

5 Kollegialer Austausch

Julia Bellabarba

Tagungen, Kongresse und andere Fachveranstaltungen sind für Ärzte immer noch die häufigste Form des „ärztlichen Lernens“. Der Transfer von passiv erworbenem Expertenwissen in den klinischen Alltag ist allerdings nicht immer überzeugend.

„Aus den Erfahrungen in KVen zeigt sich, dass die klassischen Fortbildungsangebote für Kollegen interessante klinische und organisatorische Impulse vermitteln konnten. Die eigentliche Schwierigkeit besteht darin, in solchen Bildungsinterventionen Impulse zu setzen, die zu einer klinischen Verhaltensänderung der Ärzte beitragen und die begleitend dazu zu alltagstauglichen Modifikation der Praxisorganisation führten.“ (Siebolds 2004)

Die meisten Ärzte, die ihre Praxis allein führen, vermissen den fallbezogenen Austausch mit Kollegen, wie sie ihn aus der Klinik kennen, besonders bei der Behandlung komplexer, multimorbider, chronisch kranker Patienten. Zunehmend findet daher kollegialer Austausch in Qualitätszirkeln, Interventionsgruppen und Balintgruppen statt. Dieser Austausch ist meist nicht fachgruppen- oder sektorenübergreifend, stellt jedoch für den niedergelassenen Arzt oder Psychologen eine große Unterstützung und einen maßgeblichen Beitrag zur professionellen Selbstreflexion dar.

- Supervision und Intervention sind herausragende Merkmale psychotherapeutischer Prozessqualität. Andere ärztliche Fachgruppen im ambulanten Sektor nutzen diese Methode eher selten.
- Balintgruppen dienen dem fallbezogenen Austausch (psycho-)somatisch tätiger Ärzte über Konflikte, die sie in der Behandlung ihrer Patienten erleben.
- Qualitätszirkel sind das Angebot, das Ärzte mittlerweile am häufigsten nutzen, um auf der Grundlage eines kollegialen Diskurses, an einem strukturierten, moderierten Fachaustausch teilzunehmen (Siebolds et al. 2004).

5.1 Die Patientenfallkonferenz

Eine Frage, die im Zusammenhang mit der Forderung nach praxisinternem Qualitätsmanagement im Vordergrund steht, ist: Wie kommt die Evidenz in die Praxis? Evidenzbasierte Medizin

„ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der besten verfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung.“ (D. Sackett 1997)

Die Auseinandersetzung mit wissenschaftlicher Evidenz wird in zunehmendem Maße Aufgabe niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten. Sie ist gesundheitspolitisch gewollt und gesetzlich verankert. Evidenzbasierte Leitlinien wurden bereits 1999 in das Sozialgesetzbuch (SGB V) aufgenommen. Die QM-Richtlinie sieht die Ausrichtung der Versorgung an medizinischen Standards und Leitlinien ebenso vor.

Niedergelassene Ärzte und Psychologen äußern jedoch oft Vorbehalte oder Informationsdefizite „Wo finde ich denn für meine Fachgruppe Evidenzen?“, „Meine Patienten wollen nicht so behandelt werden, wie es in der EbM vorgesehen ist“ oder: „Ich habe keine Zeit, mich durch die Evidenzen zu arbeiten“. Es geht also darum, Sicherheit und Kompetenz im Umgang mit der EbM auf zeit- und kostensparende Weise zu erlangen. Dazu eignen sich ärztliche/psychologische Qualitätszirkel und Intervisionsgruppen besonders gut: Evidenzbasierte medizinische Information können in diesen Gruppen referiert, diskutiert und dann in den Behandlungsalltag integriert werden. Dadurch wird der therapeutischen Expertise und fachlichen Selbstreflexion im kollegialen Austausch noch eine weitere Ebene hinzugefügt: die der wissenschaftlichen Bewertung. Eine strukturierte Methode, die der Patientenfallkonferenz, stellt Siebolds (2004) vor. Dieses Verfahren ist besonders geeignet, ärztliches Handeln in seiner ganzen Komplexität abzubilden, zu diskutieren, abzugleichen und zu verbessern. Die Patientenfallkonferenz integriert vier Aspekte der Reflexion:

1. die individuelle ärztliche Expertise
2. die Auseinandersetzung mit der Arzt-Patienten-Beziehung (angelehnt an Balint)
3. den kollegialen Austausch
4. die evidenzbasierten Leitlinien

Dies passiert durch ein abgestuftes, moderiertes Vorgehen in vier Schritten:

1. Reflexion der Beziehung zwischen Arzt und Patient
2. Reflexion des medizinischen Behandlungsproblems
3. Reflexion der vorliegenden Evidenzen
4. Entwicklung eines neuen, strukturierten Behandlungsplans.

Die Patientfallkonferenz nach Siebolds lässt sich sowohl in der (psychotherapeutischen) Supervisions- und Interventionsarbeit umsetzen als auch in der (meist themenbezogenen) Arbeit der ärztlichen Qualitätszirkel. Denkbar wäre auch eine Erweiterung der klassischen Balintgruppenarbeit im Sinne einer Patientenfallkonferenz, besonders bei chronisch komplex kranken Patienten. Ablauf der Patientenfallkonferenz nach Siebolds (2004):

Erste Phase (30 Minuten): Beziehung

Der darstellende Arzt berichtet alles, was er über den vorgestellten Patienten weiß. Diese Informationen werden nicht schriftlich festgehalten. In einem freien, assoziativen Prozess diskutieren alle über den Fall und formulieren erste Vermutungen, welche Probleme in der Beziehung Arzt-Patient vorliegen könnten. Auf einem Moderationsplakat (Flip-Chart 1) werden die Ideen dokumentiert, anschließend werden erste Ideen zur Beziehungsverbesserung ausgetauscht und dokumentiert.

Zweite Phase (20 Minuten): Fakten

Der Behandlungsverlauf wird chronologisch berichtet und dokumentiert. Dazu gehören: exakte Anamnese, genauer Beschreibung der primären Erkrankung und Folgeerkrankungen, gesamte bisherige Diagnostik, Befunde, bisherige Therapie (Flip-Chart 2).

Dritte Phase (15 Minuten): Best practice

Auf einem Moderationsplakat wird nun die bisherige Therapiepraxis der Teilnehmer bezogen auf das berichtete Behandlungsproblem notiert. Demgegenüber werden Therapievorgaben aus EbM oder Leitlinien aufgeführt und diskutiert (Flip-Chart 3).

Vierte Phase (25 Minuten): Behandlungsplan

Der vorstellende Arzt entwickelt einen neuen Behandlungsplan unter Berücksichtigung der folgenden Fragen: Welches Therapieziel will ich erreichen? Welche Veränderungen in der Diagnostik und/oder in der Therapie sind notwendig? Wie rede ich mit meinem Patienten darüber? (Flip-Chart 4)

5.2 Sektorenübergreifende Qualitätszirkel: ein Praxisbeispiel

Interdisziplinäre oder sektorenübergreifende Qualitätszirkel (oder Supervisionsgruppen) werden (noch) nicht häufig gebildet. Ein Klinikchefarzt schlug vor, einen Qualitätszirkel mit den niedergelassenen Kollegen zu gründen „um denen mal zu sagen, was sie machen müssen“. Wahrscheinlich keine gute Voraussetzung für einen konstruktiven Austausch. Bei Karl Valentin heißt es

„Sicher is', daß nix sicher is', drum bin i' vorsichtshalber misstrauisch.“ Es lohnt sich für alle Beteiligten, Misstrauen und Unsicherheit zu überwinden, und Möglichkeiten der Kooperationsverbesserung konkret im Rahmen eines gemeinsamen Qualitätszirkels zu besprechen.

Praxisbeispiel: Ein sektorenübergreifender Qualitätszirkel in der ambulanten und stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie

In einem zweistufigen Prozess wurde ein Projekt realisiert, das die Verbesserung der sektoralen Kooperation in der ambulanten und stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie bewirkte.

Ausgangspunkt: Die Initiative zur Verbesserung der Kommunikation ging im ersten Schritt von einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie aus. Die Praxisleitung setzte sich mit der Leitung der nahegelegenen Klinik in Verbindung und bat um die Möglichkeit einer Absprache hinsichtlich der Medikation gemeinsamer Patienten. Es wurde ein Qualitätszirkel gegründet, an dem niedergelassene Ärzte aus den angrenzenden Bezirken (Einzugsgebiet der Klinik) und die Oberärzte der Stationen teilnehmen sollten, und es wurde gemeinsam vereinbart, dass pharmakologische Aspekte der Patientenversorgung das Hauptthema des Qualitätszirkels sein sollten. Die Stimmung war anfänglich verhalten, es ergaben sich Diskussionen, die Vorwürfe an die Klinik beinhalteten (unter anderem wegen Verschreibung von Off-Label Präparaten, unverständlicher Änderung der Medikation während der stationären Behandlung und Ähnlichem).

Zwischenschritt: Die vereinbarte Teilnahme der Stationsärzte an dem Qualitätszirkel endete nach der zweiten Sitzung, die Praxisinhaber diskutierten weiter, alte Vorurteile („Kooperation mit der Klinik geht eh nicht“) schienen bestätigt. Der Austausch im Qualitätszirkel war erfolgreich und fruchtbar, aber eben nicht sektorenübergreifend.

Fortsetzung: Drei Jahre nach dem ersten Schritt kam es zu einem neuen Annäherungsversuch mit der neuen Abteilungsleitung der Klinik. Gleichzeitig sucht die Klinikleitung eines weiteren Krankenhausverbundes (mit zwei Standorten für Kinder- und Jugendpsychiatrie) das Gespräch mit den niedergelassenen Kollegen. Es etablierte sich eine neue Arbeitsgruppe: drei niedergelassene Ärzte und zwei Chefärzte. Gemeinsam wurde festgelegt, welche Schnittstellenprozesse verbesserungswürdig waren:

- Arztbriefe
- Einweisungen
- akute Krisen
- Nachfragen zu einzelnen Patienten
- Gruppenprojekte und gemeinsame Visite (als mögliche, gewünschte Weiterentwicklung)

Die vier ersten Themen wurden in einem konstruktiven Diskussionsklima bearbeitet. Die Besprechungen verliefen nach einem gleichförmigen (Modera-

tions-)Muster, das bewirkte, dass jedes Gespräch mit einer Liste konkreter, umzusetzender Maßnahmen endete.

Ist-Zustand: Wo genau besteht Verbesserungsbedarf?

Soll-Zustand: Was kann konkret gemacht werden?

Verbindlichkeit: Zu welchen Veränderungen verpflichten wir uns?

Nach einem Jahr (circa sechs gemeinsamen Treffen) sah das Ergebnis für die Beteiligten ausgesprochen positiv aus: „Kleine Schrauben der Verbesserung“ waren angezogen worden, und eine Vielzahl unspektakulärer, aber hochwirksamer Veränderungen in der Kooperation waren etabliert worden, die erhebliche Vereinfachungen im Alltag bewirkten (das Wichtigste dabei: Nummern für die schnelle, unkomplizierte Kontaktaufnahme per SMS wurden ausgetauscht). Eine Reihe von Vereinbarungen waren getroffen worden, die sich auch schon im Alltag bewährt hatten. Zum Beispiel: Das Recht des niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaters, die Aufnahme eines Patienten zu garantieren. Für die Arztbriefe wurde ein Deckblatt entwickelt, auf dem die sechs wichtigsten Punkte des Schreibens zusammengefasst sind (Medikation/Labor, Diagnose, Einweiser, Priorität bei der weiteren Vorgehensweise, Übergabe: die Klinik übergibt an den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater mit Ansprechpartner beim Jugendamt). Darüber hinaus wurden Strukturen etabliert (Patientenfallkonferenz), die weitere Verbesserungen zur Folge hatten. Das Vertrauen, miteinander lösungsbezogen arbeiten zu können, ist hergestellt und bildet eine tragfähige Basis, um weitere gemeinsame Projekte in Angriff zu nehmen. Von diesem Projekt profitierte auch die Klinikseite. Für sie waren folgende Punkte besonders wichtig:

- regelmäßiger Austausch mit den niedergelassenen Kollegen nicht nur zu Problemfällen
- Koordinierung und Synchronisierung von Dokumentationsprozessen
- bessere Einschätzung der therapeutischen Grundhaltung
- genauere Kenntnis der Kapazitäten und Kompetenzen von einzelnen Praxen
- Planung von Supervision und Fortbildung
- Schluss der Wissenslücke zwischen aktuellen Entwicklungen in der Klinik und in der Praxis
- Diskussion gelungener und misslungener exemplarischer und idealtypischer Einzelfälle

Literatur

- Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J (Hrsg.): Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für den Arzt in Klinik und Praxis. 1., 2., 3. und 4. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 1994, 1995, 1996 und 2001
- Balint M: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. 10. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta 2001
- Bellabarba J, Schnappauf D (Hrsg.): Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe 1996
- Beyer M, Gerlach FM, Breull A: Qualitätsförderung und Qualitätszirkel aus Sicht niedergelassener Ärzte und Ärztinnen. Repräsentative Ergebnisse aus Bremen und Sachsen-Anhalt. ZaeFQ 1999; 93: 677–678

- Eckhardt J, Sens B: Praxishandbuch Integrierte Behandlungspfade – Intersektorale und sektorale Prozesse professionell gestalten. Heidelberg: Economica 2006
- Gerlach FM, Bahrs O: Qualitätssicherung durch hausärztliche Qualitätszirkel. Strategien zur Etablierung. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby 1994
- Helou A, Kostovic-Cilic L, Ollenschläger G: Nutzermanual zur Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ Köln: Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung 1998
- Kopp I, Thole H, Selbmann HK, Ollenschläger G (Hrsg.): Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Z ärztl Fortbild Qual 2005; 99 (Sonderheft 8): 468–519
- Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H, Jonitz G, Kolkman FW: Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Köln: Deutscher ÄrzteVerlag 2000
- Lauterbach KW, Schrappe M: Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Stuttgart: Schattauer 2001
- Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS: Evidence based medicine: What it is and what it isn't. Br Med J 1996; 312: 71–72
- Schrappe M: Qualität in der Gesundheitsversorgung. In: Lauterbach KW, Schrappe M: Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Stuttgart: Schattauer 2001; 263–272
- Schrappe M, Lauterbach KW: Evidence-based Medicine: Einführung und Begründung. In: Lauterbach KW, Schrappe M: Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Stuttgart: Schattauer 2001; 57–66
- Siebolds M, Kirchner H, Diel F: Handbuch Qualitätszirkel. Köln: Deutscher Ärzte Verlag 2004
- Straus SE, Richardson WS, Glasziou P, Haynes RB: Evidence-based Medicine: How to practice and teach EBM. Edinburgh: Elsevier 2005

Links

www.ebm-netzwerk.de
www.ebm-guidelines.at
www.evimed.ch
www.cochrane.de
www.wiley.com/Cochrane