsweiser Pauschalen u.a. aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) (76) erfolgt.

IP6: „Ich denk, das ist neutral. So, ich meine, das ist ja ungefähr so, wenn ich sagen würde, ja was bringt eine durchschnittliche Sprechstunde irgendwann mitten in der Woche oder so, ne? [...] das kann ich ja nicht kalkulieren. Wenn also jetzt drei kommen [...], die ansonsten im Quartal nicht gekommen wären, ja dann bringt mir diese Sprechstunde was. Und wenn die ganzen Chroniker zum zehnten Mal kommen, dann eben nicht.“

IP24: „Also es ist so, wenn einer zu mir kommt und ich hab ein paar weniger Patienten, das fällt in Zeiten der pauschalierten Medizin null Prozent ins Gewicht. Die, die an dem Tag nicht zu mir kommen, sind eben dann beim Kollegen oder kommen am nächsten Tag und da geht kein Euro verloren. Wenn ich wohin fahre, dann hab ich etwas... Benzin, was ich verbrate, und ich muss für 20€ Brotzeit kaufen, was ich für das Praxisteam mitnehme, und das sind Peanuts im Vergleich zu dem Gewinn, den man da hat.“

3.3.1.4 Schilderung des Nutzens

Wenn die Befragten über den Nutzen sprachen, der den ggf. anfallenden Kosten gegenübersteht, dann wurde deutlich, dass dieser sowohl wirtschaftlich als auch ideell, oder beides sein konnte.

Einige Befragte zogen einen direkten wirtschaftlichen Nutzen aus ihren Hospitationen, indem sie beispielsweise im Anschluss effizientere Praxisabläufe eingeführt hatten. In einem Fall wurde das Feedback der Hospitierenden als eigenständige, geldwerte Leistung betrachtet.

IP18: „Geldwerte Analogleistung ist ja Lob. [...] irgendwann stumpft sich das ja ab, wenn ich meine Mitarbeiter immer lobe und deswegen ist es hilfreich, wenn andere sie loben [...] das ist für mich schon ein wirtschaftlicher Aspekt.“

IP4: „Ja für mich hat sich das [...] auf jeden Fall auch wirtschaftlich gelohnt, weil ich mit (Name d. Kollegen) auch durchaus einige...EBM-Sachen besprochen hab, Hausarztverträge besprochen habe [...]. Und jetzt eben auch an noch weiteren Hausarztverträgen, insofern sie halt in (Bundesland d. Teilnehmers) kommen, wirklich teilnehme. [...] Insofern hat sich das schon gelohnt und auch durch die Umsetzung von praxisinternen Arbeitsabläufen, also Verbesserung der Arbeitsabläufe, spart man natürlich auch Geld.“

Darüber hinaus erwähnten manche Befragte, dass der Nutzen auch ideeller Natur sein kann oder erst im Verlauf wirtschaftlicher Nutzen entsteht, z.B. über gesteigerte Zufriedenheit und besseres Betriebsklima.

IP14: „[...] auch für das, was ich an Zufriedenheit erlange...das kann ich natürlich nicht direkt in Geld ausdrücken, aber es wird mir natürlich, wenn es mir gut und besser geht und ich gut fortgebildet bin, natürlich auch...in der Kasse mehr klingeln, nicht?“

IP17: „Und für mich lohnt, für mich persönlich lohnt es sich, weil ich einfach zufriedener bin. [...] Und das ist für mich Burnout-Prophylaxe.“

IP13: „[...] ich sehe den ökonomischen Gewinn auch darin, [...] dass man sagt: "Wenn du ein gutes Betriebsklima hast und Leute, die gerne und gut arbeiten oder auch Kleinigkeiten sind, die vielleicht jetzt nicht in diesen unmittelbaren Euro/Cent bemessbar sind, wenn die das lernen, dann ist das ja insgesamt auch ein ökonomischer Gewinn letztendlich.“

IP16: „Wobei natürlich Qualitätsverbesserungen manchmal auch mit wirtschaftlichen Verlusten einhergehen, wenn ich dann denke "Okay, ich mach das jetzt gründlich, um korrekt zu arbeiten." ist das eine Sache, die vielleicht etwas mehr Zeit braucht und ich mich damit dann wohler fühle. Und vielleicht irgendwann mal meine Haftpflichtversicherung entlastet.“

3.3.2 Hospitieren in konkurrierenden Praxen

Im deutschen Gesundheitssystem kann es vorkommen, dass Arztpraxen, die räumlich nah beieinander liegen, in wirtschaftlicher Konkurrenz zueinander stehen, da die Patientinnen und Patienten im Rahmen der freien Arztwahl nach §76 SGB V jederzeit zwischen den Praxen auswählen können. Es wurde daher in den Interviews gefragt, inwiefern dies eine Hürde für Hospitationen im näheren Umfeld sein könnte. Die Antworten auf diese Frage legen den Schluss nahe, dass es entscheidend auf die kollegiale Atmosphäre zwischen den Praxen einer Region ankommt.

Unterschiede zwischen Stadt und Land oder hausärztlich unter- bzw. überversorgten Gegenden ließen sich nicht eindeutig erkennen. Aus den Antworten wurden die folgenden Kategorien gebildet.

3.3.2.1 Problematisch

Einige Befragte konnten für ihre Region bestätigen, dass Barrieren bezogen auf Hospitationen in benachbarten Praxen existieren. Deziert wirtschaftliche Gründe spielten zumindest für die Befragten selbst eher keine Rolle. Manchmal wurde nur das Gefühl geschildert, eine Hospitation sei zu „intim“ oder man hätte allgemein kein gutes Verhältnis zu einzelnen Nachbarpraxen.

IP5: „Naja, wenn man jetzt Kollegen am Ort sich vorstellt, könnte ich mir vorstellen, dass manche das nicht wünschten. Weil sie meinen, man nimmt sich die Butter vom Brot oder irgendwelche idiotischen Ideen, ja? Aber vom Prinzip sollte das auch kein Problem sein. Also für mich wär es kein Problem, ja? [..]“

IP15: „Ja. Ist wahrscheinlich auch ein Hemmschuh. [...] Also es gibt jetzt z.B. eine Praxis, mit der ich nicht die besten freundlichen Beziehungen pflege. Wenn die, es würde mich irritieren, wenn von denen eine Hospitationsanfrage käme, aber das würde ich auch nicht nehmen.“

IP8: „Ich glaube [...] das fände ich ein bisschen zu intim, da jetzt zu sagen, ich will mal bei dir zwei Tage sein. Ich glaube da, eine gewisse Distanz ist gut. [...], aber auch mit den benachbarten Praxen stehen wir als Hausärzte ja nicht mehr in wirtschaftlicher Konkurrenz, muss man heutzutage sagen. Wir haben alle genug Scheine, genug zu tun.“

IP22: „Also das sollte nicht, geografisch nicht zu nahe sein, weil dann kommen andere Faktoren ins Spiel [...], da fühlt man sich dann in die Karten geschaut oder was, das möchte man nicht. Man möchte es nicht preisgeben. Also ich zumindest nicht.“

3.3.2.2 Nicht problematisch (ggf. aber für andere Regionen vorstellbar)

Ein großer Teil der Befragten hatte nicht das Gefühl, dass Konkurrenzdenken ein Problem sei, zumindest nicht in der eigenen Region. Viele Befragte konnten sich aber vorstellen, dass es in anderen Regionen diesbezüglich zu Problemen kommen könnte.

IP1: „Also, da muss ich sagen, wir haben hier ein sehr gutes Klima, dadurch, dass wir Praxisvernetzung sind, auch, und da ist es so, dass die Hausärzte eher zusammen kooperieren als konkurrieren. (..) Aber das kann schon woanders möglich sein.“

IP3: „In überversorgten Gebieten kann ich mir schon vorstellen, dass es ein gewisser Konfliktpunkt sein könnte. Hängt ja dann auch ein bisschen ab, wie die Praxen dann miteinander kooperieren oder miteinander auskommen.“

IP20: „Wir haben ja auf dem Land ein Problem mit zu wenig Ärzten, also ein Konkurrenzdenken gibt es jetzt hier bei uns nicht...wenn ich mir überlege, wenn das hier anders wär, dass wir quasi um Patienten buhlen, könnte das ein Hinderungsgrund sein, ja.“

IP23: „Das ist ein Ballungsraum, es ist eine, ein kleiner Stadtkern, in dem in jedem Haus eigentlich Arztpraxen sind. [...] Es sind so viele Konkurrenten, das ist kein Problem.“

IP16: „[...] praktisch bin ich auch ein Freund davon, mit den Nachbarn zu sprechen und sich auszutauschen, weil ich [...] auch die Konkurrenzsituation dadurch eher entlastet sehe, dass man sieht, der arbeitet so, ich arbeite so, ich brauch keine Angst vor dem zu haben. [...] Das einzige, was halt irritierend sein könnte, ist, dass Patienten, die gewechselt haben, mich da sehen. Und selbst da kann ich drüberstehen.“

Einige Befragte hielten es insgesamt für sehr unwahrscheinlich, dass es überhaupt dazu kommen kann, dass Patientinnen bzw. Patienten von einer zur anderen Praxis herüberwandern, weil die Situation des Hospitierens nicht dazu geeignet ist, besonders tiefgreifende Geheimnisse zu ergründen oder sich den Patientinnen bzw. Patienten besonders anzudienen.

IP5: „Also da werden keine Betriebsgeheimnisse verraten oder ist wohl kaum zu befürchten, dass auf einmal Patienten abströmen oder irgendwelchen Kram.“

IP3: „Dadurch, dass ja derjenige, der hospitiert, da nicht groß was von sich gibt, während der Patient da ist, [...] halte ich das (Risiko) auch für relativ gering. Dass da jetzt wirklich irgendwas passiert, dass Patienten deswegen wechseln oder irgendwas, das glaub ich nicht.“

Einzelne Befragte wiesen auch darauf hin, dass die Bereitschaft zur Hospitation und Konkurrenzdenken sich im Grunde gegenseitig ausschließen.

IP21: „Ich würd ja bei einer Hospitation voraussetzen, dass in gewisser Weise die Chemie zwischen dem Hospitierten und dem Visitor stimmt, ja. Und wenn die stimmt, dann kann daraus eigentlich keine Konkurrenz [...] entstehen, ne. [...] Also wenn da jemand mich visitieren würde und als erstes im Wartezimmer sein Visitenkärtchen verteilt, dann würde ich sagen, da stimmt etwas nicht (lacht).“

3.3.2.3 Problem wird sich von selbst erledigen

Mehrere Befragte hatten den Eindruck, dass der Konkurrenzgedanke zwischen Hausarztpraxen sich langsam auflöst. Zum einen Sorge der Hausarztmangel dafür, dass pro Praxis mehr als genug Arbeit da sei, und zum anderen sei ein Mentalitätswandel bei jungen Ärztinnen und Ärzten hin zu mehr Kooperation festzustellen.

IP18: „Ja, das ist eine veraltete Frage, meine ich. Oder eine Frage, die eh nur noch ganz wenige Regionen betrifft. In der Regel ist ja heutzutage so, dass die Kollegen froh sind, wenn sie nicht noch mehr arbeiten müssen [...].“

IP4: „Also ich mach die Erfahrung, dass das eher ein Problem war zwischen Jung und Alt. Also ich bin jetzt 10 Jahre niedergelassen, aber ich hatte nur Probleme mit den älteren Kollegen, die so ihren eigenen Stiefel gemacht haben. Und ich hab mit den jüngeren Kollegen, die jetzt nebenan die Praxis haben, oder auch ein bisschen weiter entfernt,

überhaupt keine wirtschaftlichen- (.) [...] wir gucken eher, [...] dass wir uns gegenseitig helfen.“

3.3.3 Hinderungsgründe und Barrieren für Hospitationen

Zu Beginn der Studie hatte die DEGAM etwa 6000 Mitglieder (77). Vor diesem Hintergrund wirkte die Zahl derer, die sich als Hospitationspraxis haben registrieren lassen, sehr gering. Die Teilnehmenden wurden daher gefragt, ob sie Gründe für die augenscheinlich niedrige Bereitschaft zu Hospitationen erkennen könnten. Aus den Antworten wurden die folgenden Kategorien generiert.

3.3.3.1 Ängste und kulturelle Gründe

Viele Befragte vermuteten Ängste, die z.T. auf kulturelle Gegebenheiten und letztlich auch mangelndem Reflexionsvermögen beruhen, als wesentliche Hürde. Mehrfach vermuteten die Befragten, dass viele Hausärztinnen und Hausärzte Angst davor hätten, sich dem kritischen Urteil Anderer auszusetzen, oder dass man z.B. veraltete Therapien bei ihnen bemerkt. Zudem sei die Vorstellung, dass man auch und gerade von anderen Hausärztinnen und Hausärzten etwas lernen kann, in Deutschland noch wenig etabliert.

IP1: „Naja das sind die typischen Berührungängste, die viele Ärzte haben, dass die Ärzte lernen müssen, wenn sie einen Fehler machen, sei es organisatorisch, sei es im Umgang mit Patienten, dass sie da offener dafür werden sollten. Also die Angst, dass der andere einem sagt, „das machst du aber falsch“ oder so, denke ich sind schon Gründe.“

IP3: „Also ich glaube, dass in zumindest in (Praxisort) die Idee, dass man von Allgemeinärzten was lernen kann (lacht), wenn man Allgemeinarzt ist, sowieso völlig auf Unverständnis stößt. [...] Es wird immer gedacht, die Spezialisten müssen uns beibringen, wie bestimmte Dinge gehen.“

IP4: „Ein anderer Grund, könnte ich mir vorstellen, ist doch, dass manche Kollegen vielleicht denken "Ich möchte nicht beobachtet werden von einem anderen Kollegen. Und womöglich das, von dem ich eh weiß, dass man's nicht mehr machen soll." Was weiß ich, i.m.-Spritzen bei Rückenschmerzen oder so, [...].“

IP19: „Ich denke, wenn so ein Arzt erkennt, was er für einen Vorteil davon hat, dann ist das super, dafür muss er aber entsprechend reflektiert sein. Und da hapert's bei uns.“

IP7: „Das ist sicherlich nicht nur ökonomisch determiniert, sondern vielleicht auch sozial und psychisch. Das hat was mit damit zu tun, dass wir als Unternehmer natürlich immer zusehen, dass unser Unternehmen läuft und dass man da sich nicht so gerne stören lässt dabei.“

3.3.3.2 Geringe Präsenz der Idee

Die Idee der Praxishospitation ist in Deutschland noch recht neu. Viele Teilnehmende äußerten die Vermutung, dass das Konzept daher vielen Ärztinnen und Ärzten bislang nicht bekannt sei. Einige

Befragte wiesen darauf hin, dass das Thema zu wenig öffentlich diskutiert bzw. selbst innerhalb der DEGAM kaum beworben würde. Erschwerend ist, dass die DEGAM rein von ihrer Mitgliederzahl her nur einen kleinen Teil der Hausärzteschaft abbildet.

IP13: „Also zum einen ist es sicher wenig bekannt. Ich mein, innerhalb der DEGAM-Leute ist es schon bekannt. Und ich glaub, das sind auch die, die es am häufigsten nutzen. Aber die DEGAM-Bekanntheit ist, auch wenn die Zahl, Mitgliederzahl doch deutlich steigend sind, sehr begrenzt leider.“

IP20: „[...] ich halte dieses ganze Programm auch nicht für sonderlich präsent. [...] na ich bin jetzt über den Listserver irgendwann mal drauf gekommen, habe das, glaube ich, einmal in der ZfA (Zeitschrift für Allgemeinmedizin) gelesen. Verglichen natürlich mit anderen Fortbildungen, für die man ständig irgendwie per Mail oder ähnlichem eingeladen wird.“

3.3.3.3 Strukturelle Hindernisse im deutschen Medizinsystem

Einige Befragte nannten Hinderungsgründe, die aus der Struktur der ärztlichen Verwaltung in Deutschland resultierten. Dazu zählten geringe Anreize aus dem CME-Punkte-System heraus, die föderale Struktur der Ärztekammern oder Probleme im Selbstverständnis der Ärztinnen und Ärzte, die mit der Entstehungsgeschichte des Facharztes für Allgemeinmedizin zusammenhängen.

IP12: „[...] er konnte keine (CME-) Punkte geltend machen. Und das könnte auch ein gewisses Hemmnis sein.“

IP20: „[...] das Zweite ist natürlich, dass das mit der Punktvergabe und Anerkennung durch die Landesärztekammern ja noch nicht wirklich einheitlich geregelt ist.“

IP18: „[...] oder was weiß ich, Chirurg hat großen Fehler gemacht, der musste sich irgendwo als praktischer Arzt niederlassen, ist dann irgendwann konvertiert über die Übergangslösung zum Arzt für Allgemeinmedizin. Das sind ganz andere Kollegen, als die, die wir jetzt als AiW's¹⁴ produzieren, nicht?“

3.3.3.4 Unbekannte Kolleginnen und Kollegen

Es kann – wie bereits geschildert – hilfreich sein, wenn sich die Hospitationspartner vorher schon kennen. Umgekehrt kann es für einige Befragte eine Barriere gegenüber Hospitationen sein, wenn man weiß, dass man sich auf unbekannte Kolleginnen bzw. Kollegen einlassen muss und kein Gefühl dafür hat, was einen erwarten könnte.

IP15: „Wenn man Leute so auf Fortbildungen kennenlernt, dann hat man mal zumindest ein Gefühl, ist das jemand, wo ich mir das vorstellen kann? Und dieses Grundgefühl sollte natürlich da sein und wenn man Leute nicht kennt, kann man das nicht haben. Und das ist sicher ein Hinderungsgrund.“

¹⁴ AiW=Arzt in Weiterbildung

IP20: „In dem Moment, wo man sich einträgt als Hospitationspraxis, sagt man ja ganz klar, ich bin jetzt nicht nur für Freunde da, sondern eben auch [...] im Zweifelsfall für Fremde, die ich noch nie gesehen hab, ich glaub, dass das ein Schritt ist.“

3.3.3.5 Nutzen nicht klar

Mehrfach wurde erwähnt, dass es insbesondere bei unbekanntem Partnerpraxen schwierig ist, zu ermitteln, welchen Nutzen man überhaupt aus einer Hospitation ziehen könnte.

IP20: „[...] der Hinderungsgrund zu jemandem zu gehen, der einem völlig unbekannt ist, [...] ist, dass einem die Informationen so lange fehlen. [...] also ich zumindest habe nicht die Zeit, bei jedem Kollegen, der sich da als Hospitationspraxis eingetragen hat, auf die Webseite zu gehen, zu gucken, wie alt ist der, wo liegt die Praxis, wie groß ist die, was bietet der an.“

IP21: „Wer macht das, um sich irgendwo eine andere Praxis anzugucken, von der du auch nicht weißt, was da nun ist, was da nun rumkommt?“

Dies ist aus Sicht einiger Befragter auch eine grundsätzliche Hürde, sich als Neuling für die Hospitationsidee zu begeistern.

IP19: „Also, das ist das Problem: "Ich hab keine Zeit, und ich weiß nicht, wofür es gut ist. Ich habe nie erlebt, dass es was Positives ist."“

IP22: „Ich denke, das ist einfach...das Aufwand-Nutzen-Verhältnis, diese Aufwand-Nutzen-Ratio, was da eben eine Rolle spielt und die meisten denken halt wirtschaftlich: "Bringt mir denn das für den Aufwand echt was?"“

3.3.3.6 Wenige DEGAM-Hospitationspraxen

In manchen Regionen gibt es kaum DEGAM-Hospitationspraxen, was eine Barriere darstellen kann.

IP4: „[...] in (Praxisort) ist keine einzige Praxis gewesen. Also im Umfeld von (nennt drei Orte) dann schon. Aber (Praxisort) hat, was weiß ich wie viel hundert Praxen [...], und davon ist keine einzige DEGAM-Hospitationspraxis. Das fand ich schon ein bisschen blöd.“

3.3.3.7 Hohe zeitliche Inanspruchnahme

Zeitliche Probleme und damit auch Probleme bei der Versorgung der eigenen Patientinnen und Patienten können wichtige Hinderungsgründe sein.

IP5: „Aber der Alltag steht halt eben dagegen, weil Sie sind halt im Betrieb die treibende Kraft. Und müssen da präsent sein, Sie können nicht einfach öfters mal verschwinden wie ein Prof an der Uni, der halt eben zu Kongressen fährt. Das ist so nicht so einfach darstellbar.“

IP7: „Wir sind hier in einer schwerst-, mittlerweile schwerst unterversorgten Region. Wir haben jeden Tag volle Kanne zu tun. Da ist es schwierig, jetzt mal so einen halben Tag irgendwo abzuknapsen.“

Zum Teil wurde darauf hingewiesen, dass dieser Zeitfaktor eine größere Hürde darstellt, als die (möglicherweise) anfallenden Kosten einer Hospitation.

IP3: „Also sagen wir ein Zeitfaktor noch mehr, als jetzt ein finanzieller Faktor.“

Ein Befragter hielt es für möglich, dass der „gefühlte“ Zeitmangel letztlich genauso relevant sein kann wie der reale Zeitmangel.

IP19: „Ich glaube, es ist der gefühlte Zeitmangel. Also, dass man sich die Zeit dafür nicht nimmt, man muss die Praxis zusperren an dem Tag. Die Patienten würden's verstehen. Wir trauen uns nur nicht. Ja, das ist es glaube ich.“

In manchen Gesprächen wurde deutlich, wie die Befragten bei auswärtigen Hospitationen dieses Problem für sich gelöst hatten. Manche führten die Hospitationen während geplanter Schließungen, z.B. im Urlaub oder während der Dauer von Renovierungsarbeiten, durch.

IP17: „Also wir haben da Urlaub gemacht bei den Leuten, in deren Haus im (Urlaubsregion) und dann bin ich den Tag in der Praxis gewesen.“

In Gemeinschaftspraxen sprangen die jeweiligen Praxispartner bzw. Praxispartnerinnen ein. Alternativ hospitierten die Teilnehmenden an Tagen, an denen sie ohnehin nicht in der Praxis Dienst gehabt hätten. Einige Hospitationen wurden zeitlich und räumlich mit geplanten Dienstreisen verbunden. Mehrfach wurde darauf hingewiesen, dass man Hospitationen wie jede andere Fortbildung im Jahreskalender im Voraus einplanen könnte. In einem Fall wurde tariflich vereinbarter Fortbildungsurlaub für eine Hospitation genutzt.

3.3.3.8 Organisatorischer Aufwand / eigene Trägheit

Im Vergleich zu anderen Fortbildungsformaten erfordern Praxishospitationen einen höheren Aufwand an Eigeninitiative und Organisation, was eine Hürde darstellen kann.

IP20: „[...] hier ist halt viel Eigeninitiative gefragt, man muss sich überlegen, wo will ich hin, was bietet mir jemand? Man muss sich jemanden aussuchen. Das ist, sind halt doch einige Hürden mehr, als einfach nur ein Fax hinschicken und sich wo anzumelden.“

IP13: „Und natürlich denke ich, ist es für manche Kollegen wichtig, ganz einfach an die (CME-) Punkte zu kommen.“

3.3.4 Fazit zu Hospitationen und Zukunftspläne

Die Frage nach dem Fazit, das die Befragten nach ihren bisherigen Erfahrungen ziehen würden, wurde durchweg positiv beantwortet. Eine negative Antwort kam an dieser Stelle nie. In etlichen Interviews hatten die Teilnehmenden unaufgefordert ein Fazit zu den Hospitationen gezogen, so dass die wörtliche Frage nach einem Fazit nicht in allen Interviews nötig wurde.

IP2: „Super. Also ich war wirklich, ich war echt selber erstaunt wie, wie gut ich das fand.“

IP12: „Lohnt sich mehr als manche Fortbildung, macht unglaublich, setzt unglaublich viele Impulse. Ist hochintensiv, selbst wenn das nur zweieinhalb Stunden Konsultationszeit oder drei Stunden Konsultationszeit waren. Ist eine sehr lohnende Form der Fortbildung.“

IP6: „Also ich würde das am liebsten auch mit 10 anderen machen, muss ich ganz ehrlich sagen, weil es so spannend war, ja?“

IP9: „Insgesamt kann ich sagen, es ist ein sehr positives Fazit. Also das ist eine gute Sache, die man eigentlich publik machen sollte, ja.“

Selbst die Befragten, die in ihren bisherigen Hospitationen keine Anregungen zur Verbesserung, oder – wie in einem Fall – kaum Austausch zwischen den Ärzten erlebten, zogen ein positives Fazit.

IP11: „Also es hat jetzt nicht übermäßig viel genützt [...]. Ja, muss ich so sagen. Es war aber eine schöne Erfahrung, würde ich auch gerne wieder machen.“

IP22: „Und ich würde das gern noch mal bei (Name eines noch nicht besuchten Kollegen) auffrischen und da auch unter der Vorstellung, dass es interessant ist, dort mal hingehen mit dem Team.“

Alle Befragten möchten gerne weiter hospitieren bzw. sich besuchen lassen. In manchen Interviews war die Bereitschaft dazu aus dem Gesamtzusammenhang so offensichtlich, dass die Frage gar nicht gestellt werden musste. In einem Fall wollte die betreffende Praxis sich nur noch besuchen lassen, weil der Verkauf der Praxis aus Altersgründen unmittelbar bevorstand. In allen anderen Fällen waren die Befragten stets zu beiden Varianten bereit. Aufgrund der unterschiedlichen persönlichen Interessenlagen waren bei einigen jedoch Präferenzen für eine der beiden Varianten zu entdecken.

IP6: „Ach naja, ich würd natürlich lieber einen besuchen, weil es ist natürlich irgendwie so ein bisschen spannender.“

IP18: „Ich würde sagen, im Moment lasse ich mich lieber hospitieren, als dass ich wahrscheinlich irgendwo hospitiere, weil ich da wenig, wenig Neues entdecke. Gut, das ist natürlich eine Frage der Zeit. Je mehr man auch mal woanders hospitiert hat, das nimmt dann eben immer ab, ne?“

IP7: „Also bequemer ist natürlich besucht werden. Man muss sich nicht fortbewegen und kann seinen Sprechstundenbetrieb weitermachen.“

IP9: „Also erstmal wär ich jetzt natürlich dran, irgendwo hinzufahren mal (lacht). Den einen Part (besucht werden) habe ich ja nun schon gesehen und den anderen kenne ich noch nicht. Das ist jetzt, glaube, sehr spannend.“

Mehrere Befragte wollten in Zukunft besser vorbereitet in Hospitationen gehen, und sich beispielsweise vorher genauer mit dem Hospitationspartner bzw. der Hospitationspartnerin über Interessenschwerpunkte austauschen, sich gezieltere Fragen überlegen, mehr den Austausch mit MFA suchen, oder die DEGAM-Hospitationsregeln konkreter ansprechen. Weitere Beispiele betrafen

das Beantragen der CME-Punkte oder den Download der Feedbackbögen. Einzelne Befragte formulierten das Interesse, gezielt Praxen mit völlig anderem Charakter als dem der eigenen Praxis zu besuchen, oder auch einmal in spezialärztlichen Praxen zu hospitieren. Auf der inhaltlichen Ebene hatte sich ein Befragter vorgenommen, bei der nächsten Hospitation das Geschehen für eine Weile auch vom Wartezimmer aus zu beobachten, um neben der Mitarbeiter- auch die Patientenperspektive dieser Praxis kennenzulernen. In einem Fall formulierte die Befragte den Wunsch, mehrere gegenseitige Hospitationen mit ein- und derselben Partnerpraxis zu unternehmen, um sich besser kennenzulernen und den Verlauf von Veränderungen besser mitzubekommen.

IP20: „[...] bei mir, hat der Kollege eben sehr viel grade eben auf die Interaktion geschaut, also auf wirklich Patienten-Arzt-Beziehungen. Und wahrscheinlich würde ich da, wenn ich das nächste Mal hospitiere, auch beim Kollegen mehr drauf achten.“

IP13: „Bei dem anderen Kollegen [...] würde ich den Ablauf von vorneherein noch mal klären und verbal kommunizieren. So die DEGAM-Regeln einfach noch mal kommunizieren.“

IP4: „Ja, ich würde mir, also ich werde mir bei der nächsten Praxishospitation schon vorbereitend eben mehr [...] Fragen aufstellen.“

Häufig hatten die Befragten jedoch nicht vor, etwas zu ändern.

IP11: „Nee, nee. Ich habe mir auch nichts Spezielles vorgenommen. Ich will einfach Eindrücke sammeln.“

3.3.5 Ausmaß der (Struktur-) Vorgaben

Für die Weiterentwicklung des Konzepts war wichtig zu erfahren, welche Akzeptanz strukturierende Vorgaben wie z.B. Checklisten für gegenseitige Praxisbesuche haben. Die entsprechende Frage dazu wurde bedarfsweise erläutert durch Informationen dazu, dass andere Peer Review-Systeme mit detaillierten Checklisten, Pflichtschulungen oder strukturellen Mindestvoraussetzungen für teilnehmende Praxen arbeiten. Die Antworten ließen sich in der folgenden Weise kategorisieren.

3.3.5.1 Argumente für die Beibehaltung des jetzigen Formats

Einige Befragte sahen keine Notwendigkeit für Änderungen am Format, weil das jetzige Konzept mit Feedbackbögen und den DEGAM-Regeln ausreichen würde.

IP14: „Also ich find [...] das relativ Ungezwungene eigentlich ganz gut, wobei die (DEGAM-) Spielregeln finde ich sehr wichtig.“

In einem Fall wurde argumentiert, dass z.B. zusätzliche inhaltliche Wünsche auch im Rahmen der jetzigen Regeln von den Beteiligten untereinander abgesprochen werden können.

IP20: „[...] Sowas kann man ja aber wirklich dann zwischen den zwei Leuten klären, da braucht man jetzt nicht irgendwelche, ja Curricula, die da abgearbeitet werden müssen.“

Andere Teilnehmende bemerkten, dass Hospitationen ja nicht Teil eines formellen Ausbildungsgangs seien und von daher keinen Formkriterien entsprechen müssten.

Manche Befragte waren skeptisch gegenüber weiteren Vorgaben wie beispielsweise Schulungen. Erfolgversprechender wäre es aus ihrer Sicht, wenn man die inhaltlichen Möglichkeiten des Hospitierens und Elemente wie das Feedback durch direktes Beobachten bei erfahrenen Vorbildern kennenlernt. Schulungen würden wahrscheinlich nur diejenigen ansprechen, die sie im Grunde schon nicht mehr bräuchten.

IP19: „[...] Ich würde die lieber zu erfahrenen Visitationspraxen schicken, wo sie einfach erleben, wie toll das ist, visitieren zu können [...]. Meinetwegen sie sind bei mir und sie kriegen mit, dass ich frage: was kann ich besser machen? Und dann erleben die, Mensch, das ist ja eigentlich toll, dass er das fragt, und fragen selber beim Nächsten auch. Und dann erleben die, Mensch, das ist ja eigentlich toll, [...] Ich glaube, das muss man erleben, das kann man nicht schulen.“

IP18: „Also die (Feedbackschulungen) sind sicherlich nicht schlecht. Meine Erfahrung ist aber häufig, dass ein Großteil derer Leute, die sie wirklich bedürften, sie nicht besuchen [...]. Also der Benefit glaube ich, durch solche Schulungen hält sich in Grenzen. [...] eigentlich der Bedarf liegt bei Leuten, die sich eben nicht anmelden.“

Mehrfach wurde von Befragten darauf hingewiesen, dass die Bereitschaft zu hospitieren auch etwas über die Mentalität bzw. die Kommunikationsfähigkeiten der Teilnehmenden aussagt.

IP14: „[...] Ich glaube, dass die Leute, die hospitieren gehen und sich hospitieren lassen, die müssen auch ein kleines Händchen dafür haben, sonst würden sie es nicht tun.“

Einige befürchteten, dass man durch zusätzliche Strukturierung die Vorteile des jetzigen Systems aufgeben würde und den freien kollegialen Austausch behindern würde. Ein weiteres Argument war, dass den Besuchern durch die Konzentration auf weitere Vorgaben oder Checklisten womöglich das „reale“ Leben der besuchten Praxis entgehen könnte.

IP1: „Ich finde das sollte man nicht zu hoch bauschend machen, weil dann ist's eher ein Handicap für die Hospitation [...]. Weil das soll ja eigentlich ein richtiges Zuschauen, ein kollegialer Austausch sein. Und er soll dazu dienen, dass man frei mit dem Kollegen entscheidet und nicht schon wieder Qualitätsmanagement-orientiert das Ganze abarbeitet.“

IP20: „[...] zu sagen [...] das und das muss abgehandelt werden, das muss gesehen werden, wenn das an dem Tag nicht passt [...], habe ich keinen Einblick in das richtige, das wahre Leben in der Praxis und ich sehe einfach nur, einen Ausschnitt dazu, evtl. angepasst extra für mich.“

Mehrfach wurde die Befürchtung geäußert, dass Pflichtschulungen oder weiterer „Papierkram“ mit dem damit verbundenen Zeit- und Geldaufwand abschreckend wirken könnten, so dass letztlich weniger Praxen teilnehmen würden. Darüber hinaus könnten Mindestanforderungen jeglicher Art dazu führen, dass Praxen, die nicht den Kriterien entsprechen, von vornherein außen vor bleiben.

IP4: „Ich würde es vorerst glaube ich so (unbürokratisch) belassen, weil es eh schon wenig genug Praxen gibt, die dran teilnehmen.“

IP5: „[...] Wenn sie da Vorgaben (Mindestanforderungen) machen, dann fallen möglicherweise viele raus, weil sie halt irgendwas nicht machen oder was anders machen. Und dann läuft sowas nicht.“

Zwei Befragte gaben zu bedenken, dass nicht sicher sei, inwieweit weitere Strukturvorgaben die Qualität der Hospitationen überhaupt verbessern würden.

IP14: „Und jetzt die Anforderungen an die Praxis ist ja eigentlich relativ [...] ob der dann nun ein Sonogerät hat oder nicht, ist ja als Hospitant eigentlich relativ. Zu sehen, wie dann der Kollege mit dem Sono umgeht ist, glaube ich, gut, aber auch zu sehen, wie ein Kollege ohne Gerät umgeht, ist ja genauso wirkungsvoll“

IP5: „Und wenn man dann halt zum Kollegen kommt, der halt eben eine andere medizinische Welt vertritt, dann sieht man das und nimmt das zur Kenntnis. Und ist auch eine Erfahrung, was aber dann ja auch nicht unbedingt davon abhält, da noch mal woanders hinzufahren und immer mal wieder eine Hospitation zu machen.“

3.3.5.2 Argumente für zusätzliche strukturelle Komponenten

Einige Befragte befürworteten zusätzliche Strukturelemente für Praxishospitationen und begründeten ihre Meinung. Diskutiert wurden Checklisten für die Anwendung während der Hospitation und in geringerem Umfang Feedbackschulungen und Mindestkriterien für teilnehmende Praxen.

IP16: „Also ich mag sehr gerne Checklisten. Halt auch vorher, zwischendurch, nachher mit vielleicht 10, 20 Fragen, die man kurz durchhaken kann, um das Bewusstsein zu stärken. [...] weil Sie das Bewusstsein noch mal auf die wichtigen Punkte fokussieren, was sonst leicht in Vergessenheit gerät.“

IP7: „Aber ich würde schon sagen, dass man (in Zukunft) zum zeitlichen Rahmen was sagt, dass man etwas sagt, wie das Feedback auszusehen hat. Dass man sich vielleicht bestimmte Punkte aus dem, aus der Praxis zum Gegenstand macht vorab, ohne dass man die jetzt von der DEGAM vorgibt. Also, dass jemand halt sagt: "Ich konzentrier mich heute mal auf Kommunikation oder ich fokussiere mich mal auf Untersuchungstechniken. Ich fokussiere mich auf Praxisorganisation." [...] damit das nicht so in die Beliebigkeit und so in die Breite ausweicht. Und damit man auch selber ein bisschen fokussiert bleibt. Vier Stunden zuhören ist eine lange Zeit.“

IP7: „Aber [...] wenn [...] man das wie in Holland so zu einem gängigen Format macht, dass auch quasi für die Rezertifizierung abgefragt wird, dann sollte man da schon entsprechende Vorgaben machen und auch klarstellen, über welche Voraussetzungen sollte eine Praxis verfügen, um überhaupt Hospitanten zu betreuen und aufzunehmen?“

3.3.5.3 Abwägend

Nicht alle Befragten waren entweder für oder gegen strukturelle Ergänzungen. Einige Befragte sahen die Vor- und Nachteile des freien DEGAM-Formats gegenüber strukturierteren Ansätzen und diskutierten dies auch so. So sei auch vorstellbar, dass eine Kombination der beiden Ansätze unter Umständen sinnvoll sein könnte. Zum Teil wurde auch darauf hingewiesen, dass der Grad der Strukturierung vom jeweiligen Grund der Hospitation abhängt.

IP23: „Das kommt auf den Sinn der Praxishospitation an. Wenn ich jetzt eine eigene Praxis gründen will, dann muss ich das fein strukturieren. Aber wenn ich nur mal gucken will, wie ein anderer Kollege arbeitet oder dann brauche ich keine Struktur [...].“

Mehrmals wurde erwähnt, dass das freie Konzept angenehmer und flexibler ist, andererseits zumindest ein paar klare Bewertungskriterien den Teilnehmenden helfen könnten, sich über manche Dinge klarer zu werden.

IP4: „Tja (lacht). Also auf der einen Seite bin ich, finde ich's ganz angenehm, dass mir jetzt nicht gesagt wird, ich muss es genau so und so machen. Und auf der anderen Seite wären klarere Vorgaben also oder auch klarere Bewertungen [...] unter Umständen für die Praxen untereinander sinnvoller. [...] wenn natürlich so bestimmte Dinge konkret abgefragt werden "Wie war der Umgang der Arzthelferinnen mit den Patienten? Wie war das? Wie war die Sprechstundewartezeit? [...]" Und ich das jeweils von 1 bis 6 oder 1 bis 10 oder wie auch immer beurteilen würde, dann kommt da unter Umständen mehr bei raus, als wenn man das jetzt so offen lässt.“

Manche Befragte diskutierten die Möglichkeit, solche Elemente erst im Verlauf oder nur als freiwillige Optionen einzuführen, damit sie nicht zu abschreckend wirken.

IP7: „Das ist jetzt am Start, um so eine Fortbildungsform zu etablieren sicherlich der richtige Weg, da nicht zu restriktiv zu sein. Aber ich denke mal, dass [...] durchaus so ein bisschen Struktur und bisschen Vorgabe kommen sollte. Die sollte nicht zu weit gehen, weil man dann die Idee, dass man einfach voneinander lernt, möglicherweise beschädigt.“

IP4: „[...] Kann ja auch sein, dass ich sage, ich will gar nicht, dass hier jemand kommt und meine konkret diese Wartezeit oder sonst was bewertet. Also wenn das von beiden Seiten gewünscht wird, dann könnte man ja noch 'n Zusatzbogen machen.“

3.3.6 Höhere Beteiligung erreichen

Die Befragten formulierten zahlreiche Impulse, die einerseits für die Weiterentwicklung des DEGAM-Konzepts relevant sind, andererseits der Verbreitung des Konzepts dienen können. Diese werden in den folgenden Kategorien dargestellt.

3.3.6.1 Nachwuchsarbeit

Mehrfach wurde betont, dass man sich bei der Weiterentwicklung der Hospitationsidee eher auf die jüngere Hausärztergeneration konzentrieren sollte. Einerseits seien die jüngeren Hausärztinnen und Hausärzte bedingt durch die spezielle Geschichte des Facharztes für Allgemeinmedizin besser für Hospitationen zu begeistern, andererseits sei es einfach grundsätzlich schwieriger, die ältere Generation von einem neuen und ungewohnten Fortbildungskonzept zu überzeugen.

IP18: „Die AiW's, die wir heute produzieren [...] die haben häufig eine sehr strukturierte Weiterbildung. Die haben eine fachliche Identität, eine Propädeutik erfahren, so. Bei denen kriegen Sie das natürlich ganz anders implementiert, als über so einen, wie gesagt, so einen gescheiterten Chirurgen, der sich als praktischer Arzt und jetzt als Allgemeinarzt irgendwie da tätig ist, nicht?“

IP15: „[...] Ich halte es mehr für mehr eine Nachwuchsarbeit, die wir am Nachwuchs leisten müssen, dass die damit aufwachsen. Im Nachhinein ist es schwierig, jemanden da hinein zu ziehen, der da nicht von vorneherein schon reinwächst.“

3.3.6.2 Image

Manche Befragte hatten den Eindruck, dass man das Interesse an Hospitationen auch steigern könnte, wenn damit ein positives, anerkennendes Image verknüpft wird. So könnte einerseits Interesse bei Kolleginnen und Kollegen geweckt werden, andererseits auch ein guter Eindruck bei Patientinnen und Patienten entstehen.

IP8: „[...] dann müsste man es irgendwie sexy machen. [...] es muss mit mehr Anerkennung oder auch versehen sein, [...] es muss unter den Ärzten schon sein "Man, der macht das, das ist aber toll."“

3.3.6.3 Finanzielle Anreize schaffen

Häufig wurde erwähnt, dass man Hospitationen durch finanzielle Anreize attraktiver machen sollte. Möglich wäre dies z.B. über Hausarztverträge oder gesonderte Honorare der KV. Mehrfach bemängelten die Befragten die Tatsache, dass der Zeitaufwand für ärztliche Fortbildungen in Deutschland nicht gesondert im Honorarsystem ausgeglichen wird.

IP12: „Natürlich könnte man sowas einfach in einem Hausarztvertrag hineinlegen und dann extra vergüten, eine Extravergütung hinterlegen. Das wäre die einfachste Form der Implementierung.“

IP17: „Ja, als könnte sich z.B. zusätzliches Honorar z.B., dass man sagt, also wer so und so viele Hospitationen nachweisen kann, kann sein Honorar aufbessern. Ja, das gibt es durchaus in manchen Gegenden Deutschlands, dass Kollegen, die in Qualitätszirkeln sich zusammensetzen, dass die dafür ein Honorar kriegen.“

3.3.6.4 Stellenwert innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung

Mehrere Befragte hielten es für wichtig, dass der Stellenwert der Hospitationen insbesondere in den Ärztekammern weiter gestärkt werden sollte. Ein Argument war dabei, dass sie die Hospitation als Fortbildungsmedium für wichtiger und effektiver halten, als manch andere Fortbildungsmethode. In einem Gespräch wurde erwähnt, dass die Hospitationsidee eigentlich nicht unbedingt DEGAM-spezifisch sei, sondern von der DEGAM losgelöst angeboten werden könnte.

IP8: „[...] ich finde, dass wenn es gewertschätzt wird und auch als nennenswerten Baustein einer Weiterbildungskultur, nee Fortbildungskultur...anerkannt wird, dann fände ich sowas wesentlich sinnvoller, als auf einen Kongress zu gehen. [...] Dann ist, also ich, finde ich die Säulen Qualitätszirkelarbeit und Hospitation fände ich sehr gut als Basis.“

IP8: „Diese Strukturen könnte man loslösen von der DEGAM. Das ist ja nicht, die Hospitation ist ja nichts DEGAM-spezifisches, wie auch immer hochintellektuelles, denn es gibt ja viele Motivationsgründe, weshalb man beim Kollegen mal schauen möchte, ne?“

3.3.6.5 Pflicht/Druck

Einige Befragte schlugen für die Zukunft vor, dass die Teilnahme an Hospitationen obligater Bestandteil von Hausarztverträgen werden sollte. Sie könnte auch Voraussetzung für das Erlangen einer Weiterbildungsbefugnis sein. Ein Befragter betonte, dass dies erst möglich werden könnte, wenn schon eine größere Zahl Ärztinnen bzw. Ärzte auf freiwilliger Basis teilgenommen hat. Es wurde auch stets betont, dass Hospitationen sanktionsfrei bleiben sollten. Es gab jedoch auch gegenteilige Meinungen, die sich gegen jede Art von Verpflichtung aussprachen.

IP14: „[...] Ich weiß nicht, ob es im Codex schon mit drinsteht, Codex Weiterbildung,¹⁵ aber ich glaub, das soll dann kommen. Das wird, glaube ich, ganz wichtig werden, wenn man später weiterbilden möchte, um AiW's zu bekommen, dass man eine Praxis ist, die hospitiert wird und selber auch hospitieren geht.“

IP15: „Und ich finde auch, dass man niemanden zu einer Hospitation zwingen sollte, weder hospitiert zu werden, noch hospitieren zu gehen, weil wer nicht lernen will, der wird nichts lernen.“

3.3.6.6 Werbung/Erfahrungsberichte

Sehr oft wurde erwähnt, dass Praxishospitationen in der öffentlichen Diskussion viel häufiger erwähnt werden sollten um Begeisterung dafür zu wecken, Ängste abzubauen, und ihren Nutzen zu kommunizieren. Als mögliche Medien wurden Fachzeitschriften, Newsletter und Erinnerungsfaxe vorgeschlagen.

¹⁵ Mit dem „Codex Weiterbildung“ ist eine unverbindliche Empfehlung der DEGAM zu Mindestanforderungen an Praxen mit Weiterbildungsbefugnis gemeint (Quelle: https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Fortbildung/Entscheidungshilfe_Weiterbildungsbefugnis_Allgemeinmedizin_Ueberarbeitung_2016_4.pdf)

IP14: „Ich glaube, [...] es müsste noch ein bisschen häufiger zu lesen sein. [...] Also man müsste da vielleicht ein bisschen mehr Werbung dafür machen in dem Sinne "Das tut nicht weh, das macht Spaß."“

IP5: „Wenn Sie jetzt also eine tolle Sache haben wie Hospitationen und keiner weiß es, dann geht das unter. Aber wenn Sie das immer wieder thematisieren und erklären und herausstellen und die positiven Aspekte herausstellen, dann wecken Sie Neugier.“

3.3.7 Weitere Entwicklungsmöglichkeiten

3.3.7.1 CME-Punktevergabe

Während einige Befragte die CME-Punkte problemlos gutgeschrieben bekommen hatten, berichteten andere von unerwarteten Problemen, z.B. in Form von hohen Bearbeitungsgebühren oder Kompetenzproblemen zwischen Ärztekammern, die letztlich zu gar keiner Gutschrift geführt hätten. Mehrfach wurde betont, dass Hospitationen eine besonders hochwertige Form der Fortbildung darstellen und sich dies auch in der Bewertung durch CME-Punkte niederschlagen sollte. Gelegentlich wurde hier der Vergleich mit uneffektiveren, unwichtigen oder der Werbung für Pharmafirmen dienenden Fortbildungsformaten gezogen, und kritisiert, dass für solche Veranstaltungen vergleichsweise einfach CME-Punkte zuerkannt würden.

Häufig wurde der Wunsch geäußert, dass CME-Punkte sowohl für Hospitierende wie auch für Hospitierte vergeben werden sollten, da Lerneffekte auf beiden Seiten zu beobachten seien, und die Vergabe auch Ausdruck von Wertschätzung durch die Ärztekammern sei. Zudem wurde der Wunsch laut, dass das System zum Beantragen der Punkte klarer geregelt sein sollte. In einem Gespräch wurde angeregt, dass Hospitationen auch als sog. DMP-Fortbildung¹⁶ anerkannt werden sollten.

IP20: „[...] das (System zur Vergabe der CME-Punkte) finde ich kompliziert und undurchschaubar, das wäre einfacher wirklich mit einer klaren Regelung, welche Ärztekammer ist zuständig und dann für beide Seiten Punkte, weil beide Seiten profitieren draus und beide Seiten haben letzten Endes ja auch Aufwand.“

Häufig war deutlich, dass die Befragten bereits mehr als genug CME-Punkte gesammelt hätten. Einige hatten daher gar nicht erst versucht, CME-Punkte für ihre Hospitation zu beantragen. Die Würdigung durch CME-Punkte hielten sie dennoch für wichtig.

IP14: „[...] keiner macht es wegen der Punkte. Also das habe ich bisher nicht gehört. Sondern für mich es wichtig, dass ich der Ärztekammer sage, hier wird hospitiert, darauf aufmerksam machen.“

¹⁶ DMP= Disease-Management-Programme. Hierbei handelt es sich um strukturierte Schulungs- und Therapieregimes nach § 137f SGB V, mit denen die Haus- und Spezialärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit bestimmten chronischen Krankheiten (z.B. Diabetes mellitus, Asthma bronchiale...) verbessert werden soll. Die Patientinnen bzw. Patienten werden dabei viertel- bis halbjährlich einbestellt. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, sich jährlich zu den DMP fortzubilden.

IP2: „[...] ich hätte es wahrscheinlich auch ohne gemacht, aber irgendwie hat das das Ganze für mich nochmal aufgewertet, dass ich dachte, ja ich lerne da was. Das fand ich irgendwie, also das hat mir irgendwie Befriedigung gegeben, sag ich mal.“

3.3.7.2 Suchmaschine

Mehrere Teilnehmende würden es bei der Suche nach interessanten Hospitationspraxen als Erleichterung empfinden, wenn die DEGAM-Homepage mehr Informationen (z.B. Schwerpunkte) zu den Hospitationspraxen bereitstellen würde. Zu dem Zeitpunkt waren selbst bei Großpraxen z.T. nur ein einziger Name und die Postadresse angegeben.

IP20: „Also man wirklich sagt, ich möchte da, wie so eine Suchmaschine gucken [...] quasi, ich geb ein, ach ich würde mir gerne so eine Praxis angucken mit so, was weiß ich, 1000 Scheinen pro Quartal in Sachsen-Anhalt, der dann, ein Kollege, der schon länger dabei ist, also so 50-60, ländliche Struktur. [...] Natürlich muss man dann als jemand, der sich da bereit erklärt, ordentlich Angaben machen und einiges von sich preisgeben, aber ich fände das hilfreich.“

3.3.7.3 Evaluation

Mehrere Befragte schlugen ein Evaluationssystem zur Rückmeldung an die DEGAM vor, damit die DEGAM über die Wünsche und Impulse der Teilnehmenden besser informiert bleibt. Betont wurde aber auch, dass diese Evaluation nicht zu zeitaufwändig sein sollte. Zum Teil wurden konkrete Vorschläge für die Inhalte eines solchen Evaluationsbogens für die DEGAM gemacht (z.B.: Waren die DEGAM-Regeln bekannt, sind sie angewendet worden, wie wurde man aufgenommen, waren MFA dabei?). Zusätzlich kam in diesem Zusammenhang die Anregung, alle DEGAM-Mitglieder zu diesem Thema gezielt um eine Meinung zu bitten. In einem Gespräch wurde darüber hinaus angeregt, für besonders gute Hospitationspraxen öffentlich einsehbare Empfehlungen auszusprechen.

IP16: „Individuelle Mitgliederbefragung und auch Evaluation, dass man jedes einzelne Mitglied fragt "Wie machst du es? Was machst du? Was wünschst du dir? Was können wir tun?" Und das dann halt auch sammeln, auch rückmelden, veröffentlichen“

IP22: „[...] Dass man Punkte geben darf von 1 bis 3 Punkten oder so oder verleihen kann [...] anonym natürlich [...]. Dass man dann sagen kann, das ist, diese Praxis wurde für besondere, als besonders attraktive Praxis bewertet oder sowas.“

3.3.7.4 Professionalisieren

In einem Interview wurde die Überlegung formuliert, dass die Praxishospitationen in Zukunft auch als professionalisierten Service angeboten werden könnten, bei denen speziell geschulte Personen sowohl Strukturqualität - ähnlich wie bei EPA¹⁷ - messen, als auch inhaltliche Qualität durch eine längere Praxishospitation beurteilen könnten. Dabei würde sich der Charakter der Praxishospitation

¹⁷ Das Europäische Praxisassessment (EPA) ist ein gängiges QM-Indikatorenset für Arztpraxen.

wegbewegen vom offenen kollegialen Austausch hin zu einem Peer Review, von dem in erster Linie die besuchte Praxis profitierten würde.

IP21: „Es ist halt die Frage, was man will, ja? Wenn man gleichzeitig auch eine fachlich-inhaltliche Beurteilung dessen haben möchte, der da arbeitet, dann muss ich eine Kombination wählen aus einer richtigen Visitation (gemeint ist Hospitation) plus so ein System wie EPA. Ja, dann müsste der Visitor, nachdem er seine Indikatoren abgefragt hat, da müsste der Visitor zwei, drei Tage in der Praxis bleiben und dann so ein umfassendes Feedback geben.“

IP21: „Das ist was anderes, ne, aber das fände ich gut, wenn das so auf der Ebene eben der Gesellschaft, also der DEGAM institutionalisiert werden könnte.“

3.3.8 DEGAM-Hospitation vs. nicht-DEGAM-Hospitation

Manche Befragte hatten auch unabhängig von der DEGAM-Initiative anderweitig Erfahrungen mit Hospitationen gesammelt. In manchen Interviews ergaben sich Hinweise, ob bzw. wie die Befragten einen Unterschied zwischen DEGAM-Hospitationen und den anderen Hospitationen für sich sehen.

Dabei zeigte sich auch, dass die individuelle Wahrnehmung dessen, was sich als Hospitation im Rahmen der DEGAM-Initiative qualifiziert, unterschiedlich war.

In einem Fall wurde dies besonders deutlich, da eine spezielle Hospitation von den beiden Teilnehmenden (die unabhängig voneinander befragt wurden) unterschiedlich bewertet wurde. Nur eine der befragten Personen betrachtete die Hospitation als Hospitation im Rahmen der DEGAM-Initiative. Da diese Diskrepanz erst bei der Auswertung der Daten auffiel, konnten die jeweiligen Personen zu den Unterschieden in der Wahrnehmung nicht genauer befragt werden.

Es gab Teilnehmende, die die Verwendung eines Feedbackbogens als ein entscheidendes Kriterium für eine DEGAM-Hospitation wahrnahmen.

IP23 (Zur Frage, ob bestimmte Hospitationen durch DEGAM-Mitglieder denn DEGAM-Hospitationen waren): „Nee, ganz bestimmt nicht, weil ich das gar nicht wusste, was es da an Formalia gibt.“

IP24: „Nur, nachdem es sie (DEGAM-Hospitationen) ja gibt und ich diesen Gedanken unterstützen wollte, hab ich eben die entsprechenden Formulare auch bei der Hospitation benutzt. Feedbackformulare. Und hab aus einer normalen, geplanten Hospitation eine DEGAM-Hospitation gemacht.“

Dies muss nicht unbedingt bedeuten, dass eine „nicht-DEGAM-Hospitation“ dadurch einen wesentlich anderen Charakter haben würde.

IP24 (Zur Frage, ob es Unterschiede zwischen DEGAM- und Nicht-DEGAM-Hospitationen gibt): „Ehrlich gesagt nein. Wenn ich halt ohne DEGAM-Bogen anreise, dann bringen wir,

machen wir das nicht formell mit, also fragebogengestützt, sondern eben informell bei einem Plausch mit Kaffee ohne äußere Formen.“

IP9: „Und der einzige Unterschied war eigentlich, dass wie gesagt dieser persönliche Kontakt, der vorher schon da war. [...] aber ansonsten war das auch so, dass der andere Arzt eben auch so mit geguckt hat und dann auch im Nachhinein Feedback gegeben hat.“

Manche Teilnehmende hatten ihre Hospitationen zwar eindeutig über die DEGAM-Homepage bzw. als Reaktion auf den Start dieser Initiative geplant und durchgeführt, aber die Feedbackrunde, wie bereits erwähnt, kaum oder relativ unstrukturiert durchgeführt. Manche Teilnehmende hatten die DEGAM-Regeln nicht sehr genau studiert, berücksichtigten aber im Wesentlichen die zugrundeliegenden Ansätze.

IP15 (Zur Frage, ob die Hospitationen anhand der DEGAM-Regeln mit Feedback durchgeführt werden): „Jein, eher nicht. Also jetzt nicht bewusst, aber ich glaube nicht, dass da was drinsteht, was ich jetzt nicht unbewusst auch so berücksichtige. Nur es ist nicht formalisiert [...] Wir haben so viel Formalisiertes in der Medizin, dass ich mir bei solchen Dingen jetzt nicht noch Stress mache mit irgendwelchen Regeln.“

Manche Befragte grenzten Hospitationen bei Spezialärzten klar von DEGAM-Hospitationen ab.

IP9 (ursprünglich zur Frage der Länge einer Hospitation): „[...] da bin ich bei einem Kollegen und hab mir ein paar Sachen abgeguckt, so handwerkliche Fähigkeiten, chirurgische Fähigkeiten. [...] ich weiß nicht, ob das im Rahmen dieser DEGAM-Hospitation überhaupt gefragt oder gewollt ist, sondern da ging es wirklich nur um rein Fachliches. [...] für diese DEGAM-Hospitation, so wie ich es verstanden hab, auch um ein bisschen über Kommunikation zu reden, um über Praxisorganisationsabläufe zu reden, und vielleicht am Rande auch um medizinische Belange, reicht, denke ich, ein Tag.“

Des Weiteren hielten manche Teilnehmende eine Hospitation eher nicht für eine DEGAM-Hospitation, wenn die Sprechstunde nicht direkt beobachtet wurde, die Hospitation sehr spontan zustande kam, oder die Hospitationspartnerinnen bzw. Hospitationspartner aus privaten Zusammenhängen und nicht aus DEGAM-Zusammenhängen stammten.

Je nach der eigenen Auslegung, wie sie z.B. das Feedback handhabten, hatten manche Befragte, zumindest was ihre eigenen Hospitationen anging, keine Unterschiede zwischen DEGAM-Hospitationen und anderen, z.B. internationalen Hospitationen ausgemacht.

IP13 (zur Frage, ob Unterschiede zwischen DEGAM-Hospitationen und anderen Hospitationserfahrungen bestehen): „Eigentlich nicht, das war für mich bloß noch wesentlich interessanter, mich mit den Spanierinnen auszutauschen, weil man natürlich, die ein anderes Gesundheitssystem haben.“

4 Diskussion

4.1 Antworten zu den Forschungsfragen im Einzelnen

4.1.1 Wie gestalteten die Teilnehmenden den Ablauf der Hospitationen?

Die Gestaltung der Hospitationen richtete sich nach der jeweiligen Motivation und Interessenlage. Die Teilnehmenden gaben unterschiedliche Motive zur Teilnahme an Hospitationen an. Nicht selten spielten mehrere Motive zugleich eine Rolle. Ein großer Teil davon (Neugier, fachliche Fragen, Wunsch nach Feedback...) war aus der Literatur bereits bekannt (37, 78). Einige seltener genannte Motive, wie z.B. der Wunsch, sein Wissen weiterzugeben, die Planung des nächsten Karriereschritts oder auch „Langeweileprophylaxe“ waren aber so noch nicht aus der Literatur ersichtlich. In der Folge zeigten sich unterschiedliche Herangehensweisen bezüglich der Auswahl der jeweiligen Partnerpraxis, der Zahl der Teilnehmenden, der diskutierten Inhalte, der Gestaltung des Feedbacks und der Veränderungen, die anschließend umgesetzt wurden. Bei der Auswahl der jeweiligen Partnerpraxis spielten allerdings nicht nur die individuelle Motivationslage, sondern auch regionale, organisatorische, persönliche und zeitliche Faktoren eine Rolle, wobei sich einige Befragte durch die begrenzte Zahl der DEGAM-Hospitationspraxen in der Auswahl eingeschränkt fühlten.

Bei allen Hospitationen verbrachten die Teilnehmenden den größten Teil der Zeit damit, die Sprechstundenarbeit direkt zu beobachten. Die hospitierenden Ärztinnen bzw. Ärzte beobachteten die ärztliche Sprechstunde und zum Teil auch Hausbesuche und die Arbeit der MFA. Hospitierende MFA begleiteten wiederum hauptsächlich die MFA der gastgebenden Praxis. In einzelnen Fällen wurde berichtet, dass Hospitierende auch zu internen Teambesprechungen eingeladen wurden. Der Austausch mit den Hospitierenden führte zum Teil dazu, dass das Arbeitstempo in den Sprechstunden sank. Einige Praxen reduzierten aus diesem Grund die Zahl der Sprechstundentermine oder verlegten die Gespräche mit Hospitierenden in die Mittagspause. Die Hospitationen dauerten in den meisten Fällen einen halben bis ganzen Arbeitstag. Dies hielten die meisten Befragten auch für die optimale Länge einer Hospitation, was mit bisherigen Einschätzungen aus der Literatur übereinstimmt (79). Die Befragten hielten zwischen einer und vier Hospitationen pro Jahr für eine sinnvolle Menge, was in etwa dem entspricht, was auch in Tasmanien beobachtet wurde, bzw. in Norwegen praktiziert wird¹⁸ (41).

Den Leitfaden und weitere Unterlagen der DEGAM zu Praxishospitationen hatten zwar nicht alle Teilnehmenden komplett gelesen, dennoch wurden die darin festgelegten Regeln meist vollständig angewendet. Die Einwilligung der Patientinnen bzw. Patienten zur Anwesenheit der Hospitierenden wurde immer eingeholt, wenngleich auf sehr unterschiedliche Weise. Die Praxen stellten ihre

¹⁸ Persönliche E-Mail-Kommunikation im Dezember 2016 mit dem Norske Legeforening, Medical professional department, Oslo.

Sprechstunde meist authentisch dar. Nur in Einzelfällen wurden auf Wunsch der Hospitierenden zusätzlich Patientinnen bzw. Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern gesondert einbestellt. Während der Arzt-Patienten-Gespräche hielten die Hospitierenden sich in der Regel sehr zurück und griffen nicht ungebeten in das Gespräch ein. Nur selten hielten Hospitierende sich nicht an diese Regel, was dann allerdings von den Besuchten meist als unangenehm empfunden wurde.

Das Feedback, welches die Hospitierenden den besuchten Praxisteams geben sollten, wurde sehr unterschiedlich gestaltet und organisiert. Während in einigen Fällen z.B. gesonderte Feedbackrunden am Ende der Hospitationen im Kreise der Ärzteschaft oder auch des gesamten Praxisteams durchgeführt wurden, berichteten andere Studienteilnehmer, dass kein explizites Feedback durchgeführt, oder die kurzen Gespräche nach jedem Arzt-Patienten-Kontakt bereits als Feedback wahrgenommen wurden. Diese Unterschiede kamen zum Teil durch die sehr verschiedenen Interessenlagen und Prioritäten der Teilnehmenden zustande. Zum Teil könnten sie allerdings auch auf die sehr offen gehaltenen Handlungsanweisungen der DEGAM-Regeln zurückzuführen sein. Kritische Punkte wurden in einigen Feedbackgesprächen durchaus thematisiert, bei einem Teil der Befragten zeigte sich jedoch auch eine gewisse Unsicherheit in der Kommunikationsweise und im Rollenverständnis, sodass in diesen Fällen im Feedback womöglich zu wenig auf kritische Gesichtspunkte eingegangen wurde.

Passend zu dieser Beobachtung gingen die Befragten auch sehr unterschiedlich mit den dafür auf der DEGAM-Homepage hinterlegten Checklisten um.

Auch wenn keine explizite Frage dazu gestellt wurde, so wurde – besonders im ausführlich explorierten Kapitel zu den Kosten einer Hospitation – kein Anhalt für Geldflüsse zwischen den Teilnehmenden der Hospitationen deutlich, so dass auch hier sehr wahrscheinlich die Regeln der DEGAM beachtet wurden.

Mit Ausnahme einer einzigen Hospitation wurde in allen Interviews von einer sehr gastfreundlichen und aufgeschlossenen Haltung zwischen den beteiligten Praxisteams berichtet. Nur in einem Fall fühlten sich die Hospitierenden in der gastgebenden Praxis sowohl ärztlicherseits als auch unter den MFA subjektiv nicht besonders willkommen. Dies war die einzige Hospitation, bei der sowohl ärztlicherseits als auch Seitens der MFA kein relevanter Austausch oder Feedback erfolgten.

4.1.2 Welche Themen wurden während der Hospitationen diskutiert?

Eindrucksvoll ist die enorme Vielfalt an Themen, über die sich die Teilnehmenden während der Hospitationen austauschten. Neben medizinischen Themen, die sich oft an den Patientenkonsultationen des jeweiligen Tages orientierten, sprachen die Teilnehmenden sehr häufig über Fragen der Praxisorganisation, Abläufe, Arbeitsteilung und Infrastruktur. Auch Informationsbeschaffung, Kommunikation mit Patientinnen und Patienten bzw. innerhalb des

Teams oder der Umgang mit schwierigen Patientinnen und Patienten wurden genannt. Zum Teil wurden auch sensiblere Themen behandelt, die ein gewisses Vertrauensverhältnis zwischen den Beteiligten voraussetzen. Dazu zählten betriebswirtschaftliche und finanzielle Überlegungen, der eigene Umgang mit (medizinischer) Unsicherheit und Selbst- bzw. Stressmanagement. Hospitierende MFA sprachen, soweit die Interviewten das überblicken konnten, hauptsächlich über Themen ihres jeweiligen Zuständigkeitsbereichs und Fragen der Arbeitsteilung. Wie bereits erwähnt, geht man davon aus, dass Peer Reviews ihr volles Potential nur dann entfalten, wenn kein Sanktionsdruck ausgeübt wird und die erhobenen Informationen vertraulich bleiben (24, 25, 63). Die genannte Themenvielfalt, insbesondere auch hinsichtlich der etwas sensibleren Themen, fügt sich in dieses Bild ein. Unter dem Blickwinkel des Qualitätsmanagements würde man viele der besprochenen Themen den Bereichen der Struktur- und Prozessqualität nach Donabedian zuordnen (80).

4.1.3 Welche Veränderungen wurden im Anschluss in den Praxen vorgenommen?

Der größere Teil der Befragten (n=17) berichtete von Veränderungen, die im Zusammenhang mit Hospitationen standen. Analog zur Vielfalt der Themen, die allgemein diskutiert wurden, fanden die Veränderungen ebenso auf unterschiedlichen Ebenen statt, sei es auf der medizinischen Ebene (z.B. Indikationsstellung für technische Untersuchungen), der organisatorischen Ebene (Arbeitsteilung, Rezeptausgabe etc.), der wirtschaftlichen Ebene (Umgang mit HZV und Leistungsziffern), und/oder weiteren Ebenen wie Infrastruktur, Kommunikation oder Selbstmanagement. Zusätzlich bemerkten die Befragten oft Veränderungen in ihrer eigenen Motivation und ihrem ärztlichen Selbstverständnis. Dies galt nicht nur für die Befragten selbst, sondern auch für MFA, die an Hospitationen teilnahmen. Manche Befragte gaben positives Feedback von Hospitierenden an ihr Team weiter, um Motivation und Teamgefühl zu stärken. Es zeigte sich deutlich, dass sowohl Besuchte als auch Besuchende Veränderungen und Lerneffekte wahrnahmen, wenngleich nicht immer alle Veränderungen auf Dauer beibehalten wurden. Auch hier zeigte sich, dass direktes Beobachten der Abläufe dazu beitrug, dass die Veränderungen sehr auf die individuellen Bedingungen der Beteiligten zugeschnitten waren. Für deutlich strukturiertere Peer Reviews ist bereits belegt, dass sie Veränderungen herbeiführen (49, 78). Die vorliegende Arbeit bestätigt die Vermutung, dass auch vergleichsweise wenig strukturierte hausärztliche Praxishospitationen in dieser Hinsicht erkennbare Effekte erzielen können. Quantitative Aussagen zur Stärke dieser Effekte im Vergleich zu strukturierteren Formaten sind jedoch im Rahmen dieser Studie nicht möglich.

4.1.4 Lassen sich auf Basis dieser Erfahrungen Empfehlungen für die weitere Implementierung ableiten und wenn ja, welche?

Alle Teilnehmenden wollten in Zukunft weiter an Hospitationen teilnehmen, unabhängig davon welche Veränderungen oder welches Ausmaß an kollegialem Austausch sie bislang bei

Hospitationen erlebt hatten. Die Interviews gaben Hinweise auf relevante Aspekte, die bei der Weiterentwicklung des DEGAM-Hospitationsprojekts geändert oder verbessert werden könnten. Manche Aspekte hingegen können belassen werden und benötigen keine Veränderung. Im Folgenden wird auf die Aspekte einzeln eingegangen.

4.1.4.1 Feedback

Die Gestaltung und der Inhalt der Feedbackrunden hingen von den selbst definierten Zielen und Prioritäten der Teilnehmenden ab, allerdings auch vom eigenen Rollenverständnis und den eigenen Kommunikationsfertigkeiten. Wie in der Einleitung erwähnt, wurden ähnliche Zusammenhänge bereits im „Interpractice Visits Program“ in Tasmanien/Australien vermutet. Unsicherheiten beim Rollenverständnis und den Kommunikationstechniken können auch in strukturierteren Peer Review-Verfahren unter Einsatz des sogenannten 360°-Feedbacks bekannte Hürden sein, und müssen z.B. bei Mentorenschulungen gezielt aufgegriffen werden (81). Strukturierte Feedbackschulungen könnten im Vorfeld ein besseres Rollenverständnis der Teilnehmenden vermitteln und geeignete Kommunikationstechniken aufzeigen, um auch zu kritischen Punkten in einen konstruktiven Dialog zu kommen. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass den Besuchenden nicht immer zu kritisierende Aspekte auffielen. Ein Teil der Befragten bekundete Interesse an besserer Feedbackschulung und strukturierteren Abläufen für Hospitationen. Manche sprachen sich dabei aus verschiedenen Gründen auch für klarere Checklisten mit eindeutigeren Bewertungskriterien aus. Da einige Teilnehmende bereits sehr viel Erfahrung mit dem Geben und Erhalten von Feedback hatten, erscheint allerdings eine pauschale Verpflichtung zur Schulung nicht ratsam. Eher könnte die DEGAM freiwillige Feedbackschulungen für Hospitationen empfehlen oder vermitteln, oder auf schriftlichem Wege zusätzliche Informationen und Unterlagen für die Feedbackrunden zur freiwilligen Nutzung anbieten.

4.1.4.2 Strukturierende Elemente

Der weitgehende Verzicht auf verpflichtende Strukturelemente im DEGAM-Hospitationskonzept wurde von vielen Teilnehmenden positiv bewertet. Dennoch wurden auch Argumente für zusätzliche Strukturelemente (Checklisten im Sinne von Qualitätsindikatoren) erwähnt, die ggf. im Verlauf eingeführt werden könnten und zumindest für einen Teil der Befragten von Interesse wären. Zum jetzigen Zeitpunkt erscheint es eher ratsam, keine weiteren strukturierenden Elemente zu ergänzen. Im Verlauf könnte es aber je nach der Akzeptanz und Verbreitung der Hospitationsidee sinnvoll werden, zumindest für die freiwillige Nutzung entsprechende Konzepte zu entwickeln.

4.1.4.3 Wirtschaftliche Aspekte

Hospitationen ziehen zumindest in einigen Konstellationen (z.B. Einzelpraxis, die am Hospitationstag geschlossen bleiben muss, langsames Arbeitstempo, wenn man besucht wird, etc.) Kosten nach sich, wobei die Einschätzungen über deren Höhe sehr unterschiedlich waren und der

Nutzen aus Sicht der Teilnehmenden überwog. In einigen Gesprächen wurden Möglichkeiten genannt, diesen Effekt zu mildern (Verbinden mit Urlaub/Kongressen, o.Ä.).

Mehrfach wurde die Forderung laut, die Teilnahme an Hospitationen mit finanziellen Anreizen attraktiver zu gestalten, z.B. mittels einer Bonuszahlung im Rahmen der HZV-Verträge. Derartige Diskussionen hat es zu diesem Thema z.B. auch in den Niederlanden bei „Visitatie“-Konzepten für Zahnarztpraxen gegeben (82). Auch in Tasmanien wurde dieser Aspekt thematisiert, woraufhin eine finanzielle Entschädigung eingeführt wurde. Dies führte allerdings nicht zu höheren Teilnehmerzahlen (24). Es bleibt daher unklar, ob zu dieser Frage eine eindeutige Empfehlung formuliert werden kann.

4.1.4.4 Öffentliche Wahrnehmung

Es ist anzunehmen, dass das DEGAM-Konzept für Hospitationen nur relativ wenigen Praxen in Deutschland bekannt ist. Häufig wurde daher von den Teilnehmenden angeregt, Ärztinnen und Ärzte bereits während ihrer Weiterbildungszeit mit Hospitationen vertraut zu machen. Erfahrungsberichte in der Fachpresse könnten zudem dabei helfen, die öffentliche Wahrnehmung zu steigern und Ängste bzw. Barrieren abzubauen. Zum Teil wurde für die Zukunft angeregt, Hospitationen z.B. für Weiterbildungsbefugte oder im Rahmen der HZV in als verpflichtende Voraussetzung einzuführen. Dafür gibt es zwar bereits international Vorbilder (z.B. in Norwegen oder auch in den Niederlanden bei „Visitatie“ für Ausbildungspraxen), aber die Befragten formulierten die Einschätzung, dass die Stimmung hierzulande noch etwas Vorlauf braucht. Für das DEGAM-Konzept lässt sich aus den Interviews die Empfehlung ableiten, dass diesbezüglich die Öffentlichkeitsarbeit und die Gremienarbeit in den Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. Ärztekammern ausgebaut werden sollte.

4.1.4.5 Organisatorischer Aufwand und Finden einer geeigneten Partnerpraxis

Der zeitliche Aufwand ist für Hausarztpraxen ein entscheidender Faktor, wenn es um die Planung von Fortbildungen geht. In der Literatur finden sich Beispiele, dass hoher zeitlicher Aufwand dazu führen kann, dass Hausarztpraxen bereits begonnene Fortbildungen wieder abbrechen, bzw. als interessant wahrgenommene Fortbildungsangebote gar nicht erst in Anspruch nehmen (83). Bei der Entwicklung hausärztlicher Fortbildungen kann es daher zum Teil nötig sein, bereits existierende Fortbildungskonzepte bewusst in zeitlich gestraffte Formate zu überführen, um in „echter Hausarztzeit“ machbar zu sein. Beispiele hierfür sind z.B. das sog. „Practice Support Program“ (15) aus Kanada, oder die mittlerweile konzipierte Pflichtschulung im Rahmen des Hausärztlichen Peer Reviews der Ärztekammer Schleswig-Holstein (84).

Auch die Befragten der vorliegenden Studie formulierten den zeitlichen und organisatorischen Aufwand rund um Hospitationen teilweise als Hürde. Bereits die Suche nach einer geeigneten Partnerpraxis kann je nach Interessenschwerpunkt und geographischer Lage aufwendiger sein als

die Suche nach herkömmlichen Fortbildungsmöglichkeiten. Für die Besuchenden kommt ggf. das Organisieren einer Praxisvertretung hinzu, da Hospitationen im Unterschied zu vielen anderen Fortbildungen während der regulären Arbeitszeit stattfinden. Ähnlich wie bei Kongressen o. Ä. kommt das Organisieren einer Unterkunft sowie die Anfahrtszeiten hinzu. Der Zeitaufwand hängt zusätzlich auch von den jeweiligen Vorstellungen zur optimalen Länge einer Hospitation sowie der Arbeitszeitplanung und Interessenlage der MFA ab. Auch der Kostenaspekt kann eine Rolle spielen, so dass die Besuchenden vermutlich noch mehr als die Besuchten darauf achten, eine für sie „richtige“ Praxis zu finden. Viele Befragte hatten sich ihre Hospitationspraxen gezielt ausgesucht (z.B. nach medizinischen und menschlichen Kriterien, bzw. erwartetem Nutzen). Es ist daher anzunehmen, dass sich bei diesen Hospitationen tendenziell größere Lerneffekte einstellen, als bei Hospitationen in zufällig ausgewählten Praxen. Womöglich ist die Auswahl einer passenden Partnerpraxis bei Hospitationen mit geringen Strukturvorgaben ein für den Lernerfolg relevanteres Kriterium, als bei stärker strukturierten Peer Review-Konzepten.

Da es keine übergeordnete koordinierende Instanz für Hospitationen gibt (so wie es bei traditionellen Fortbildungen der jeweilige Veranstalter wäre), wird der organisatorische Aufwand für die Beteiligten auch in Zukunft hoch bleiben. Um diese Hürde zu verringern, ergab sich aus den Interviews die Empfehlung, die Informationen zu den einzelnen Praxen auf der DEGAM-Homepage zu erweitern, um den Auswahlprozess für Interessierte zu vereinfachen. Um die Auswahl zu vergrößern, ist es auch wichtig, dass in Zukunft mehr Hospitationspraxen zur Verfügung stehen.

4.1.4.6 CME-Punkte

Die Befragten kritisierten häufig, dass, trotz der Lerneffekte für beide Parteien, nur die jeweils Besuchenden für ihre Hospitationen CME-Punkte beantragen können, da sie aus Sicht der Bundesärztekammer als Hospitation (CME-Punkte der Kategorie G) eingestuft werden (7). Die DEGAM bemüht sich seit längerem etwas an diesem Umstand zu ändern (64). Die Befragten berichteten von internetbasierten oder anderweitig sehr einfach zugänglichen CME-Fortbildungen, über die man wesentlich einfacher CME-Punkte sammeln könnte, obwohl die Inhalte im Vergleich minderwertig und oft von Pharmafirmen gesponsert seien. Vor diesem Hintergrund wäre eine höhere Wertschätzung von Seiten der Ärztekammern wünschenswert. Um jedoch CME-Punkte für beide Seiten zu ermöglichen, müssten DEGAM-Hospitationen aus Sicht der Bundesärztekammer die recht aufwendigen formalen Kriterien des „Leitfaden Ärztliches Peer Review“ bezüglich Vorbereitung, Evaluation und Dokumentation erfüllen (63), was derzeit nicht der Fall ist.

Mehrere Teilnehmende berichteten, dass es bei der Vergabe der CME-Punkte zudem zu Schwierigkeiten kam. Um den Umgang mit den Ärztekammern zu erleichtern, könnte die DEGAM versuchen, mehr Informationen/Rechtsquellen bereitzustellen, wie und bei welcher Ärztekammer die CME-Punkte jeweils korrekt zu beantragen sind.

4.1.4.7 Evaluation

Dies ist die erste Evaluation der DEGAM-Hospitationen. Um das Projekt auch zukünftig sinnvoll weiterentwickeln zu können, ist es empfehlenswert, dass die Teilnehmenden die Möglichkeit erhalten, ihre Hospitationserfahrungen in Form einer Evaluation an die DEGAM zurückzumelden. Dies wurde von einigen Teilnehmenden in den Interviews angeregt, und gehört beispielsweise auch für die Bundesärztekammer zum Standard für Peer Review-Systeme (63).

4.1.4.8 Einwilligung der Patientinnen und Patienten

Die Patientinnen und Patienten stimmten fast immer der Anwesenheit der Hospitierenden zu. Dies wurde auch in anderen Zusammenhängen bereits beobachtet (30). Von Seiten der Hospitationspraxen wurde die Einwilligung in allen Fällen eingeholt, jedoch auf sehr unterschiedliche Weise mit zum Teil sehr kurzer oder gar keiner Bedenkzeit für die Patientinnen und Patienten. Die Hospitierenden unterliegen genau wie die Besuchten der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB. Außerdem unterschreiben die Besuchenden eine Erklärung zur Schweigepflicht, welche die DEGAM als Formular anbietet. Der Schutz der Patientendaten ist damit in jedem Fall ausreichend gewährleistet. Es ist zwar nicht bekannt, ob die Patientinnen und Patienten in Abhängigkeit von der Bedenkzeit unterschiedlich reagieren würden. Dennoch könnte es sinnvoll sein, eine Empfehlung zu formulieren, wie viel Bedenkzeit den Patientinnen und Patienten eingeräumt, bzw. ob und wie ihre Einwilligung dokumentiert werden sollte.

4.1.4.9 Allgemeine praktische Empfehlungen

Wenn Hospitierende ohne vorherige Absprache ins Arzt-Patienten-Gespräch einbezogen werden, kann dies zu unbeabsichtigten fachlichen Diskussionen im Beisein der Patientinnen bzw. Patienten führen. Solche Situationen wurden zuvor bereits bei einem der Hospitationsprojekte in Australien beschrieben (43). Um diese Situationen zu vermeiden, empfiehlt auch die DEGAM, dass Hospitierende sich nicht ungebeten in die Konsultationen einmischen sollten. In den wenigen Fällen, in denen sich Hospitierende nicht an diese Regel hielten, wurde von den Befragten immer wieder bestätigt, wie problematisch die dann entstehenden Kommunikationssituationen sein können. Umgekehrt hat es sich offenbar bewährt, diesen Punkt vor Beginn der Sprechstunde mit den Hospitierenden nochmals ausdrücklich zu klären.

Es erscheint zudem empfehlenswert, sich genug Zeit für den Austausch mit Hospitierenden einzuräumen und Zeitfenster für den kollegialen Austausch im Vorfeld festzulegen, damit keine unnötigen Verzögerungen des Sprechstundenablaufs entstehen. Dieser Sachverhalt wurde bereits in Tasmanien beobachtet (41) und auch von den Teilnehmenden dieser Studie mehrfach betont.

4.1.4.10 Überwindung

Zu Beginn kostet es Überwindung, sich bei der Arbeit kritisch beobachten zu lassen. In anderen Peer Reviews wurde beschrieben, dass dieses Unbehagen während des Praxisbesuchs recht zügig verschwindet und Besuchte (wie auch Patientinnen und Patienten) sich rasch an die Anwesenheit Dritter gewöhnen (85) bzw. spätestens nach dem ersten Feedbackgespräch auch grundsätzlich die Angst vor Peer Review abnimmt (86). Dies bestätigte sich in den vorliegenden Interviews. Mit nur einer Ausnahme herrschte in allen Hospitationen ein Klima der gegenseitigen Wertschätzung bei dem sich alle Beteiligten auf Augenhöhe begegneten. Auch diejenigen, die sich anfangs unwohl fühlten, fanden nach wenigen Patientenkontakten zu ihrem normalen Arbeitsstil und berichteten, dass sich ihre Bedenken mit der Zeit zerstreuten.

Ähnlich wie in den Peer Review-Projekten, die in der Einleitung geschildert wurden, zogen auch die Befragten dieser Studie in der Summe ein positives Fazit aus ihren Hospitationserfahrungen. Mit einer Ausnahme (Verkauf der Praxis stand bevor, um in den Ruhestand zu gehen) würden alle Befragten auch zukünftig wieder hospitieren und Hospitierende bei sich aufnehmen.

Vor diesem Hintergrund erscheint es nicht nötig, zusätzlich zur bereits besprochenen Öffentlichkeitsarbeit, weitere, spezifischere Maßnahmen zum Abbau von Ängsten oder Vorbehalten zu empfehlen.

4.1.4.11 Konkurrenzdenken

Im Vorfeld wurde angenommen, dass die wirtschaftliche Konkurrenz der Praxen dazu führen könnte, dass Praxen keine Hospitationen in der näheren Umgebung durchführen würden. Nach den Interviews war klar, dass wirtschaftliche Gründe kein grundsätzliches Problem sind, sondern eher die allgemeine kollegiale Atmosphäre vor Ort entscheidend ist. Die Befragten hatten nicht den Eindruck, dass man sich als Folge von Hospitationen in benachbarten Praxen gegenseitig Patientinnen und Patienten wegnehmen könnte. Insgesamt war zu erkennen, dass eher lokale und individuelle Faktoren entscheidend sind und sich das Problem, angesichts des zunehmenden Hausärztemangels und des Nachrückens einer jüngeren Ärztegeneration, in Zukunft von alleine verringert.

4.2 Stärken und Schwächen der Arbeit

4.2.1 Stärken

4.2.1.1 Alleinstellung der Arbeit

Dies ist die erste Arbeit, die das Thema der gegenseitigen Praxisbesuche unter Hausarztpraxen in Deutschland untersucht, und dadurch auch die Rahmenbedingungen der deutschen Praxislandschaft

(z.B. keine Gatekeeper-Funktion der primärärztlichen Versorgungsebene, Konkurrenzsituation durch freie Arztwahl seitens der Patientinnen und Patienten, etc.) berücksichtigt.

Darüber hinaus untersucht sie zahlreiche Aspekte zur inhaltlichen und organisatorischen Gestaltung von Praxishospitationen, sowie zu den Reaktionen, den Lernprozessen und den Verhaltensänderungen währenddessen und danach. Speziell für sehr frei zu gestaltende Formen des direkten Beobachtens mit Feedback, die keine Teilnehmerschulungen, thematische Vorgaben, Evaluationsbögen o.Ä. beinhalten, wurden diese Aspekte in dieser Ausführlichkeit im hausärztlichen Bereich bisher kaum oder gar nicht beschrieben. Damit erweitert die Arbeit die Grundlage für genauere Aussagen zur Machbarkeit bzw. zu den Effekten von ähnlich frei zu gestaltenden Konzepten für gegenseitige Praxisbesuche.

4.2.1.2 Zusammensetzung der Stichprobe

Zu den Stärken der Arbeit zählt zudem, dass die Befragten sehr unterschiedliche Vorerfahrungen mit Hospitationen mitbrachten. Einerseits fanden sich unter den Befragten einige Mitbegründer des Hospitationskonzepts der DEGAM, welche bereits oft hospitiert hatten und sehr viel Wissen zu den Hintergründen und Alternativen mitbrachten. Andererseits war ein großer Teil der Teilnehmenden erst durch den Beginn des DEGAM-Projekts auf die Hospitationsidee aufmerksam geworden und hatte daher deutlich geringere Hospitationserfahrung und auch geringere Kenntnis der Unterlagen, welche die DEGAM bereitstellt. Die Charakteristika der Praxen deckten ein breites Spektrum ab, so dass große und kleine Praxen, Einzel- und Gemeinschaftspraxen, städtische oder ländliche Versorgungsbereiche und über- bzw. unterversorgte Regionen repräsentiert waren.

4.2.1.3 Qualitative Methodik

Aus den bereits genannten Gründen wurde die Studie mit qualitativer Methodik erhoben und ausgewertet. Es ist auf diese Weise wie erhofft gelungen, die Sichtweisen und Erlebnisse der Teilnehmenden sehr detailreich abzubilden und möglichst unverfälscht darzustellen. Somit kann diese Arbeit eine gute Grundlage für weitere Untersuchungen und Entwicklungen zu diesem Thema bilden.

4.2.2 Schwächen

4.2.2.1 Demographische Verteilung

Der Frauenanteil in der Stichprobe (ca. 12,5%) war im Vergleich zur realen Verteilung in der deutschen Allgemeinmedizin sehr niedrig. 2014 betrug der Frauenanteil unter niedergelassenen (nicht angestellten) Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmedizinern laut Ärztestatistik der Bundesärztekammer ca. 30%. (87). Das Verhältnis von Ärztinnen zu Ärzten über die Gesamtheit aller DEGAM-Hospitationspraxen des Jahres 2014 war nicht sicher festzustellen. Die Liste der DEGAM-Hospitationspraxen enthielt oft auch bei großen Gemeinschaftspraxen nur einen Namen, so dass auf

weitere (weibliche?) Inhaberinnen bzw. Inhaber nicht sicher rückgeschlossen werden konnte. Somit ist keine Aussage möglich, ob der niedrige Frauenanteil in der Stichprobe dem Zufall geschuldet war, oder weitere strukturelle Gründe eine Rolle spielten.

Die Gruppe der 40 bis 49-jährigen war deutlich überrepräsentiert (43% in der Stichprobe vs. 25% in der Ärztestatistik), die anderen Altersgruppen entsprachen in etwa der statistischen Verteilung unter Allgemeinmedizinerinnen im Jahr 2014.

Auch angestellte Ärztinnen und Ärzte waren unterrepräsentiert (ca. 4% in der Stichprobe vs. 12% in der Ärztestatistik), oder anders formuliert: Praxisinhaberinnen bzw. Praxisinhaber waren etwas überrepräsentiert. Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter aus MVZ waren in der Studie nicht vertreten.

Es ist nicht überraschend, dass sich in der Stichprobe hauptsächlich Praxisinhaberinnen bzw. Praxisinhaber fanden, da wahrscheinlich in erster Linie Praxisinhaberinnen bzw. Praxisinhaber (und nicht Angestellte) einen Eintrag auf der DEGAM-Homepage veranlassen würden. Es ist zudem vorstellbar, dass Hospitationen für Inhaberinnen und Inhaber deutlich attraktiver sind als für Angestellte, da Inhaberinnen und Inhaber viel mehr Möglichkeiten haben, Veränderungen in ihrer Praxis vorzunehmen. Für die Akzeptanz von Feedback und die Umsetzung von geplanten Veränderungen spielt die Haltung des Arbeitgebers eine wichtige Rolle (88), so dass sich unter den Angestellten wahrscheinlich nur diejenigen für Hospitationen begeistern, die von Arbeitgeberseite die nötige Unterstützung erfahren.

4.2.2.2 Bias

Wie nahezu alle Publikationen zu gegenseitigen Praxisbesuchen enthält diese Arbeit nur Aussagen von freiwillig Teilnehmenden. Dies könnte einen zu positiven Gesamteindruck begünstigen. Die meisten Befragten waren in der Studierendenausbildung und/oder in DEGAM-Gremien aktiv und etliche von ihnen hatten offenbar deutlich mehr CME-Punkte gesammelt als unbedingt nötig, was auf eine erhöhte Bereitschaft zur Fortbildung hinweist. Daher ist davon auszugehen, dass sie bereits von vornherein der Idee des Hospitierens sehr aufgeschlossen und diesbezüglich überdurchschnittlich engagiert waren. Wahrscheinlich waren die Befragten im Vergleich zum Durchschnitt der Ärzteschaft eher bereit, Impulse aus Hospitationen für sich zu nutzen und ihr ärztliches Verhalten in der Folge zu ändern. Daher unterliegt die Arbeit wahrscheinlich einem Bias hin zu positiven Antworten und stärkeren Effekten der Hospitationen.

Weitere Forschung ist nötig zur Frage, was Ärztinnen und Ärzte, die noch nie hospitiert haben, von der Idee halten und welche Barrieren sie von der Teilnahme abhalten. Auch wäre interessant zu untersuchen, welche Erfahrungen und Meinungen Ärztinnen und Ärzte haben, die nicht freiwillig, sondern nur aufgrund bestehender Vorschriften an Konzepten wie Visitation oder den in Norwegen üblichen Praxisbesuchen teilnehmen.

Ein weiterer Bias könnte die MFA-Perspektive betreffen: Alle Aussagen zu den Erfahrungen der hospitierenden MFA fanden nur indirekt durch die Aussagen der interviewten Ärztinnen und Ärzte Eingang in diese Arbeit. Somit sind letztlich nur zur ärztlichen Perspektive belastbare Erkenntnisse entstanden.

4.2.2.3 DEGAM-Hospitation nicht scharf zu definieren

Zu Beginn der Rekrutierungsphase wurde per Fax u.a. gefragt, ob die Befragten bereits Praxen „im Rahmen des DEGAM-Programms“ hospitiert hätten. Bei der Auswertung der Interviews wurde deutlich, dass es letztlich nicht völlig eindeutig zu definieren ist, was eine Hospitation „im Rahmen des DEGAM-Programms“ bedeutet.

Einige Teilnehmende hatten Hospitationen, die für ihr Gefühl unabhängig vom DEGAM-Kontext waren, in allen wesentlichen Teilen genau so durchgeführt, wie die DEGAM es empfiehlt. Andere Befragte wiederum hatten ihre Hospitationen zwar deutlich im DEGAM-Zusammenhang gesehen, aber die einzelnen Elemente (z.B. die Struktur des Feedbacks) relativ individuell gehandhabt. (Siehe Kapitel 3.3.8 „DEGAM-Hospitation vs. nicht DEGAM-Hospitation“ ab Seite 73).

Der Grund für die ungenaue Auslegung liegt in den Regeln der DEGAM begründet: Es ist z.B. nicht festgelegt, ob die Hospitationen ausschließlich unter DEGAM-Mitgliedern durchgeführt werden müssen bzw. ob beide Beteiligte auf der Liste der DEGAM-Hospitationspraxen erwähnt sein müssen. Hinzu kommt, dass der Großteil der von der DEGAM aufgestellten Hospitationsregeln zumindest implizit auch bei anderen Hospitationen, z.B. zum Erlernen spezifischer Handgriffe im spezialärztlichen Setting, oder im Rahmen von Praktika für Studierende, selbstverständlich sind. Am Ehesten charakteristisch für das DEGAM-Konzept sind die Feedbackkomponente und der verstärkte Fokus auf die Arzt-Patienteninteraktion. Diese sind wiederum als Kann-Regelungen formuliert und geben den Teilnehmenden große Freiheiten, diese Elemente nach ihren eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten. Auch hier ist die Abgrenzung gegenüber anderen Situationen, in denen Ärztinnen und Ärzte sich gegenseitig bei der Arbeit beobachten, wenig konkret.

Im Nachhinein betrachtet war daher die Formulierung „im Rahmen des DEGAM-Programms“ im Hinblick auf die Größe der Stichprobe womöglich unglücklich gewählt. Angesichts der unklaren Abgrenzung, wann eine DEGAM-Hospitation anfängt und eine „normale“ Hospitation aufhört, könnten womöglich einige Praxen fälschlicherweise gedacht haben, sie hätten trotz bestehender Hospitationserfahrung bislang einfach noch nicht „gut genug“ hospitiert, um für diese Studie in Frage zu kommen. Somit ist die Stichprobe eventuell etwas kleiner ausgefallen als sie hätte sein können.

4.3 Ausblick

4.3.1 DEGAM

Die Ergebnisse und die Empfehlungen dieser Arbeit wurden 2015 auf dem DEGAM-Kongress in Bozen präsentiert (89). Die DEGAM beließ das Konzept der Hospitationen als solches zunächst unverändert, begann allerdings, einen Teil der Anregungen umzusetzen: Sie führte auf der Homepage eine Möglichkeit für die Teilnehmenden ein, formlose Rückmeldungen zu DEGAM-Hospitationen an die DEGAM zu senden. Ein Evaluationsformular oder eine Strukturvorgabe für diese Rückmeldungen sind bislang nicht vorgesehen. Darüber hinaus begann die DEGAM damit, schriftliche Erfahrungsberichte zu Hospitationen zu sammeln, um sie zu veröffentlichen (90).

4.3.2 Ärztekammer Schleswig-Holstein

Die Interviews bildeten eine wichtige Grundlage für die Entwicklung des „Hausärztlichen Peer Reviews in Schleswig-Holstein“ unter der Federführung der Ärztekammer Schleswig-Holstein (84). Dieses Peer Review-Verfahren wird seit 2016 in Hausarztpraxen in Schleswig-Holstein pilotiert und vom Institut für Allgemeinmedizin der CAU Kiel evaluiert. In diesem Format werden CME-Punkte für Besucher und Besuchte gleichermaßen vergeben. Mehrere Verbesserungsvorschläge aus den Interviews führten zur Entwicklung von Detaillösungen rund um die Suche nach Partnerpraxen, dem Setzen der inhaltlichen Schwerpunkte und der Gestaltung des Feedbacks. Der deutlichste Unterschied zum DEGAM-Projekt ist eine verpflichtende Feedbackschulung, welche alle Teilnehmenden vor ihrem ersten Peer Review durchlaufen. In Planung ist eine Auswertung dieser hausärztlichen Peer Reviews, um quantitative Daten zu Mengen und Inhalten von Veränderungen nach Peer Reviews zu erhalten.

5 Zusammenfassung

Im Rahmen der ärztlichen Fortbildungs- und Qualitätssicherungskultur gewinnen Konzepte, bei denen Ärztinnen und Ärzte sich gegenseitig während der Arbeit beobachten und evaluieren, zunehmend an Bedeutung. Um voneinander zu lernen und sich über die Anwendung fachlicher Kompetenz im täglichen Alltag auszutauschen bzw. dabei kontinuierlich zu verbessern, bieten sich u.a. gegenseitige Praxisbesuche an. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) entwickelte daher 2012 ein Konzept für Praxishospitationen mit hausärztlichen Praxisteams. Die vorliegende qualitative Studie exploriert Erfahrungen und Meinungen, die Ärztinnen und Ärzte auf Grundlage dieser Initiative mit Praxishospitationen gesammelt haben. Es wurden leitfadengestützte Telefoninterviews mit 24 Ärztinnen und Ärzten durchgeführt, um die folgenden Fragen zu beantworten: Wie wurde der Ablauf der Hospitationen gestaltet? Welche Themen wurden diskutiert? Welche Veränderungen ergaben sich daraufhin in den Praxen? Welche Empfehlungen lassen sich für die Zukunft daraus ableiten?

Es zeigte sich, dass die Befragten aus sehr unterschiedlichen Motiven hospitierten, die von Neugier bis hin zu konkreten fachlichen Fragestellungen reichten. Die Hospitationen dauerten meist ca. $\frac{1}{2}$ bis 1 Tag, teils auch länger. Meist hospitierten Ärztinnen bzw. Ärzte alleine, nur selten mit weiteren Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern der Praxen. Mit nur einer Ausnahme tauschten sich die Teilnehmenden während der Hospitationen über eine große Vielfalt an Themen der hausärztlichen Praxisführung aus. Die genauen Inhalte und auch die Art, wie die Feedbackrunden im Anschluss gestaltet wurden, hingen stark von der jeweiligen Interessenlage, aber auch dem jeweiligen Rollenverständnis und der Kommunikationsfertigkeiten ab. Ähnlich unterschiedlich ausgeprägt waren auch die Menge und Art der anschließend vorgenommenen Veränderungen in der eigenen Praxistätigkeit. Sämtliche Befragte zogen ein sehr positives Fazit und möchten weiterhin hospitieren bzw. Hospitierende empfangen.

Für die weitere Entwicklung der DEGAM-Initiative, aber auch für die Entwicklung des „Hausärztlichen Peer Reviews in Schleswig-Holstein“ der Ärztekammer Schleswig-Holstein lieferte die Auswertung der Interviews zahlreiche Anregungen zu inhaltlichen, organisatorischen und finanziellen Aspekten. Initiale Befürchtungen der Organisatoren, dass z.B. wirtschaftliche Gründe eine ernsthafte Hürde bei Hospitationen sein würden, stellten sich zum Teil als weniger erheblich dar. Der organisatorische Aufwand einer Hospitation und die Hürde, eine geeignete Partnerpraxis zu finden, wurden wiederum im Vorfeld kaum diskutiert und werden bei der weiteren Entwicklung bewusster berücksichtigt, ebenso wie durchdachtere Konzepte zum Rollenverständnis und Feedback.

6 Literatur

1. Wilm S, (Hrsg.). (2014): Assessment of General Practitioner's Performance in Daily Practice: EURACT Performance Agenda of General Practice / Family Medicine. (S. 79). Düsseldorf University Press, Düsseldorf.
2. Donner-Banzhoff N, von Luckner A, Wilm S. (2005): Großbritannien: Moderne Formen der Fortbildung. *Dtsch Arztebl*;102(12):A 818-819.
3. Rethans JJ, Sturmans F, Drop R, van der Vleuten C, Hobus P. (1991): Does competence of general practitioners predict their performance? Comparison between examination setting and actual practice. *BMJ*;303(6814):1377-1380.
4. Ram P, Van der Vleuten C, Rethans JJ, Grol R, Aretz K. (1999): Assessment of practicing family physicians: comparison of observation in a multiple-station examination using standardized patients with observation of consultations in daily practice. *Acad Med*;74(1):62-69.
5. Miles A, Holden J. (2007): Fellowship by assessment 1989–2006. *Br J Gen Pract*;57(534):74-75.
6. Institute of Medicine (US) Committee on Planning a Continuing Health Professional Education Institute. (2010): Redesigning Continuing Education in the Health Professions. Appendix C, International Comparison of Continuing Education and Continuing Professional Development. (S. 233-252). National Academies Press (US), Washington (DC).
7. Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern). (2013): Muster-Fortbildungsordnung 2013. Bundesärztekammer, Berlin.
8. Horder J, Bosanquet N, Stocking B. (1986): Ways of influencing the behaviour of general practitioners. *J R Coll Gen Pract*;36(292):517-521.
9. Armstrong D, Reyburn H, Jones R. (1996): A study of general practitioners' reasons for changing their prescribing behaviour. *BMJ*;312(7036):949-952.
10. Sargeant J, Mann K, Sinclair D, Ferrier S, Muirhead P, van der Vleuten C, Metsemakers J. (2006): Learning in practice: experiences and perceptions of high-scoring physicians. *Acad Med*;81(7):655-660.
11. Youmans JB. (1935): Experience with a postgraduate course for practitioners: evaluation of results. *Acad Med*;10(3):154-173.
12. Allery LA, Owen PA, Robling MR. (1997): Why general practitioners and consultants change their clinical practice: a critical incident study. *BMJ*;314(7084):870-874.
13. Cervero RM, Gaines JK. (2015): The impact of CME on physician performance and patient health outcomes: an updated synthesis of systematic reviews. *J Contin Educ Health Prof*;35(2):131-138.
14. Forsetlund L, Bjorndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, Davis D, Odgaard-Jensen J, Oxman AD. (2009): Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews* 2009(2).
15. MacCarthy D, Kallstrom L, Kadlec H, Hollander M. (2012): Improving primary care in British Columbia, Canada: evaluation of a peer-to-peer continuing education program for family physicians. *BMC Med Educ*;12:110.
16. Wensing M, van der Weijden T, Grol R. (1998): Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? *Br J Gen Pract*;48(427):991-997.
17. Cantillon P, Jones R. (1999): Does continuing medical education in general practice make a difference? *BMJ*;318(7193):1276-1279.
18. Wensing M, Grol R. (1994): Single and combined strategies for implementing changes in primary care: a literature review. *Int J Qual Health Care*;6(2):115-132.
19. Bloom BS. (2005): Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: a review of systematic reviews. *Int J Technol Assess Health Care*;21(3):380-385.

20. Davis D. (1998): Does CME work? An analysis of the effect of educational activities on physician performance or health care outcomes. *Int J Psychiatry Med*;28(1):21-39.
21. Grol R, Mokkink H, Schellevis F. (1988): The effects of peer review in general practice. *J R Coll Gen Pract*;38(306):10-13.
22. Lefroy J, Watling C, Teunissen PW, Brand P. (2015): Guidelines: the do's, don'ts and don't knows of feedback for clinical education. *Perspectives on medical education*;4(6):284-299.
23. Sargeant JM, Mann KV, van der Vleuten CP, Metsemakers JF. (2009): Reflection: a link between receiving and using assessment feedback. *Advances in health sciences education : theory and practice*;14(3):399-410.
24. Barnes RD, Bell S. (1994): Interpractice visits by general practitioners. *Aust Fam Physician*;23(10):1922-1928.
25. Lombarts MJ, Van Wijmen FC. (2003): External peer review by medical specialist (visitatie) in a legal perspective. *European journal of health law*;10(1):43-51.
26. Bundesärztekammer. (2013): Curriculum Ärztliches Peer Review. 2. Aufl. Bundesärztekammer, Berlin.
27. Kogan JR, Hatala R, Hauer KE, Holmboe E. (2017): Guidelines: The do's, don'ts and don't knows of direct observation of clinical skills in medical education. *Perspectives on medical education*;6(5):286-305.
28. Hinz CF, Jr. (1966): Direct observation as a means of teaching and evaluating clinical skills. *J Med Educ*;41(2):150-161.
29. Cydulka RK, Emerman CL, Jouriles NJ. (1996): Evaluation of resident performance and intensive bedside teaching during direct observation. *Acad Emerg Med*;3:345-351.
30. Dorfsman ML, Wolfson AB. (2009): Direct observation of residents in the emergency department: a structured educational program. *Acad Emerg Med*;16(4):343-351.
31. Shelesky G, D'Amico F, Marfatia R, Munshi A, Wilson SA. (2012): Does weekly direct observation and formal feedback improve intern patient care skills development? A randomized controlled trial. *Fam Med*;44(7):486-492.
32. Roethlisberger FJ, Dickson WJ. (1966): *Management and the Worker. An Account of a Research Program Conducted by the Western Electric Company.* Hawthorne Works, Chicago. 14 Aufl. Harvard University Press, Cambridge MA.
33. Goodwin MA, Stange KC, Zyzanski SJ, Crabtree BF, Borawski EA, Flocke SA. (2017): The Hawthorne effect in direct observation research with physicians and patients. *J Eval Clin Pract*;23(6):1322-1328.
34. Craig S. (2011): Direct observation of clinical practice in emergency medicine education. *Acad Emerg Med*;18(1):60-67.
35. Lombarts MJ, Klazinga NS. (2001): A policy analysis of the introduction and dissemination of external peer review (visitatie) as a means of professional self-regulation amongst medical specialists in The Netherlands in the period 1985-2000. *Health Policy*;58(3):191-213.
36. Grol R. (1994): Quality improvement by peer review in primary care: a practical guide. *Qual Health Care*;3(3):147-152.
37. Grol R. (1990): Peer review in primary care. *Qual Assur Health Care*;2(2):119-126.
38. Grol R, Mesker P, Schellevis F. (1988): *Peer Review in General Practice: Methods, Standards, Protocols.* Nijmegen University Department of General Practice, Nijmegen.
39. Grol R, Lawrence M. (1995): *Quality Improvement By Peer Review.* Oxford University Press, Oxford.
40. Verblackt H, Grol R. (1995): De effecten van kadertraining, Deskundigheidsbevordering en intercollegiale toetsing in huisartsengroepen. *Medisch Contact*;50(9):294-296.
41. Bell S, Patterson C. (1993) Report on the Evaluation Inter-Practice Visits Program 1989-1992. Royal Australian College of General Practitioners - Tasmania Faculty, Australia; [letzter Zugriff: März 5, 2016]. URL: http://www.phcris.org.au/phplib/filedownload.php?file=/elib/lib/downloaded_files/gpeproject/gpe_p163.pdf.

42. Salisbury C. (1997): The Australian quality assurance and continuing education program as a model for the reaccreditation of general practitioners in the United Kingdom. *Br J Gen Pract*;47(418):319-322.
43. Fraser J. (2006): Evaluation of an interpractice visit peer review program for rural Australian general practice registrars. *Aust Fam Physician*;35(3):143-147.
44. Ingham G, Fry J, Ward B. (2016): Adding random case analysis to direct observation (ARCADO) - Updating the external clinical teaching visit to improve general practice registrar assessments. *Aust Fam Physician*;45(12):918-920.
45. Starling C, Regan C, Lee C, Morgan S, Parker M. How useful are Clinical Teaching Visits (CTVs) to Registrars and Supervisors? *General Practice Education & Training Convention*; 5.-6. September 2012; Melbourne.
46. Flegg K. Evaluation of External Clinical Teacher Visits by Registrars. *General practice education and training convention*; 2.-3. September 2009; Adelaide.
47. Ingham G, Fry J, Morgan S, Ward B. (2015): ARCADO - Adding random case analysis to direct observation in workplace-based formative assessment of general practice registrars. *BMC Med Educ*;15:218.
48. Commissie Toetsing van het NHG. (1984): Onderlinge praktijkobservatie. Een draaiboek voor koppels huisartsen. *Huisarts Wet*;27:130-134.
49. Van den Hombergh P. (1998): Practice visits: assessing and improving management in general practice. [Proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit.
50. van Weert C. (2000): Developments in professional quality assurance towards quality improvement: some examples of peer review in the Netherlands and the United Kingdom. *Int J Qual Health Care*;12(3):239-242.
51. Bureau Visitatie Huisartsen. *Visitatie* [Web Page]. [laatst Zugriff: September 14, 2020]. URL: www.mijnvisitatie.nl.
52. Lundetrae N, Finckenhagen M, Hanstad AM, Maartmann-Moe K. (1992): Gjensidig praksisbesøk--en ny og god kursform. En metode for kvalitetssikring i allmenmedisin [Exchange practice visits-a new and good way of training. A method for quality assurance in general medicine]. *Tidsskr Nor Laegeforen*;112(27):3437-3438.
53. OECD. (2014): *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards*. OECD Publishing, Paris.
54. Den norske legeforening. (2016): *Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for allmenmedisin*. Den norske legeforening, Oslo.
55. Nordby K. (2007): *Praksisbesøk hos kolleger i allmenpraksis*. 3. Aufl. Den norske legeforening, Oslo.
56. Schei E, Gulbrandsen A, Skjerven T. (1998): *Praksis læres i praksis* [Reciprocal practice visits: a new tool in the continuing education of general practitioners]. *Tidsskr Nor Laegeforen*;118(19):2975-2978.
57. Southgate L, Cox J, David T, Hatch D, Howes A, Johnson N, Jolly B, Macdonald E, McAvoy P, McCrorie P, Turner J. (2001): The general medical council's performance procedures: peer review of performance in the workplace. *Med Educ*;35 Suppl 1:9-19.
58. College of Physicians and Surgeons of Ontario. *CPSO Peer Assessment* [Web Page]. [laatst Zugriff: September 14, 2020]. URL: <https://www.cpso.on.ca/Physicians/Your-Practice/Quality-in-Practice/Assessments/Peer-Assessment>.
59. Egidi G. (2009) *Professionelles Lernen von Hausärzten - ein Leben lang* [Stellungnahme zur ärztlichen Fortbildung]. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Bremen; [laatst Zugriff: September 14, 2020]. URL: http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Fortbildung/Startseite/DEGAM-Fortbildungspapier2009-Langversion-Hintergrund-Papier.pdf.
60. Egidi G, Mainz A. (2012): Die DEGAM-Kampagne für Hospitationen in Hausarztpraxen. A Campaign for Peer Visitations of Family Medicine Teams. *Z Allgemeinmed*;88(10).

61. Bundesärztekammer. (2015): Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung. 4. Aufl. Bundesärztekammer, Berlin
62. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Hospitationspraxcen nach Bundesländern [Web Page]. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; [letzter Zugriff: September 14, 2020]. URL: <https://www.degam.de/hospitationspraxcen-nach-bundeslaendern.html>.
63. Bundesärztekammer. (2014): Leitfaden Ärztliches Peer Review. Bundesärztekammer, Berlin.
64. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. DEGAM-Manual für Hospitationen hausärztlicher Praxis-Teams [Web Page]. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; [letzter Zugriff: September 14, 2020]. URL: https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Fortbildung/Praxishospitationen/DEGAM-Manual%20Hospitationen.2018%20schwarz%20mit%20Literatur%20Thomas%20Maibaum_NEU.pdf.
65. Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M, van den Hombergh P, Brinkmann H, Szecsenyi J, Falcoff H, Seuntjens L, Kuenzi B, Grol R. (2005): Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Fam Pract*;22(2):215-222.
66. Masseria C, Irwin R, Thomson S, Gemmill M, Mossialos E. (2009) Primary care in Europe. Policy Brief. . European Commission Directorate-General "Employment Social Affairs and Equal Opportunities" Unit E1 - Social and Demographic Analysis [letzter Zugriff: 05 Februar, 2021]. URL: https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/06/RN2009_Primary-care.pdf.
67. Hall J. (2015): Australian health care - the challenge of reform in a fragmented system. *N Engl J Med*;373(6):493-497.
68. Strauss A, Corbin J. (1998): Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory. 2. Aufl. Sage, Thousand Oaks, CA.
69. Mayring P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Aufl. Beltz Verlag, Weinheim, Basel.
70. Helfferich C. (2004): Die Qualität qualitativer Daten. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
71. Sturges JE, Hanrahan KJ. (2004): Comparing telephone and face-to-face qualitative interviewing: a research note. *Qualitative Research*;4(1):107-118.
72. Gläser J, Laudel G. (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 3. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
73. Dresing T, Pehl T. (2013): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 5. Aufl. Dr. Dresing und Pehl GmbH, Marburg.
74. Schreier M. (2012): Qualitative Content Analysis in Practice. SAGE Publications, London.
75. Neergaard MA, Olesen F, Andersen RS, Sondergaard J. (2009): Qualitative description - the poor cousin of health research? *BMC Med Res Methodol*;9:52.
76. Kassenärztliche Bundesvereinigung. KBV-Onlineversion des EBM [Web Page]. [letzter Zugriff: July 30, 2020]. URL: <https://www.kbv.de/html/online-ebm.php>.
77. Seifert V. (2015): Die DEGAM war oft Vorreiter. *Der Allgemeinarzt*;37(18):28-30.
78. Hofhuis H, Van Den Ende CH, De Bakker DH. (2006): Effects of visitation among allied health professionals. *Int J Qual Health Care*;18(6):397-402.
79. Booth B, Lawrance R. (2001): Quality assurance and continuing education needs of rural and remote general practitioners: how are they changing? *Aust J Rural Health*;9(6):265-274.
80. Donabedian A. (2005): Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*;83(4):691-729.
81. Overeem K, Driessen EW, Arah OA, Lombarts KM, Wollersheim HC, Grol RP. (2010): Peer mentoring in doctor performance assessment: strategies, obstacles and benefits. *Med Educ*;44(2):140-147.
82. Sluijs EM, Bennema-Broos M, Wagner C. (2002): Tandartsen en onderlinge visitatie: verslag van een onderzoek naar de door. *Ned Tijdschr Tandheelkd*;109:20-24.

83. Morrison J, Johnson N, McConnachie A, Power A, Redding P, Corcoran D. (2005): Problem-based, peer-facilitated education about antibiotic prescribing. *Scott Med J*;50(3):118-121.
84. Williamson M, Kaduszkiewicz H. (2016): Freude an Qualität. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt*;69(1):6-8.
85. Grol R, Mesker P, Schellevis F. (1988): Peer Review in General Practice: Methods, Standards, Protocols. (S. 175). Nijmegen University Department of General Practice, Nijmegen.
86. Grol R, van Eijk J, Mesker P, Schellevis F. (1985): Audit: a project on peer review in general practice. *Fam Pract*;2(4):219-224.
87. Bundesärztekammer. Ärztestatistik 2014 [Web Page]. [letzter Zugriff: September 14, 2020]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2014/Stat14AbbTab.pdf.
88. Overeem K, Wollersheim H, Driessen E, Lombarts K, van de Ven G, Grol R, Arah O. (2009): Doctors' perceptions of why 360-degree feedback does (not) work: a qualitative study. *Med Educ*;43(9):874-882.
89. Williamson M, Hansmann-Wiest J, Harbig P, Wächtler H, Kaduszkiewicz H. Erfahrungen niedergelassener Hausärzte mit DEGAM-Praxishospitationen. 49 Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 17. - 19. September 2015; Bozen: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.
90. Blumenthal S, Musche-Ambrosius I, Reicherdt I, Williamson M. (2019): DEGAM-Praxishospitationen: Voneinander lernen. *Z Allgemeinmed*;95(2):70-74.

7 Anhänge

7.1 Abkürzungsverzeichnis

AiW	Arzt in Weiterbildung
ARCADO	Adding Random Case Analysis to Direct Observation
CAU	Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
CME	Continuing Medical Education
CPD	Continuing Professional Development
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DMP	Disease Management Program
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ECTV	External Clinical Teaching Visit
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EKG	Elektrokardiogramm
EPA	Europäisches Praxisassessment
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HZV	Hausarztzentrierter Versorgung
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
JADE	Junge Allgemeinmedizin Deutschland
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MEZIS	Mein Essen zahle ich selbst. Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte
MFA	Medizinische Fachangestellte / Medizinischer Fachangestellter
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
QM	Qualitätsmanagement
QZ	Qualitätszirkel
RACGP	Royal Australian College of General Practitioners
SD	Standard Deviation/Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis

7.2 Leitfaden und Checklisten der DEGAM

Abbildung 4: Leitfaden Praxishospitation (2013), Seite 1

Leitfaden

DEGAM-Kampagne für Hospitationen hausärztlicher Praxisteams

Hallo und herzlich willkommen bei der DEGAM!

Die DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft für Hausärztinnen, Hausärzte und medizinische Fachangestellte in Deutschland. Wer mehr über sie erfahren will, kann gern hier schauen: www.degam.de

Eine von vielen spannenden Aufgaben der DEGAM ist es, für ihre Mitglieder **Fortbildungen** zu gestalten. Zentraler Gedanke dieser Fortbildungen ist das peer-learning. Hiermit ist das Lernen unter Gleichrangigen gemeint, also das Lernen voneinander und miteinander. Und wo könnte man dies besser umsetzen als an den eigenen Arbeitsplätzen?!


Diese Überlegungen waren der Ausgangspunkt zu der Initiative, **PRAXISHOSPITATIONEN** anzubieten:

Durch gegenseitige Praxisbesuche sollen die Beteiligten Hilfen und Anregungen für ihre eigene Tätigkeit erhalten.

Die Art und Weise der freiwilligen Praxishospitationen richtet sich nach den Erwartungen und den Bedürfnissen derjenigen, die sie durchführen. Allerdings gibt es **Rahmenbedingungen bzw. Regeln**, deren Einhaltung für einen reibungslosen Ablauf sorgen soll:

- Die Patienten müssen mit der Hospitation einverstanden sein.
- Die Hospitationspraxis stellt sich authentisch dar.
- Eine aktive Beteiligung der Hospitierenden während eines Patientenkontakts erfolgt nur nach einer Aufforderung.
- Ein wertschätzendes und konstruktives Feedback in ruhiger Atmosphäre sollte vom Hospitierenden angeboten werden.
- Hospitationen werden unentgeltlich durchgeführt.

Für Praxishospitationen vergeben die Landesärztekammern **Fortbildungspunkte** – aktuell leider nur für die Hospitierenden – (Kategorie G; ein Punkt pro Stunde, maximal acht pro Tag).



Und so kann – muss aber nicht – ein strukturierter **Feedback-Bericht** aussehen:

Praxisorganisation	
Was empfinde ich als Stärken der Praxis?	<i>Terminsprechstunde klappt super</i> ...
Was empfinde ich als Schwächen der Praxis?	<i>Bearbeitung der Laboreergebnisse lückenhaft (Elektrophorese)</i> ...
Was empfehle ich, vordringlich zu ändern ?	- <i>Recall-System einführen</i> - ...
Sprechstunde	
Womit hat mich der Arzt/die Ärztin beeindruckt ?	- <i>Entspannte Atmosphäre, Patienten gut gelaunt</i> - <i>Knüpft häufig an das soziale Umfeld an</i> - ...
Hier sehe ich noch Verbesserungsmöglichkeiten :	- <i>Wundversorgung standardisieren/delegieren</i> - <i>Harnwegsinfekte leitliniengerecht behandeln</i> - ...

(beispielhafter Auszug aus einem ärztlichen Feedback-Bogen)

Abbildung 5: Leitfaden Praxishospitation (2013), Seite 2



Fünf Schritte für eine erfolgreiche Praxishospitation

1. Die Praxis meldet sich bei der DEGAM als Hospitationspraxis an:
geschaeftsstelle@degam.de
2. Mit der Anerkennung der "Regeln" für eine Hospitation erhält die Praxis das Label „DEGAM-Hospitationspraxis“.
3. Auf der Website www.degam.de (Sektion Fortbildung) findet sich eine aktuelle Liste von Hospitationspraxen.
4. Kontakt mit einer Praxis seiner Wahl aufnehmen und einen Hospitationstermin vereinbaren.
5. Hospitieren. Beobachten und Reflektieren. Sich mit anderen unterhalten. Mit ein paar Ideen nach Hause zurückkehren.

„Man kann einen Menschen nichts lehren, man kann ihm nur helfen, es in sich selbst zu entdecken.“

(Galileo Galilei)

In aller Kürze:

- Die Praxishospitation ist eine freiwillige Fortbildungsaktivität.
- Sie ist sowohl für Ärztinnen und Ärzte als auch für medizinische Fachangestellte geeignet.
- Die „Benimm-Regeln“ sind einzuhalten.
- Eine Anmeldung erfolgt bei der DEGAM-Bundesgeschäftsstelle.
- Sie kann halb- oder ganztags durchgeführt werden.
- Die Anwesenheitsdauer sollte gegenseitig formlos bescheinigt werden.

Kontakt:

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Goethe Universität, Haus 15 / 4. OG
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main

Tel.: 069 - 65 00 72 45
Fax: 069 - 68 97 46 02
E-Mail: geschaeftsstelle@degam.de

Abbildung 6: Checkliste, Seite 1


<h2 style="margin: 0;">Praxishospitation bei</h2>		
am:	von bis Uhr	durch: (Ärztin/Arzt)
Mein erster Eindruck von der Praxis		
Praxisorganisation		
Was empfinde ich als Stärken der Praxis?		
Was empfinde ich als Schwächen der Praxis?		
Was empfehle ich, vordringlich zu ändern?		
Sprechstunde		
Womit hat mich der Arzt/die Ärztin beeindruckt?		
Hier sehe ich noch Verbesserungsmöglichkeiten:		

Abbildung 7: Checkliste, Seite2

Beobachtung einzelner Patienten-Konsultationen	
Namenskürzel/Kurz-Kennzeichnung Patient/in	Von mir wahrgenommene Stärken und Schwächen in der Konsultation

7.3 Interviewleitfaden

Abbildung 8: Interviewleitfaden, Seite 1

Interviewleitfaden Praxishospitation

Hinweis: Es muss auf jeden Fall das Antwortfax, die Einverständniserklärung und die Kontoverbindung des jeweiligen Arztes beim Interview vorliegen!

Hinweis: Es sollte bekannt sein, ob die Praxis weitere ärztliche Kollegen umfasst! (auch: Stadt- oder Landpraxis, Praxisgröße, Zusatzbezeichnungen..)

Einleitung:

Guten Tag, mein Name ist Martin Williamson vom Institut für Allgemeinmedizin der Uni Kiel. Vielen Dank zunächst für Ihre Bereitschaft, am Telefoninterview teilzunehmen. Das Interview wird voraussichtlich etwa 30 Minuten Zeit in Anspruch nehmen, wobei das natürlich nur eine grobe Orientierung sein kann, je nachdem, wie viel es zu erzählen gibt. (... Datenschutzvereinbarung / -erklärung o.Ä. hier einbauen...)

Haben Sie zu dem Interview oder zum Forschungsprojekt noch Fragen?

Dann können wir starten. Ich schalte jetzt das Aufnahmegerät an.

Auf Ihrem Antwortfax erwähnten Sie, dass Sie selbst in anderen Praxen hospitiert hatten / in Ihrer Praxis besucht wurden/ sowohl selbst in anderen Praxen hospitierten als auch in Ihrer Praxis besucht wurden (Auswahl je nachdem was zutrifft...). Ist das immer noch der aktuelle Stand? Wie viele Hospitationen in anderen Praxen / der eigenen Praxis gab es?

Frage 1 (alle): Was war Ihre Motivation, am Programm für Praxishospitationen teilzunehmen?

Fragenkomplex 2, Organisation/Inhalt:

Zunächst möchte ich mich auf Ihre Hospitationen in anderen Praxen konzentrieren. Wie ist das abgelaufen? Wie war das?

- Wie kam der Kontakt zustande?
- Waren Sie vorher bereits miteinander bekannt?
- Wie sah der Tagesablauf ganz genau aus? Dauer des Ganzen?
- Wer nahm teil (Ärzte gleicher Fachrichtung / anderer Fachrichtung/ MFA...)?
- Handelte es sich um Praxen aus der gleichen Region, oder ggf. auch aus weiter entfernten Gegenden? (Stadt / Land?, Einzel-/Gemeinschaftspraxis? Zusatzbezeichnungen?)
- Waren alle Hospitationen vor dem Hintergrund der DEGAM-Initiative oder gab es evtl. noch andere Anlässe? (Wenn mehrere: Was für Unterschiede zeigten sich?)*
- Waren auch Hausbesuche Teil der Praxishospitationen?
- In welcher Weise hat der hospitierende Arzt/MFA an der Sprechstunde teilgenommen?
- Wie wurden die Patienten eingebunden?
- Wie wurden die Patienten über die Praxisbesuche informiert?
- Wie haben die Patienten reagiert?
- Wie war die Haltung des weiteren Praxispersonals (ggf. auch ärztlicher Kollegen in einer Gemeinschaftspraxis) zu den Hospitationen?

Welche Themen haben Sie – angeregt durch die Hospitation - diskutiert?

- Was nehmen Sie für sich aus den Hospitationen mit?¹
- Wie war das bei den nichtärztlichen Berufsgruppen?
- Wie wurde das Feedback gestaltet? Umgang mit den Feedbackbögen?
- Gab es auch Negativkritik? Wie wurde sie durchgeführt?²
- Wie fühlt sich Feedback geben/empfangen an?³
- Wie waren Ihre Eindrücke in Bezug auf gegenseitige Wertschätzung bzw. Begegnung „auf gleicher Augenhöhe“?

Hat die Hospitation zu Veränderungen in Ihrer eigenen Praxis geführt?

- Wie sahen die Veränderungen im organisatorischen Bereich aus?
- Wie sahen die Veränderungen im fachlichen Bereich aus?
- Hat sich bei Ihnen persönlich etwas verändert?
- Gab es auch schädliche Einflüsse / schlechte Erfahrungen?
- Haben sich die Änderungen bewährt?

Wurden Vorschläge für Veränderungen für die andere Praxis diskutiert?

- Wenn ja, welche?
- Wenn nein, warum nicht?
- Wenn Sie an dem Termin über Veränderungen gesprochen hatten, hatten Sie später noch mal Kontakt zur Praxis? (Stichwort: Langzeitwirkungen der Hospitation).

¹ Frage wurde ab dem 13.01.2015 ergänzt

² Frage wurde ab dem 03.12.2014 ergänzt

³ Frage wurde ab dem 13.01.2015 ergänzt

Abbildung 10: Interviewleitfaden, Seite 3

Fragenkomplex 3 (Nur fragen, wenn auf die Situation zutreffend, sonst weiter mit „Reflexion“):

Sie hatten ja nicht nur Erfahrungen mit dem Hospitieren in einer anderen Praxis, sondern wurden selbst ebenfalls besucht. Wie war das da?

- Wie kam der Kontakt zustande? (die * weiter unten gehören mit zu diesem Punkt)
- Waren Sie vorher bereits miteinander bekannt? (Freunde, Bekannte?) *
- Wie sah der Tagesablauf ganz genau aus? Dauer des Ganzen?
- Wer nahm teil (Ärzte gleicher Fachrichtung / anderer Fachrichtung/ MFA...)?
- Handelte es sich um Praxen aus der gleichen Region, oder ggf. auch aus weiter entfernten Gegenden?* (Stadt / Land?, Einzel-/Gemeinschaftspraxis? Zusatzbezeichnungen??)
- Waren alle Hospitationen vor dem Hintergrund der DEGAM-Initiative oder gab es evtl. noch andere Anlässe? (Wenn mehrere: Was für Unterschiede zeigten sich?)*
- Waren auch Hausbesuche Teil der Praxishospitationen?
- In welcher Weise hat der hospitierende Arzt/MFA an der Sprechstunde teilgenommen?
- Wie wurden die Patienten eingebunden?
- Wie wurden die Patienten über die Praxisbesuche informiert?
- Wie haben die Patienten reagiert?
- Wie war die Haltung des weiteren Praxispersonals (ggf. auch ärztlicher Kollegen in einer Gemeinschaftspraxis) zu den Hospitationen?

Welche Themen haben Sie – angeregt durch die Hospitation - diskutiert?

- Wie war das bei den nichtärztlichen Berufsgruppen?
- Wie wurde das Feedback gestaltet? Umgang mit den Feedbackbögen?
- Wie waren Ihre Eindrücke in Bezug auf gegenseitige Wertschätzung bzw. Begegnung „auf gleicher Augenhöhe“?

Hat die Hospitation zu Veränderungen in Ihrer eigenen Praxis geführt?

- Wie sahen die Veränderungen im organisatorischen Bereich aus?
- Wie sahen die Veränderungen im fachlichen Bereich aus?
- Hat sich bei Ihnen persönlich etwas verändert?
- Gab es auch schädliche Einflüsse?
- Haben sich die Änderungen bewährt?

Wurden Vorschläge für Veränderungen für die andere Praxis diskutiert?

- Wenn ja, welche?
- Wenn nein, warum nicht?
- Wenn Sie an dem Termin über Veränderungen gesprochen hatten, hatten Sie später noch mal Kontakt zur Praxis? (Stichwort: Langzeitwirkungen der Hospitation).

Abbildung 11: Interviewleitfaden, Seite 4

Fragenkomplex 4, Fazit:

Was ist Ihr Fazit nach den bisherigen Erfahrungen?

- Haben sich Ihre Erwartungen erfüllt?
- Würden Sie die Praxishospitationen erneut machen? (Wenn ja: Wie häufig ist das sinnvoll bzw. auch zumutbar? Wenn nein: Warum nicht?)
- Lieber selbst hospitieren oder besucht werden?
- Würden Sie sich eher Praxishospitationen auf regionaler Ebene - z.B. im Rahmen von lokalen Qualitätszirkeln- wünschen, oder eher auf überregionaler Ebene. (Wenn lieber überregional: Würden Sie die zusätzlichen Fahrtkosten und -zeiten auf sich nehmen?)
- Welcher Zeitrahmen für eine Hospitation erscheint Ihnen nach Ihren bisherigen Erfahrungen empfehlenswert?
- Gibt es Dinge, die Sie sich fürs nächste Mal vorgenommen haben oder ggf. auch nicht wieder so machen würden?
- Durch die DEGAM werden ja relativ wenige Vorgaben zur Durchführung der Praxishospitationen gemacht, auch der Feedback-Bogen ist recht offen gehalten. Es gibt hierzu sicher unterschiedliche Meinungen. Wie beurteilen Sie das? (Mögliche Beispiele: „Training in Feedback geben/Feedbackregeln erwünscht?“, Mindestanforderungen an teilnehmende Praxen? Lockererer Rahmen genau das Richtige, um Schwerpunkte selber zu legen? Oder doch strukturierter?)
- Wie wäre Ihre eigene Bereitschaft, eine Schulung, z.B. zum Thema Feedback zu besuchen?⁴

Fragenkomplex 5, Wirtschaftliches:

Wie beurteilen Sie die Praxishospitationen unter wirtschaftlichen Aspekten?

- Lohnt sich die Investition in Praxishospitationen?
- Was kann man über die investierte Arbeitszeit, ggf. auch Fahrtkosten, bei Ärzten und Praxisangestellten sagen?
- Falls es zu Änderungen in der Praxisführung nach den Hospitationen kam: Haben diese wirtschaftliche Auswirkungen?
- Wenn sich Praxen aus der gleichen Region gegenseitig besuchen, können sie im Alltag in wirtschaftlicher Konkurrenz zueinander stehen. Wäre das ein Hinderungsgrund bzgl. der Teilnahme an Praxishospitationen?

⁴ Frage wurde ab dem 03.12.2014 ergänzt

Frage 6 (Barrieren/Vorschläge):

Bislang wird das Angebot der DEGAM für die Praxishospitationen nach unserer Kenntnis zahlenmäßig eher zögerlich angenommen. Gibt es aus Ihrer Sicht erkennbare Gründe hierfür?

- Was sind die Haupthindernisse?
- Was wirkt begünstigend?/ ..könnte begünstigend wirken?

Frage 7 (CME-Punkte):

Wie sind Ihre Erfahrungen mit der Genehmigung der Fortbildungspunkte? Gibt es Verbesserungsmöglichkeiten (Stichwort: DEGAM versucht auch für den besuchten Arzt CME-Punkte zu organisieren...)

Frage 8 (diese Frage nur bei Freitextbeiträgen auf dem Antwortfax):

Sie hatten auf dem Antwortbogen, den Sie uns gefaxt hatten, noch Folgendes notiert: (....) Können Sie mir das näher erläutern?

Schlussfrage:

Wir kommen allmählich zum Ende des Interviews. Gibt es noch Aspekte, die bislang nicht zur Sprache kamen, die Sie gerne ansprechen würden?

Erfragen der deskriptiven Merkmale d. Befragten bzw. der Praxis:

- Welche Facharztqualifikation / Zusatzbezeichnungen haben Sie?
- Sind Sie selbst Inhaber/in der Praxis?
- Wie lange sind Sie schon niedergelassen tätig?
- Werden Studierende in der Praxis unterrichtet?⁵
- Wie würden Sie das Setting Ihrer Praxis bzw. Ihr typisches Patientenklientel charakterisieren?
- Welches QM-System benutzen Sie in der Praxis?⁶

Abschluss:

Dann möchte ich Ihnen ganz herzlich danken, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview genommen haben, und weiterhin alles Gute wünschen (und ggf. weiter viel Spaß und positive Rückmeldungen bei den nächsten Praxishospitationen).

⁵ Frage wurde ab dem 28.11.2014 ergänzt

⁶ Frage wurde ab dem 28.11.2014 ergänzt

8 Danksagung

Zum Abschluss meiner Arbeit möchte ich ganz besonders meiner Doktormutter Prof. Dr. Hanna Kaduszkiewicz danken. Während des gesamten Projektes hat sie mich hilfsbereit und freundlich mit Rat und Tat unterstützt und in die wissenschaftliche Praxis eingearbeitet. Ihre Unterstützung beschränkte sich dabei nicht nur auf diese Arbeit, sondern erstreckte sich auch auf die praktische Umsetzung der Erkenntnisse aus dieser Studie in den Gremien der Ärztekammer und der DEGAM.

In diesem Zuge möchte ich mich auch ganz herzlich bei Truc Sophia Nguyen M. A. bedanken, nicht nur für ihre Unterstützung beim Anfertigen der Interviewtranskripte, sondern auch für ihre wertvollen Anregungen und die kritische Durchsicht gegen Ende der Arbeit.

Ebenso möchte ich mich außerordentlich bei Dr. Ralph Barnes bedanken für seine unkomplizierte und spontane Bereitschaft, mir zusätzliche Hintergründe und Zusammenhänge aus den „Interpractice Visits“ in Australien aus erster Hand zu erläutern.

Mein Dank gilt darüber hinaus Christian Wächtler und Annika Stüwer für ihre Hilfsbereitschaft und ihre vielfältige Unterstützung beim Übersetzen und Verstehen der Literaturquellen in Norwegischer und Niederländischer Sprache.

Weiterhin möchte ich mich bei den betreffenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des RACGP, des Norske Legeforening sowie der Radboud Universiteit Nijmegen bedanken für die Auskünfte und hilfreichen Informationen zu ihren jeweiligen Peer Review-Projekten, die aus der Literatur nicht zu entnehmen waren.

Abschließend möchte ich mich ganz herzlich bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern dieser Studie bedanken, ohne deren Engagement und Bereitschaft, Auskunft zu geben, diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.