

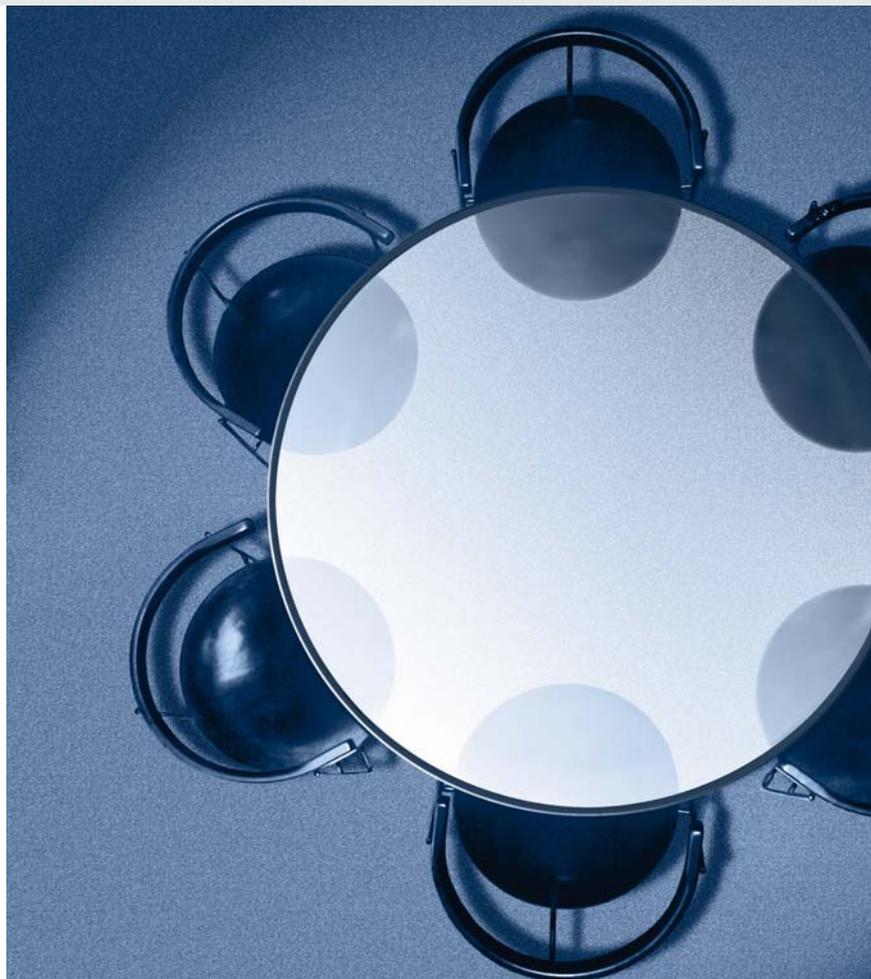
fik 3). Zugleich befürchtet die Mehrheit, dass der Einsatz der Telematik mit hohen Kosten für die Ärzte verbunden ist und der Schutz von Patientendaten nicht ausreichend gewährleistet ist. Auch in diesen Punkten zeigen die niedergelassenen Ärzte deutlich mehr Vorbehalte als die Krankenhausärzte: Nur 37 Prozent der niedergelassenen Ärzte erwarten etwa eine wesentliche Erleichterung der integrierten Versorgung, dagegen 73 Prozent der Krankenhausärzte. Umgekehrt sind die niedergelassenen Ärzte weit überdurchschnittlich von hohen Kostenbelastungen, einem unzureichenden Datenschutz und einer möglichen Beeinträchtigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses überzeugt.

„Wir müssen diese Sorgen sehr ernst nehmen“, betonte Montgomery. Dies zeigten auch die jüngsten Ärztetagsbeschlüsse in Dresden, in denen klar formuliert sei, worauf es beim Telematikeinsatz im Gesundheitswesen ankomme. Danach müsse darauf geachtet werden, dass Daten gezielt versandt werden können, „ohne dass sie in falsche Hände gelangen“. Elektronische Patientenakten gehörten in die Hand des Hausarztes, des Patienten und gegebenenfalls des behandelnden Arztes in Klinik und Praxis, mit Sicherheit aber nicht in die Hände von Krankenkassen. Die Ärzteschaft werde diese Vorgaben in die Arbeit der eGK-Betreiber-gesellschaft Gematik einbringen. „Wir werden peinlichst genau darauf achten, dass diese Beschlüsse adäquat umgesetzt werden“, betonte der BÄK-Vize.

Erste Schritte dazu seien bereits erfolgt, erklärte Bartmann. Nach der Neuregelung der Zuständigkeiten innerhalb der Gematik kümmert sich die Bundesärztekammer um den Notfalldatensatz, der auf der eGK gespeichert werden soll. „Damit sind wir genau für die Anwendung zuständig, der die Ärzte nach dem E-Health-Report die größte Bedeutung beimessen.“ ■

Heike E. Krüger-Brand

@ Der E-Health-Report in Kurz- und Langfassung und eGrafiken im Internet: www.aerzteblatt.de/101686



QUALITÄTSZIRKEL

Selbstbestimmung geht verloren

Unter Ärzten wird seit vier bis fünf Jahren zunehmend von sondervertragsbedingten „Zwangsverzirkelungen“ gesprochen.

Eine beeindruckend umfangreiche und gute Qualitätszirkelarbeit etablierte sich in den vergangenen Jahren im Regionalbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Die obligaten Basismodule „Moderation und Moderationstechniken“ sowie „Einführung in die evidenzbasierte Medizin (EbM)“ werden an zwei Tagen vermittelt. Fakultativ werden ergänzende Vertiefungsseminare (zum Beispiel „Gruppendynamik“, „Visualisierungstechniken“ oder „EbM-Intensivseminare“, „kri-

tisches Denken und Entscheidungsanalyse“) angeboten, die circa 15 bis 20 Prozent der Teilnehmer belegen. Die Autoren blicken auf eine fast zehnjährige Schulerfahrung mit nahezu 850 Ärztinnen und Ärzten zurück. Die durchschnittliche Gesamtevaluation liegt mit 1,7 im Bewertungsfeld „sehr gut“. Qualitätszirkelarbeit ist eng mit dem Begriff der „Qualitätssicherung“ verknüpft.

Zunehmend wird dabei deutlich, dass im Ansatz der Qualitätssicherung Entwicklungschancen liegen –



Foto: Fablia

Qualitätszirkel sind Gruppen von Vertragsärzten, die gemeinsam ihre eigene Tätigkeit kritisch überprüfen. Es handelt sich um einen auf den Erfahrungen der Teilnehmer aufbauenden Lernprozess. Im interkollegialen Erfahrungsaustausch werden Versorgungsroutinen bewusstgemacht und eine Analyse und Bewertung der eigenen Tätigkeit ermöglicht.

wenn man diese als Bemühen zur selbstkritischen Reflexion über laufende Behandlungsprozesse und als Chance zur sinnvollen Weiterentwicklung therapeutischer und struktureller Angebote im Interesse von Patienten versteht. Dies setzt allerdings einen Wechsel der Blickrichtung voraus: von der „externen Qualitätskontrolle“ hin zur „internen Qualitätssicherung und -entwicklung“ sowie von der Ermittlung der Ergebnisqualität hin zur selbstkritischen Analyse der Prozessqualität.

Im Gefolge zahlreicher Sonderverträge nach § 73 SGB V kommt der Qualitätszirkelarbeit nunmehr ein neuer Stellenwert zu. Die Teilnahme an Disease-Management-Programmen, an Hausarzt- und Palliativverträgen, an regionalen Onkologie-, Akupunktur-, Pflegeheim- und Rheumatologievereinbarungen et cetera setzt obligatorisch den Teilnahmenachweis an entsprechenden Fortbildungen, auch in Form von Qualitätszirkelarbeit, voraus. Bestehende Qualitätszirkel

müssen sich wegen der jeweiligen Vertragsbindung vielleicht nur weniger Ärzte mit entsprechenden Inhalten beschäftigen. Das legt einen wachsenden Teil der Ausbildungstermine fest und behindert die autonome Arbeit der jeweiligen Qualitätszirkelgruppe. An dieser Stelle könnte es für die Qualitätszirkel zu einer kritischen Gemengelage aus „selbst gewählten Themen“ und „vorgegebenen Themen“ kommen, so dass damit die grundsätzlich „therapeutische Selbstbestimmung in der Praxis“ immer mehr verloren geht.

Vorgegebene Themengebiete

Kritische Stimmen zu einer Standardisierung durch Qualitätssicherungsvereinbarungen mit der Folge einer einseitigen Fixierung und dem Ausschluss von anderen therapeutischen Möglichkeiten gab es bereits Ende der 90er Jahre. Unter den Ärzten wird seit vier bis fünf Jahren zunehmend von sondervertragsbedingten „Zwangszirkelungen“ gesprochen.

Die „Vereinnahmung“ der Qualitätszirkel durch unterschiedlichste Akteure im Gesundheitswesen steht im Widerspruch zu den ursprünglichen Maximen der „freiwilligen Basis“ mit „selbstgewählten Themen“ auf der Grundlage des reflektierenden kollegialen Diskurses. Die neue Qualitätssicherungs-Richtlinie (2009) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gibt der Ausbildung der Moderatoren und der Qualitätszirkelarbeit

MODERATORENAUSBILDUNG

Orientiert an der Leitlinie „Qualitätszirkel“ der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe sowie dem Leitfaden „Ärztliche Qualitätszirkel“ (2) bilden die Autoren seit 2001 Qualitätszirkelmoderatoren nach dem Grundkonzept einer „adulten kontinuierlichen Lerngruppe für die humantherapeutische Qualitätszirkelarbeit“ aus. Dabei berücksichtigen sie die allgemeinen Moderationsgrundlagen und -techniken sowie die Erkenntnisse aus der Kommunikations-, Lernpsychologie- und Supervisionsforschung. Die Einführung in grundlegende Techniken der evidenzbasierten Medizin ist von Anfang an ein fester Bestandteil. Die Organisationsverantwortung liegt bei der Akademie für ärztliche Fortbildung.

aber eine strukturelle Ausrichtung, die dieser Tendenz der Vereinnahmung der Qualitätszirkelarbeit noch zuarbeiten könnte.

Seit 2005 treffen sich jährlich, organisiert durch die KBV, regional gewählte Tutorensprecher und Tutoren auf einem „nationalen Tutorentreffen“. Hier wird ein thematisch eng vorgeschriebener Katalog von Themenkomplexen erarbeitet, wie zum Beispiel „Journal-Club“ für die Psychotherapeuten, „Patientenfallkonferenz“, „Evidenzbasierte Medizin“, „Terminvergabe“, „Patientensicherheit“, „QEP im Qualitätszirkel“, „Notfallmanagement“, „Pharmakotherapie“, „Anwendung von Qualitätsindikatoren in Qualitätszirkeln und Praxen“. Diese werden im „Handbuch für die Qualitätszirkelarbeit“ als weitere Arbeitsgrundlage in der Qualitätszirkelarbeit zusammengefasst und sollen dramaturgisch vermittelt werden. Obligate Bestandteile des Kataloges werden im Verlauf einer nur eintägigen Grundausbildung vermittelt. Zu weiteren Teilen des Themenkataloges finden etwa alle zwei Jahre Nachschulungen statt.

Wichtig ist Eigenmotivation

Die evidenzbasierte Methode ist dabei ein fakultativer Bestandteil. Man geht aber nicht davon aus, dass die im Curriculum hierfür vorgesehene Zeit ausreicht. So wird im Manual allen Tutoren und Qualitätszirkelleitern die Teilnahme an einem EbM-Grundkurs dringend nahegelegt. Nach Erfahrung der Autoren ist es aber – selbst bei einer gut angenommenen Einführungsveranstaltung – nicht einfach, die Teilnehmer für eine vertiefende Einheit zu gewinnen.

Derzeit gibt es bundesweit etwa 130 aktive Qualitätszirkeltutoren (auch lehrende Vertragsärzte genannt), seit 2004 nach dem curricularen, manualisierten „Dramaturgiekonzept“ von der KBV oder der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung im Analogverfahren ausgebildet. Tutoren, so heißt es in der 2009 geänderten Qualitätssicherungs-Richtlinie der KBV, haben neben der Begleitung und Unterstützung neuerdings auch die Auf-

gabe, die Grundausbildung der Moderatoren durchzuführen. Sie sollen neue „Dramaturgien“ der Qualitätszirkelarbeit vermitteln, Supervisionen durchführen und sowohl der Kassenärztlichen Vereinigung als auch den Moderatoren fortlaufend beratend zur Seite zu stehen.

Die Tutoren begannen Dezember 2009 in Münster ihre erste eintägige Moderatorenbasisschulung nach diesem hochstrukturierten stringenten „dramaturgisch-manualisierten Kompaktmodell“, das ein zeit- und phasenablaufgesteuertes Vorgehen unter Verfahrensanweisungen beinhaltet. Dieses Vorgehen vermittelt nicht in dem Maße, wie es möglich wäre, die Arbeit eines humantherapeutischen Qualitätszirkels. Für die evidenzbasierte Medizin findet sich kein gesicherter Platz, obwohl dies nach dem Themenkatalog notwendig wäre.

Das neue System ermöglicht stärker als bisher die Umsetzung zentraler Vorgaben, vernachlässigt aber zugleich wichtiges methodisches Rüstzeug zur eigenen Urteilsbildung sowie zur Entwick-

lung der Qualitätszirkelarbeit unter der Berücksichtigung regionaler Besonderheiten (local tailoring). Insbesondere unter demografischen Gesichtspunkten (zum Beispiel Medianaltergrenzverschiebung, Palliativversorgung) wird es künftig immer wichtiger, das ambulante und stationäre Versorgungsangebot besser aufeinander abzustimmen. Der Aufbau fach- und berufsgruppenübergreifender Qualitätszirkelarbeit fordert aus eigenem Antrieb motivierte Ärztinnen und Ärzte, bei denen vielfältige, berufsübergreifende Kompetenzen und Erfahrungen sinnvoll und „nicht überstrukturiert“ gebündelt werden müssen.

„Top down“-Ausrichtung

Ein gruppenzentrierter Prozessansatz bei geringer Strukturierung würde dabei erfolgreicher sein als eine hochgradig strukturierte „top down“-Ausrichtung. Ziel könnte eine berufs- und versorgungsübergreifende „helping community“ sein, die einen respektvollen Umgang trotz der vorhandenen Ver-

ständigungsschwierigkeiten unter den Berufsgruppen und der unterschiedlichen Auffassungen pflegt und sich stetig um eine tragfähige Konsensbildung bemüht. Vertreten wird durch die Autoren ein „offenes angrenzungsorientiertes Modell für die humantherapeutischen Qualitätszirkel“, welches als „dynamische Entwicklungsarbeit“ zur Förderung vielfältiger *professioneller Kompetenzen* (Fähigkeiten, Wissen) und *Performanzen* (Fertigkeiten, Können) im Gesundheitssektor aufgefasst wird. So kann die Sicherung und Verbesserung der Qualität ärztlicher Tätigkeit eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine *patienten- und bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche* sowie *unbedenkliche Versorgung* (1) auf hohem Leistungsniveau werden.

Die Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom Januar 2009 hat einschneidende Auswirkungen auf die künftige Ausbildung der Qualitätszirkelmoderatoren. Ein offenes, evaluiertes, auf fach-, berufs- und versorgungsübergreifendes Arbeiten ausgerichtete Ausbildungsverfahren bei obligater Integration der evidenzbasierten Medizin wurde durch ein zeitlich stark verkürztes, kaum evaluiertes, den Fach-, Berufs- und Versorgungsübergreifend nicht beinhaltendes und die evidenzbasierte Medizin nur als fakultativen Inhalt einbringendes Verfahren mit deutlich engeren strukturellen Vorgaben ersetzt. ■

Dr. med. Ralf Hömberg,

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Senden)

Dr. med. Paul Voßschulte,

Facharzt für Kinderheilkunde und Neuropädiatrie (Münster)

QUALITÄTSZIRKEL VOR ORT



In den Abschlussbericht des AQUA-Instituts gingen 18 172 Sitzungsdokumentationen ein (Rücklaufquote von 57 Prozent). Nach Auswertung dieser Unterlagen war die Qualitätszirkelarbeit in Westfalen-Lippe während des untersuchten Zeitraums von Nachhaltigkeit und hoher Arbeitskontinuität geprägt. Die

inhaltliche Arbeitsqualität stieg im Laufe der Jahre an. Ende 2006 waren circa 8 650 Ärztinnen und Ärzte in der Qualitätszirkelarbeit in Westfalen-Lippe durchschnittlich 165 Minuten pro Quartal aktiv. Ende 2007 gab es 1 590 geschulte und anerkannte Moderatoren sowie 1 070 aktive Qualitätszirkel. Weitergehend entwickelten sich, überwiegend aus der Qualitätszirkelarbeit, etwa 100 Ärztenetze in Westfalen-Lippe.

Das AQUA-Institut evaluierte im Auftrag der KV Westfalen-Lippe die regional umgesetzte Qualitätszirkelarbeit für den Zeitraum von 1995 bis 2006. Seit dem Start der Evaluation (1995) mit 15 aktiven Qualitätszirkeln kam es bis Ende 1999 zu einem Anstieg auf 213 Qualitätszirkel. Ende 2006 waren schließlich 937 Qualitätszirkel gegründet. Westfalen-Lippe weist im Regionalvergleich eine besonders hohe Neugründungsrate von Qualitätszirkeln auf.

LITERATUR

- Müller L, Petzold HG: Problematische und riskante Therapie (nicht nur) in der Arbeit mit älteren und alten Menschen in „Prekären Lebenslagen“ – „Client dignity?“ In: Märten M, Petzold HG: Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald 2002; 2993–332.
- Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J, Andres E: Ärztliche Qualitätszirkel. 4. Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2001.