

Qualitätssicherung: Jeder Fehler ist ein Schatz

Stetiger Prozeß, der letztendlich Geld spart

Stand und Zukunft der Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin als Tagungsthema

Göttingen - Qualitätssicherung in der Medizin kostet Geld, schlechte Qualität kostet mehr Geld. Zu "Stand und Zukunft Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin" fand daher in Göttingen Mitte November ein Fachsymposium statt. Erstmals wurden auf einer eigenen Veranstaltung die spezifischen Anforderungen, die an qualitätssichernde Maßnahmen gestellt werden, besprochen.

Die Zahl der Teilnehmer war unerwartet groß. Es waren alle Beteiligten am Gesundheitswesen vertreten, auch die Krankenkassen. Diese nationale und internationale Tagung wurde von den Abteilungen für Allgemeinmedizin der Universität Göttingen und der Medizinischen Hochschule Hannover einberufen.

Dienstleistung

Qualitätssicherung ist ein stetiger berufsbegleitender Prozeß, der vieles inkludiert. Es gibt eine Reihe von bewährten Methoden der Qualitätssicherung, deren Verwendung oft in Kombination sinnvoll ist. Grundlegend ist die Definition der angebotenen medizinischen Dienstleistungen und ihrer realen und ihrer angestrebten Qualität. Diese Dienstleistungen sollen den Bedürfnissen der Patienten entsprechen.

Nach einer umfangreichen deutschen Patientenbefragungsstudie stellen Patienten folgende Ansprüche:

1. Der Arzt soll gut zuhören.
2. Richtige Diagnosen und gute Therapien.
3. Der Arzt soll Verständnis haben für alle Probleme.
4. Kurze Wartezeiten. Die Ärzte selbst glaubten, dass die Patienten die Antwortkategorie "richtige Diagnosen" erstrangig platzieren würden.

Auch wenn dieses Studienergebnis einige Ärzte überrascht, so wurden bereits in den fünfziger Jahren gute Methoden zur Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation gefunden. Damit wurde auch die medizinische Betreuung besser. Qualitätssicherung beginnt also mit guter Einfühlung in die Situation des Patienten auf seinem Weg durch eine medizinische Institution.

Die Auflistung und Untersuchung dieser Gegebenheiten erfolgt am besten in regelmäßig tagenden Qualitätssicherungszirkeln, deren freiwillige Teilnehmer als Experten für ihre eigene Praxis gleichberechtigt sind. Sie bestimmen gemeinsam die Themen, die sie bearbeiten wollen. Ein Moderator und ein Schriftführer sorgen für den Ablauf und die Dokumentation der Besprechungen.

Nach einer längeren Anlaufphase von einem Jahr oder mehr können sich die Teilnehmer auch die Ausformulierung von medizinischen Qualitätsstandards zum Ziel setzen und deren Umsetzbarkeit in die eigene Praxis untersuchen.

In Deutschland sollen zentrale Stellen mit dem Vergleich solcher an der Versorgungsbasis erstellten Standards befaßt werden. In den Niederlanden ist dieser Prozeß schon weitgehend abgeschlossen. Dort wurden solche Standards Familienärzten zur Kommentierung zugesandt, modifiziert und zur Diskussion gestellt.

Die Endfassung wurde von der Gesundheitsbehörde publiziert. Dies hatte zur Folge, daß sich die ärztliche Praxis im Laufe zweier Jahre an eine fünfundsechzigprozentige Orientierung am jeweiligen Standard annähert, obwohl es keine Sanktionen gibt.

Dokumentation

Voraussetzung jeglicher Qualitätssicherung ist eine möglichst genaue Dokumentation. Eventuelle Lücken sind in der Dokumentation ärztlicher Tätigkeit international beschrieben.

So ist in Schweden nur für jeden zweiten Patienten Alkohol- und Nikotinkonsum vermerkt, obwohl die Ärzte zur Thematisierung dieser Fragen von den Gesundheitspolitikern ausdrücklich aufgefordert waren. In Israel wurden Karteiblätter mit den Rubriken "Wichtiges Problem" und "Veränderung" kreiert, um Akzente zu setzen.

Diese Beispiele geben Anlaß zur Untersuchung der Prozeßqualität: "Kann ein Spital (eine Ordination) ein gutes Spital (eine gute Ordination) sein?" Wird der Zeitmangel zum Hindernis für eine gute Dokumentation, so können mittels organisatorischer Maßnahmen Störungen, wie Unterbrechungen durch häufige Telefonate und Überlastungssituationen durch zu viele unangemeldete Patienten, abgebaut werden.

Selbstverständlich kann der Arbeits- und Materialaufwand (Praxiscomputer) für eine verbesserte Dokumentation nicht auf die Dauer hobbymäßig betrieben werden, sondern hat wie jeder andere Teil einer qualifizierten ärztlichen Tätigkeit Anspruch auf entsprechende Honorierung.

Die Aufrechterhaltung der standardmäßigen Prozeßqualität wird in vielen Ländern (USA und Schweden) schließlich auch durch externe Qualitätssicherung, etwa im Rahmen unangemeldeter Begehungen durch Kommissionen überprüft. Dies kann auch mit der Aufnahme in die Liste der besten Spitäler und der besten Arztpraxen belohnt werden.

Fehleranalysen und -korrekturen bringen in jedem Fall reichlich Gewinn: Selbsterkenntnis, neue Ideen, neue Chancen, nicht selten auch lohnende Rationalisierungsmaßnahmen.

Hans-Joachim Fuchs
Lehrbeauftragter d. Uni Wien

Quelle: "Der Standard" vom 30.11.1994 Beilage Seite: B15

© Der Standard

Familienmedizin - Kooperation zwischen ÄrztInnen und FamilientherapeutInnen in der Allgemeinmedizin

Bericht vom Workshop am 27.10.1999 des ÖGAM-Arbeitskreises Familienmedizin (Leitung: Dr. Gertraud Rothe und Dr. Hans-Joachim Fuchs)

Am 10. November 1994 begegnete ich Dr. Tomi Spenser, Family Physician & Senior Lecturer, Haifa, Israel, erstmals im Rahmen einer Enquete der Universität Göttingen zum Thema "Stand und Zukunft der Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin"

Spenser, damals israelischer Delegierter zur EQuIP, berichtete über Aktivitäten zur Qualitätssicherung in Israel. Zur hausärztlichen Dokumentation gehöre das Genogramm, weil kein Hausarzt die Familien von 2000 PatientInnen in seinem Gedächtnis speichern kann. Zur Demonstration verwendete er das Genogramm seiner eigenen, großen Familie. Darin war vermerkt, daß seine Mutter viel zu früh starb, weil sie in Auschwitz ermordet wurde. Spenser möchte, daß sein Hausarzt das weiß. Ich fand diesen Ansatz überzeugend, obwohl ich über die Verwendung von Familienstammbäumen in der Allgemeinmedizin bis dahin nichts gelernt hatte. Daher setzte ich meine ärztliche Fortbildung in einer familientherapeutischen Ausbildungsgruppe fort. 1998 gründete ich mit Dr. Gertraud Rothe einen Familienmedizin-Arbeitskreis zur gemeinsamen Bearbeitung eines Qualitätssicherungsprojektes zur Evaluation familienmedizinischer Erhebungsinstrumente durch statistische Prozeßbeobachtung.

Anläßlich der Präsentation des EUROPEP-Fragebogens zur Patientenbefragung in der Allgemeinmedizin im Oktober 1998 in Kopenhagen berichtete ich Spenser von unserem Familienmedizin-Projekt. So kam es zu meiner Einladung an ihn, für uns in Wien einen Workshop zu halten, um uns bei der praktischen Umsetzung unseres familienmedizinischen Wissens zu unterstützen. Es gilt die Frage zu beantworten, wie wir unter den gegebenen Rahmenbedingungen in Österreich Familienmedizin im eigentlichen Sinne betreiben könnten. Ist sie nötig, sind wir kompetent, haben wir die Ausbildung, die Zeit, das Geld? Dr. Hava Katz lernte ich kennen, als sie mich mit Spenser am 25.10.99 in meiner Praxis besuchte. Ihre gemeinsame Supervision meiner Arbeit empfand ich als außerordentlich positiv. Ich fühlte mich nicht nur beobachtet, sondern auch sehr wirksam in der laufenden Konsultation und Selbstreflexion unterstützt. Anschließend fragte mich Spenser, ob mein Computer in der Lage sei, eine vollständige Problemliste der Patienten auszudrucken. In der Medizin sei es gefährlich, nur eine Diagnose zu behandeln, ohne Kenntnis aller Gesundheitsprobleme eines Patienten.

Kritische Selbstreflexion

Mindful Practice, achtsame Praxis - dieser vom Familienpsychiater Prof. Ronald M. Epstein, geprägte Begriff wurde zum Leitgedanken unseres Workshops: "Exemplary physicians seem to have a capacity for critical self-reflection that pervades all aspects of practice, including being present with the patient." (Epstein 1999).

Katz leitete uns auf wertschätzende und einfühlsame Art und Weise zur Reflexion jener Rollen an, die wir selbst in unseren Herkunftsfamilien gespielt haben und in unseren aktuellen Familien spielen, jener Rollen, die wir in der Gruppe der KollegInnen spielen sowie in unserem eigenen Team. Übrigens waren auffallend viele von uns älteste Geschwister in ihren

Herkunftsfamilien. Alles geschieht in einem Kontext, daher ist es immer sehr wichtig, diesen zu beachten und mit zu reflektieren. Dem übergreifenden Ziel einer organisierten Gesundheitsversorgung, die gleichermaßen effizient und human ist, entsprechen wir am besten durch ein dreidimensionales Konzept.



Graphik: Three-dimensional conceptual model

Die Graphik zeigt, wie viele verschiedene Elemente in unserer allgemeinmedizinischen Praxis miteinander verknüpft sind, darunter die *community related medicine including families*

Klar ist jedoch, daß wir in unseren Konsultationen immer nur einen kleinen Ausschnitt aus dem Gesamtzusammenhang einer Person bearbeiten können. Der Arzt sollte sich jedes Mal bewusst sein, auf welcher Schichte (level of care) er sich befindet: pre-symptomatic (prophylaktisch), Symptom, Krankheit, der ganze Mensch, Familie, community, - und das mit dem Verständnis und Einverständnis des Patienten. Es ist hilfreich für uns, unsere PatientInnen in ihrem Kontext zu sehen. Dafür ist das Genogramm die beste Erhebungsmethode und Dokumentation zugleich, auf die wir immer wieder zurückgreifen können und die wir mit der Weiterentwicklung der jeweiligen Familie ergänzen können.

Eine vollständige Konsultation mit der gemeinsamen Erstellung eines Genogramms dauert 20-30 Minuten. Am Department of Family Health Care in Haifa sind auch gut ausgebildete Krankenschwestern und sogar Sekretärinnen damit beauftragt, routinemäßig Genogramme zu zeichnen. Es ist wichtig, die täglichen Aufgaben so zu verteilen, daß die Routine zur Unterstützung wird. Einige TeilnehmerInnen benutzen bereits bei Gesundenuntersuchungen oder bei Drogenpatienten die von der Krankenkasse bezahlte Zeit für das Genogrammzeichnen. Eine andere, etwas aufwendigere familienmedizinische Dokumentationsform ist das meist retrospektiv gezeichnete Time flow Family Chart. Es läßt auf den ersten Blick erkennen, welche Familienmitglieder öfter kommen.

Der Arzt in der Familienkonferenz

Einige Workshop-TeilnehmerInnen haben bereits Familienkonferenzen geleitet. Dies ist eine familienmedizinische (Krisen-)Intervention, die sich sehr gut für die Zusammenarbeit von FamilientherapeutInnen und AllgemeinärztInnen eignet. Es geht dabei um die Moderation eines Familiengesprächs zur Verstärkung der Problemlösungskapazität, um die Aktivierung von Ressourcen zur gegenseitigen Unterstützung und um den Zuwachs von Autonomie der

einzelnen Familienmitglieder. Autoritäre Eltern z.B. kontrollieren viel und erzwingen Abhängigkeit. Damit erzeugen sie viel Stress. Diese Familien neigen dazu, sich nach außen abzuschließen. Und es gibt liberale Eltern, die sich im Sinne des "nurturing" verhalten. Diese erkennen die Entwicklungs-Bedürfnisse ihrer Kinder und kommen ihnen unterstützend entgegen. Auf diese Weise fördern sie deren Autonomie und reduzieren den Stress. Ähnliches gilt für ärztliche Attitudes: Respektvolle, achtsame Einstellungen reduzieren den Stress.

Die richtige Einschätzung der eigenen Rolle ist eine Voraussetzung für die Wertschätzung, die wir unseren Patienten entgegenbringen können. Hava Katz: "Wer ist denn mächtiger als der Hausarzt aus der Sicht der Patienten, die krank sind und seine Hilfe brauchen?"

Tomi Spenser erinnert sich an seine Kindheit in Wien: "Wenn ich krank in meinem Bett lag und unseren Hausarzt im Vorzimmer zur Tür hereinkommen hörte, ging es mir gleich besser. Schon damals wünschte ich mir, so ein guter Hausarzt zu werden wie er. Das war Dr. Arthur Zanker, der später, in der Emigration, in England die Child Guidance Clinics gegründet hat." Solche Aufwertung unseres Berufes tut wirklich gut. Die Kontinuität der positiven Konnotation, die Authentizität, die Umsicht und die Gelassenheit, mit der Hava Katz und Tomi Spenser zusammengearbeitet, vorgetragen und die Gruppenarbeit geleitet haben, waren sehr hilfreich und im Sinne ärztlicher Attitudes sehr lehrreich für uns.

Seit diesem Workshop bin ich selbst die Ruhe in Person, auch in frequentierten Sprechstunden. Wann immer ich Genogramme zeichne, geschieht dies zur Zufriedenheit meiner PatientInnen. Außerdem habe ich beschlossen, Tomis fürsorglichem Rat an alle ÄrztInnen zu befolgen, mit meiner Gesundheit achtsam umzugehen und mir eine Hausärztin zu suchen.

Es war ein Workshop einer ganz besonderen Qualität: der Erfahrung warmer kollegialer Verbundenheit. Dafür danken wir Dr.Hava Katz, Familientherapeutin, und Dr.Tomi Spenser, Family Physician and Senior Lecturer (beide lehren und kooperieren seit Jahrzehnten am Department of Family Health Care am Technion, Haifa, Israel), MR Dr.Maria Andrea Kubec (Leiterin des ZAM der Ärztekammer für Wien) für ihre anerkennenden Worte zur Begrüßung, den TeilnehmerInnen für ihre engagierte Arbeit, der Firma GlaxoWellcome für das großzügige Sponsoring und der Firma Hoechst Marion Roussell für ihre hervorragende Gastfreundschaft in ihren Seminarräumen.

Dr. Hans-Joachim Fuchs