

KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

PATIENTENFALLKONFERENZ MODUL FÜR MODERATOREN OKTOBER 2018



INHALT

ARBEITSZIELE	4
.....	
THEMENHINTERGRUND	5
.....	
EMPFEHLUNGEN FÜR DIE ZIRKELMODERATION	12
.....	
UNTERSTÜTZENDE MATERIALIEN	21
.....	
KURZVERSION	26
.....	
LITERATURVERZEICHNIS	28
.....	

Autor:

Marcus Siebolds

ARBEITSZIELE

FÜR TUTOREN:

› Nach erfolgter Ausbildung im vorliegenden Qualitätszirkel-Modul ist der Tutor qualifiziert, Moderatoren in der Vorbereitung und Durchführung von Zirkelsitzungen in der Form der Patientenfallkonferenz (PFK) zu schulen.

FÜR MODERATOREN:

› Den Moderatoren sind Kompetenzen zur Durchführung von Qualitätszirkelsitzungen vermittelt, in denen, im Hinblick auf die Behandlungsqualität als kritisch oder schwierig eingestufte Behandlungsfälle mit dem Ziel bearbeitet werden können, einen neuen Behandlungsplan zu erstellen.

FÜR QZ-TEILNEHMER:

› Den teilnehmenden Ärzten/Psychotherapeuten ist die Möglichkeit eröffnet, von ihnen als kritisch oder schwierig bewertete Fälle im Qualitätszirkel vorzustellen. Im Ergebnis ist ein neuer Behandlungsplan erstellt. Die vorstellenden Kollegen fühlen sich bei der medizinischen und affektiven Bewältigung dieser Patientenfälle entlastet und unterstützt.

THEMENHINTERGRUND

BISHERIGE ERFAHRUNGEN

Im Qualitätszirkel (QZ) gibt es sehr unterschiedliche Traditionen im Umgang mit kritischen Behandlungsfällen. Wie in eigenen Untersuchungen gezeigt werden konnte¹, bestehen teilweise Ängste, schwierige Behandlungsfälle im Zirkel vorzustellen. Qualitätszirkel, die über lange Zeit ein hohes Maß an Vertrautheit erreicht haben, beschäftigen sich jedoch immer intensiver mit diesem Instrument. Gerade Ärzte, die mit einer großen Zahl chronisch komplex kranker Patienten arbeiten, fühlen sich dadurch unterstützt. Diese Gruppe beschreibt es oft als großen Mangel, sich in der Einzelpraxis nicht über solche Patienten austauschen zu können. Qualitätszirkel, die sich bisher eher mit einer themenbezogenen QZ-Arbeit befassen haben, bei der eine persönliche Vertrautheit nicht so im Vordergrund gestanden hat, tun sich mit dieser Form der Qualitätszirkelarbeit ggf. schwerer. Die Offenbarung und kritische Reflexion der eigenen Behandlungsarbeit und insbesondere auch der Arzt-Patienten-Beziehung kann für diese Teilnehmer eine neue Erfahrung sein.

ERLÄUTERUNG WICHTIGER BEGRIFFE

Die Patientenfallkonferenz benutzt eine spezielle Methode zur Bearbeitung von Versorgungsproblemen komplex chronisch kranker Patienten. Es handelt sich hierbei um die Methode der hermeneutischen Fallarbeit nach Oevermann². Da es um eine sehr komplexe Theoriebildung geht, sollen keine Einzelbegriffe, sondern das gesamte theoretische Konstrukt vorgestellt werden.

Das Modell von Oevermann bietet für die Fallplanung und die Gestaltung klinischer Entscheidungen im Bereich chronischer und komplex chronisch kranker Patienten sehr interessante Ansätze. Oevermann hat das Modell der professionellen hermeneutischen Fallarbeit 1981 vorgestellt³. Er beschreibt die Idee der professionellen hermeneutischen Fallarbeit anhand von fünf Kriterien (s. Tabelle). Das Modell wurde von Weidner⁴ zum ersten Mal im therapeutischen Bereich für Pflegeberufe angewandt. Die Kriterien wurden für die spezifischen Belange ärztlicher und speziell hausärztlicher Arbeit modifiziert². Im Folgenden sollen diese Kriterien genauer erörtert werden:

WIDERSPRÜCHLICHE EINHEIT VON UNIVERSALER ANWENDUNG MEDIZINISCH WISSENSCHAFTLICHEN WISSENS UND HERMENEUTISCHER FALLARBEIT AM PATIENTEN

„Ärztliches Fallverständnis führt die Arbeit mit der Evidenzbasierten Medizin (EbM) und nicht umgekehrt!“ In dieser Äußerung verbirgt sich ein Grundkonflikt zwischen medizinisch wissenschaftlichen Vorgaben und der haus- oder fachärztlichen hermeneutischen Fallarbeit. Klassisch naturwissenschaftliche medizinische Erkenntnisse beziehen sich immer auf wissenschaftliche Probleme. Dabei ist es in solchen Überlegungen erlaubt, die volle Fallwirklichkeit auf den Problemzusammenhang medizinisch rationaler, klinischer Fragestellung zu reduzieren. Diese gedankliche Operation nennt man im Zusammenhang medizinisch naturwissenschaftlicher Medizin „sensualistische Reduktion des Fallgeschehens auf trivial technische und trivial naturwissenschaftliche Zusammenhänge ärztlichen Arbeitens“.² Dieses Verfahren ist hoch effizient im Bereich der Akutmedizin. Im Bereich der Arbeit mit chronisch komplex kranken Menschen, wie es bei Vertragsärzten häufig der Fall ist, muss es aber scheitern.

FÜNF KRITERIEN DER PROFESSIONELLEN HERMENEUTISCHEN FALLARBEIT

KRITERIEN	BEDEUTUNG FÜR DAS ÄRZTLICHE HANDELN
Widersprüchliche Einheit von universaler Anwendung medizinisch-wissenschaftlichen Wissens (Regelwissen) und hermeneutischer Fallarbeit am Patienten	Das ärztliche Fallverständnis führt die Leitlinien- und EbM-Arbeit und nicht umgekehrt! Regelwissen lässt sich nicht mechanisch auf Patienten übertragen!
Dialektik aus Begründungs- und Entscheidungszusammenhängen im klinischen Handeln	Oftmals steht der Arzt in folgender Entscheidungssituation: Er kann nicht direkt begründen, wozu er sich in der klinischen Situation sofort entscheiden muss. Entscheidungen müssen, durch die Fallwirklichkeit bedingt, oft im Widerspruch zum Regelwissen gefällt werden. Oft fehlen rationale Grundlagen der Entscheidung, sie muss habituell erfolgen.
Subjektive Betroffenheit des Patienten durch seine Krankheit	Für den Patienten ist das subjektive Erleben seiner Erkrankung ausschlaggebend, nicht ein wissenschaftlich-medizinischer Vernunftbegriff.
Hinreichende analytische Distanz des Professionellen als Ausdruck eines verstehenden Umgangs mit der Arzt-Patienten-Beziehung im Sinne von Michael Balint ⁶	Ärzte müssen ihre Beziehungen zu den Patienten verstehen, um sich in einem angemessenen Rahmen abgrenzen zu können.
Respektierung der Autonomie des Patienten in seiner Lebenspraxis durch den Professionellen	Bei chronisch Kranken ist die Freiheit der Entscheidung des Patienten eines der maßgeblichen Kriterien für den Krankheitsverlauf.
Keine vollständig gestaltbaren Handlungsstandards für das hausärztliche Handeln im Einzelfall	Verpflichtung zur nachvollziehbaren Darlegung und Begründung des Handelns als klinische Legitimation der eigenen Entscheidungen!

Durch das Ausblenden der vollen Fallwirklichkeit sind ein Verstehen der und angemessener Fallumgang und eine Falllenkung kaum möglich.

Hier bietet professionell hermeneutische Fallarbeit ein sehr wirksames Modell an. Denn Vertragsärzte, die langfristig komplex chronisch Kranke behandeln, reduzieren das Fallgeschehen nicht auf trivial technische oder rein naturwissenschaftliche Anteile, sondern versuchen alle naturwissenschaftlich medizinischen, psychosozialen und biographischen Informationen, die sie zum Fallgeschehen haben, so miteinander zu verbinden, dass ein möglichst widerspruchsfreies und sinnhaftes Verständnis des gesamten Fallgeschehens möglich wird.¹

Hermeneutisch meint in diesem Zusammenhang, dass die gedankliche Operation, die hierbei Verwendung findet, das Deuten ist. Deuten beschreibt genau dieses Zusammenführen aller Erkenntnis-, Wissens- und Erfahrungsbestände zu einem

Verstehen des Falls durch ein sich Hineinversetzen in den Fall.

Die eigentlich interessante Bedeutung des Ansatzes liegt darin, dass kein Element des Falls ausgeblendet werden darf oder auch muss. So wird verständlich, warum für das klinische Handeln das Arbeiten mit evidenzbasierten Leitlinien oder mit evidenzbasierter Literatur von hoher Bedeutung ist. Diese Instrumente repräsentieren genau das oben beschriebene universelle wissenschaftliche Regelwissen, das Sackett⁵ als externe Evidenz beschreibt. Die Problematik ist, diesen Wissensbestand in das gesamte Fallgeschehen zu integrieren. Ärztliche Traditionen haben dies schon immer versucht und die handelnden Kollegen haben das mit ihrer Berufsreife in vielen Fällen sehr gut geschafft. Das Problem dieser informellen hermeneutischen Arbeit ist, dass sie zu wenig dargelegt, nach außen dargestellt sowie in Lehre und Weiterbildung fortgeschrieben und weiterentwickelt werden kann. Sie beinhaltet immer

das Problem der vorprogrammierten „blinden Flecken“ (siehe auch das Kapitel Themenhintergrund im QZ-Modul „Arbeit mit Rückmeldesystemen“ unter www.kbv.de/qz).

Der Ausdruck widersprüchlicher Einheit deutet darauf hin, dass keiner der beiden Anteile den anderen dominieren oder ausschließen kann. Gerade dieses Integrieren von Widersprüchen im Rahmen klinischer Entscheidungen ist ein typisches Moment ärztlicher Arbeit.

DIALEKTIK AUS BEGRÜNDUNGS- UND ENTSCHEIDUNGSZUSAMMENHÄNGEN IM KLINISCHEN HANDELN

Dieser Ausspruch beschreibt ein klassisches ärztliches Handlungs- und Entscheidungsproblem. Man muss oft sehr schnell Entscheidungen treffen, um Behandlungsfälle sicher zu lenken, ohne dass man diese gleich vollständig rational und explizit begründen kann. Jeder Kollege denke an die Arbeit im nächtlichen Hausbesuch mit einem Patienten, der akute schwerste Bauchschmerzen hat.

Sitzt man nun am Bett des Patienten und untersucht ihn, so stellt man sich die Frage: Handelt es sich um eine einfache Gastroenteritis, die dem Patienten große Beschwerden macht, oder liegt ein akutes Abdomen vor, das eine sofortige Klinik-einweisung und Operation erfordert. Berufsreife wird hier in der Regel eine sehr angemessene und pragmatische Entscheidung treffen.

Sackett nennt das die interne Evidenz ärztlichen Handelns. Würde man in dieser Situation einen Arzt aber fragen, ob er sofort begründen kann, warum er die eine oder die andere Entscheidung getroffen hat, so werden die meisten relativ sprachlos sein. Es kommt dann häufig der Bericht, dass die Entscheidung aus der ärztlichen Erfahrung und Intuition heraus getroffen wurde. Das oben beschriebene Phänomen besteht gerade in der ärztlichen Arbeit darin, dass oft erst nachdem gehandelt wurde Begründungen für das Handeln entwickelt werden oder entwickelt werden können.

Dieses Problem ist in einer Studie von Benner⁷ beschrieben. Dort hat man Berufspersonelle in fünf Klassen unterteilt. Übertragen auf Ärzte beschreibt die Stufe des Anfängers denjenigen, der quasi ausschließlich durch Anwendung von Regelwissen seine beruflichen Pflichten erledigt. Das wäre der Arzt in den ersten Monaten seiner Assistenzarztzeit. Im Mittelfeld der fünf Stufen liegt der Arzt, der sowohl das medizinische Regelwissen als auch schon Intuition und Berufserfahrung in der Fallarbeit anwendet. Dies wäre typischerweise der „frische“ Facharzt.

Die oberste Stufe in dieser Skala stellt den berufserfahrenen Arzt dar, der in kürzester Zeit intuitiv und sicher die Situation erfasst und beherrscht. Die Problematik in diesem Zusammenhang ist am Beispiel der Leitlinieneinführung beschrieben. Leitlinien stellen reflektiertes und evidenzbasiertes medizinisches Regelwissen dar. Ein berufsreifer Hausarzt würde aus seinem Selbstverständnis heraus durch das konsequente Anwenden von Leitlinien in der Handlungsbegründung und Entscheidung in der Skala der eigenen Berufsprofessionalität nach unten absinken, er würde in seiner Selbsteinschätzung dadurch ins Mittelfeld hineinkommen, in dem der handelnde Arzt handlungsführend bewusstes Regelwissen (externe Evidenz) und Intuition (interne Evidenz) zur Handlungssteuerung nutzt.

Diese Modelle lassen sich auch auf die ärztliche Behandlungs- und Entscheidungsproblematik übertragen. Denn ein sich als hochprofessionell erlebender Arzt wird einen erheblichen Widerstand haben, seine

Professionalität in seinem eigenen Professionalitätsselbstverständnis quasi abzugeben und auf eine aus seiner Sicht unreifere Stufe ärztlichen Handelns zu gehen. Gerade im Bereich Evidenzbasierte Medizin (EbM) und Leitlinien könnte eine bessere Kommunikation dieses Problems zu einer weitaus besseren und angemesseneren Arbeit führen.

SUBJEKTIVE BETROFFENHEIT DES PATIENTEN DURCH SEINE KRANKHEIT

Hier zeigt sich ein großes Dilemma ärztlicher Arbeit. Das professionell hermeneutische Fallverstehen lässt dem Arzt keine Möglichkeit, eigene Vorstellungen des Patienten als unvernünftig oder wenig sinnvoll auszublenden. Sie sind ernst zu nehmen und in die Entwicklung des Fallverständnisses einzubeziehen. Subjektive Betroffenheit ließe sich mit dem moderneren Begriff des „subjektiven Krankheitsverständnisses“ übersetzen. Ein Beispiel hierfür sind Patienten mit chronischen psychogenen Rückenschmerzen, die eine psychische Ursache ihrer Schmerzen negieren. Diese Patienten werden immer wieder neue radiologische Untersuchungen abfordern, weil sie glauben, dass man bei ihnen doch irgendwann einmal die körperliche Ursache ihrer unerträglichen Rückenschmerzen ergründen muss. Diese subjektive Betroffenheit und die daraus entstehenden subjektiven Krankheitsvorstellungen werden das Fallverstehen des Arztes enorm beeinflussen. Wie will er sich diesen aus seinem Vernunftbegriff heraus unbegründeten Untersuchungswünschen widersetzen? Wie kann er mit dem Patienten in der Festlegung seines individuellen Therapieziels

zu einem gemeinsam akzeptierten diagnostischen und therapeutischen Vorgehen kommen, das seinen Kostenrahmen in der Praxis nicht völlig sprengt?

Klassisches medizinisch-naturwissenschaftliches Denken würde solche subjektiven Betroffenheiten oder Krankheitstheorien als unvernünftig und irrational abtun können. Hier erkennt man eindeutig einen zweiten großen Vorteil des Modells der sensualistischen Reduktion. Es lässt dem so denkenden Arzt die Möglichkeit, sich vor der Auseinandersetzung mit der subjektiven Betroffenheit des Patienten durch seine Krankheit zu schützen.

HINREICHENDE ANALYTISCHE DISTANZ DES PROFESSIONELLEN ALS AUSDRUCK EINES VERSTEHENDEN UMGANGS MIT DER ARZT-PATIENTEN-BEZIEHUNG IM SINNE VON MICHAEL BALINT

Vertragsärzte, die längerfristig Patienten versorgen, arbeiten biographieorientiert mit ihren chronisch Kranken. Dies führt zu einer sozialen und emotionalen Nähe zwischen Arzt und Patient. Häufig ist dies einer der wesentlichen und vom Patienten am meisten gewünschten Momente in der Arzttätigkeit. Die große Schwierigkeit besteht nun darin, im Rahmen der analytischen Distanz des Arztes Nähe und Distanz so einzustellen, dass beide sich in der Arzt-Patienten-Beziehung wohlfühlen können, dass ein tragfähiges Therapiebündnis entsteht und der Arzt seine eigenen Grenzen nicht aufgibt. Gerade diese Form von „Beziehungsverwicklung“ ist für Ärzte etwas, das sie als genuin für ihre Arbeit beschreiben, unter der sie aber erheblich leiden.⁶

Sehr bedenklich in diesem Zusammenhang ist die geringe Zahl deutscher Ärzte, die Balint-Gruppen wahrnehmen. Gerade die hausärztlichen Kollegen, die diesen Reflexions- und Weiterbildungsprozess durchlaufen haben, beschreiben ihn als ungeheuer wichtig, um menschlich mit Patienten umzugehen, ohne menschlich an Patienten unterzugehen. Eine hinreichende analytische Distanz ermöglicht einen verstehenden, würdigenden und angemessenen Umgang mit der oben beschriebenen subjektiven Betroffenheit des Patienten durch seine Krankheit.

Ein weiterer interessanter Aspekt beschreibt das Problem: Der Arzt ist sich der Güte seines Wissens nicht sicher. In dieser Situation kann er nicht überzeugt seine Position vertreten. Ein Mitagieren mit dem Patienten ist vorprogrammiert. Das führt häufig zu den oben beschriebenen Nähe-Distanz-Problemen. Es mag erstaunlich anmuten, dass Evidenzbasierte Medizin eine fundamentale Bedeutung für die Beziehungsgestaltung von Arzt und Patient hat. Das macht aber auch deutlich, dass ein rein psychosozialer Ansatz von Fallbesprechungen eindeutig zu kurz greift.

RESPEKTIERUNG DER AUTONOMIE DER LEBENSPRAXIS DURCH DEN PROFESSIONELLEN

Die Problematik des Umgangs mit der Freiheit des Patienten zeigt sich in seinen lebenspraktischen Entscheidungen. Sensualistische Reduktion geht von einem naturwissenschaftlich-technischen Vernunftbegriff aus, der es dem Patienten quasi undenkbar erscheinen lässt, sich gegen medizinische oder gesellschaftlich akzeptierte

Vernunftmodelle auszusprechen. Ein Beispiel ist die Behandlung von an Bluthochdruck erkrankten Bürgern. Die evidenzbasierten Leitlinien zur Hochdrucktherapie sind in ihrer Qualität gut und zeigen große gesundheitliche Gewinne bei den so behandelten Patienten. Evidenzbasierte, qualitätsgesicherte Leitlinien enden aber am Mund des Patienten, der die dort beschriebenen Medikamente einfach nicht einnimmt. Nach neueren Untersuchungen nehmen zwischen 30 und 50% der Patienten ihre Hochdruckmedikamente nicht ein. Wie will ein Arzt damit umgehen? Sind Patienten „unvernünftig, inkompliant, charakterlos und unverantwortlich“? Eine solche Denkweise verbietet sich für einen professionell arbeitenden Arzt von selbst.

Hier kommt das Modell des „Patient-Empowerment“ zum Tragen. Dieser Begriff sagt aus, dass man Patienten durch Informationen, Beratung, Schulung und Begleitung zu eigenverantwortlichem Entscheiden und Handeln in Bezug auf die eigene Krankheit ermutigt. Ist ein Patient verantwortlich für seine Krankheitsentscheidungen, dann muss er letztlich auch verantwortlich für die daraus entstehenden Probleme sein. Der Arzt übernimmt die Angebotsverantwortung, also das Bereitstellen von qualitätsgesicherten und hochwertigen Angeboten.

Für Ärzte ist der Umgang mit dieser Eigenverantwortlichkeit des Patienten ein Problem. Denn führt das daraus entstandene Patientenverhalten zu Gesundheitsproblemen, so werden sie in der heutigen gesundheitspolitischen Diskussion häufig dafür verantwortlich gemacht. Für Vertragsärzte ist es wichtig, das Mo-

dell des „Patient-Empowerment“ als ein Grundmodell des Umgehens mit der Verantwortlichkeit für die Arbeit mit chronisch komplex Kranken zu übernehmen.

KEINE VOLLSTÄNDIG GESTALT- BAREN HANDLUNGSSTANDARDS FÜR DAS ÄRZTLICHE HANDELN IM EINZELFALL

Hier kommt die ganze Tragik des Modells der sensualistischen Reduktion zum Tragen. Rein naturwissenschaftlich denkende Experten und Gesundheitspolitiker glauben, dass das Behandeln kranker Menschen und insbesondere komplex Kranker ein technischer Prozess ist, den man bei ausreichender Struktur- und Prozessqualität einfach leisten kann. Dass aber gerade das vertragsärztliche Handeln nach dem Modell des professionellen hermeneutischen Fallverstehens die Freiheit des Patienten respektieren und die oben beschriebene widersprüchliche Einheit aus Regelwissen und hermeneutischem Fallverstehen in Anwendung bringen muss, bleibt bei einem solchen politischen oder naturwissenschaftlichen Grundverständnis von ärztlichem Handeln völlig ungewürdigt.

Das oben beschriebene Modell der Angebotsverantwortung kommt voll zum Tragen. Der Arzt muss sicherstellen, dass er qualitätsgesicherte

Angebote für seinen Patienten vorhält, diesen Patienten zu einer mündigen Entscheidung befähigt hat und dass er den Behandlungsverlauf nachvollziehbar darlegen kann. Die sehr klare und gut nachvollziehbare Darlegung ärztlicher Arbeit wird in Zukunft noch an Bedeutung zunehmen.

Damit wird auch klar, dass die „Dokumentationsfeindlichkeit“ vieler Ärzte ein völlig falscher Gedankenansatz ist. Es geht nicht um das bürokratische Dokumentieren und um das Kontrolliertwerden, sondern um das Transparentmachen von komplexen Begründungs- und Entscheidungszusammenhängen. Durch die nachvollziehbare Darlegung wird ein verstehender Zugang zu den ärztlichen Begründungs- und Entscheidungsleistungen möglich. Über die fallbezogene Darlegung der klinischen Entscheidungen legitimiert der Arzt die Individualität seiner klinischen Entscheidungen in jedem individuellen Fall.

Zusammenfassend lässt sich das Modell von Oevermann gut auf die Entscheidungsprozesse bei komplex chronischen Erkrankungen im Rahmen der Fallplanung anwenden. Der große Charme des Modells liegt darin, dass es vollständig anschlussfähig an das Sackettsche Modell der Evidenzbasierten Medizin ist.

BEDEUTUNG DER PATIENTEN- FALLKONFERENZ FÜR DIE MODE- RATIONSPRAXIS IM QUALITÄTS- ZIRKEL

In dem vorgestellten Konzept kommt es zu einer sehr interessanten Vernetzung der Arbeit mit der Patientenfallkonferenz und den Rückmeldeberichten im Qualitätszirkel. Bisher wurden die schwierigen Fälle von den Teilnehmern vorgestellt, weil sie diese aus ihrer eigenen Anschauung als schwierig erlebt haben. Mit der Einführung der Arbeit mit Rückmeldeberichten wird es möglich, aus der Analyse der dort dargestellten Daten solche Patientenfälle zu identifizieren, die für alle Teilnehmer im Zirkel interessant sind.

In der Evaluation der Patientenfallkonferenz¹ hat sich ein weiterer wichtiger Aspekt ergeben. Es konnte gezeigt werden, dass auf der Ebene der Prozessqualität das Fallverstehen der Ärzte und die Entwicklung strukturierter Behandlungsvorgaben deutlich verbessert werden konnten.

DATEN- UND INFORMATIONSBESCHAFFUNG

Unter diesem Gliederungspunkt zeigen sich zwei wesentliche Vernetzungspunkte zu anderen Qualitätszirkel-Modulen:

Modul „Arbeit mit Rückmeldesystemen“ (unter www.kbv.de/qz)

Wie schon beschrieben, kann die Analyse der Rückmeldedaten für die Einzelpraxis oder für den Qualitätszirkel dazu genutzt werden, interessante Fälle für die Patientenfallkonferenzen zu identifizieren. Besonders interessant ist, dass die Patientenfallkonferenz die vergleichende Analyse der Berichtsdaten im Qualitätszirkel ermöglicht und die identifizierten Fragestellungen bezogen auf einen realen Behandlungsfall betrachtet werden.

Modul „Methoden und Instrumente der Evidenzbasierten Medizin“ (unter www.kbv.de/qz)

Die notwendigen wissenschaftlichen Informationen und Daten können für die untersuchten Fälle mit der Methode der EbM aus Leitlinien, Reviews oder Originalarbeiten beschafft werden. Diese Vorgehensweise setzt ein mehrstufiges Verfahren voraus. Dabei ist der erste Schritt die Durchführung der Patientenfallkonferenz unter Nutzung der in der Zirkelsitzung vorhandenen Wissensbestände und Informationen der Teilnehmer. Tagt der Zirkel in einem Raum mit Internetanschluss, können sofort evidenzbasierte Leitlinien oder Cochrane Reviews für die Bearbeitung der Fallprobleme genutzt werden. Die Nutzung von

Originalarbeiten setzt eine zweite Zirkelsitzung voraus, in der dann die vom Moderator beschafften Originalarbeiten daraufhin untersucht werden, ob sich Lösungen für die identifizierten Behandlungsprobleme ableiten lassen.

SETTING

› Qualitätszirkeltyp

Es handelt sich hierbei um eine sogenannte Intervisionssitzung. Unter Intervision versteht man eine Arbeits-sitzung abschließend ausgebildeter Ärzte (Fachärzte), die sich interkollegial beraten, um eigene berufspraktische Probleme zu lösen. In diesem Sinne sind eigentlich alle Qualitätszirkel Intervisionssitzungen.

› Gruppengröße

Für eine Patientenfallkonferenz ist eine Gruppengröße von acht bis maximal zwölf Teilnehmern ideal. Eine kleinere Gruppe (weniger als sechs Teilnehmer) lässt die Sitzung oft sehr langsam ablaufen, eine größere Gruppe erlaubt oft nicht mehr, alle Teilnehmer aktiv einzubinden. Außerdem entstehen in größeren Gruppen, gerade bei Patientenfallkonferenzen, oft heftige Gruppendynamiken, die das Moderieren sehr anstrengend machen können.

› Offene/geschlossene Gruppe

Die Patientenfallkonferenz setzt eine geschlossene Gruppenstruktur voraus, da eine Grundvoraussetzung für die Arbeit die ausreichende Vertrautheit der Gruppenmitglieder untereinander ist. Bei offenen Gruppen mit wechselnden Teilnehmern ist die Bearbeitung des Teils, in dem es um die Arzt-Patienten-Beziehung geht, so gut wie nicht möglich.

› Verschwiegenheit

Bei der Patientenfallkonferenz ist Verschwiegenheit zu vereinbaren, weil hier i.d.R. eine Selbstoffenbarung der vorstellenden Kollegen erfolgt. Patientendaten dürfen nur anonymisiert verwendet werden. Den Anforderungen des Datenschutzes muss Rechnung getragen werden.

› Unbedingte Wertschätzung

Der Moderator sollte zu Beginn der Sitzung noch einmal auf die Wertschätzungsregel hinweisen. Die Tatsache, dass sich ein Kollege durch die Fallvorstellung in einer so umfassenden Weise öffnet, setzt unbedingte Wertschätzung der gesamten Gruppe voraus.

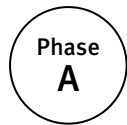
› Fallauswahl und -vorbereitung

Der vorstellende Kollege soll vor der Patientenfallkonferenz mit keinem Gruppenmitglied über den Fall, den er vorstellt, reden. Andernfalls kann die Spannung aus der Bearbeitung verlorengehen. Es sollen nur wirklich kritische und schwierig ablaufende Fälle, die der Kollege zurzeit in Behandlung hat, vorgestellt werden. Der große Aufwand der PFK lohnt sich nur für solche Fälle. Der Kollege soll sich nicht vorbereiten, da die Präsentation „aufgeräumter“ Fälle die gesamte Spannung aus dem Verlauf herausnimmt. Er sollte die Patientenakte und evtl. nötige Unterlagen wie Röntgenbilder etc. mitbringen, damit der Zirkel auf diese Informationen zurückgreifen kann.

EMPFEHLUNGEN FÜR DIE ZIRKELMODERATION

Vor der ersten Moderation einer Patientenfallkonferenz empfehlen wir Ihnen, das Video-Tutorial dazu anzusehen. Es stellt den Ablauf der Zirkelsitzung vor und weist auf wichtige Elemente und Stolperfallen hin. Das Video kann auf der Website der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de/html/22790.php abgerufen werden.

Die Moderation einer Patientenfallkonferenz gliedert sich in fünf Phasen und ist auf ca. 90 Minuten angelegt.



EINFÜHRUNG

ZEITBEDARF: 10 MINUTEN

SCHRITT 1

Die Patientenfallkonferenz ist in der Moderatorenausbildung vorgestellt und simuliert worden.



Führen Sie nochmals kurz in diese grundlegende Methode der Zirkelarbeit ein und stellen Sie den Ablauf kurz dar.

Empfohlene Moderationsmedien:

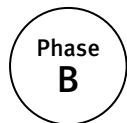
Vortrag, ggf. Präsentation „Moderatorenausbildung“ (Phase E) unter www.kbv.de/qz

Methodische Hinweise:

Hierzu ist keine Diskussion erforderlich. Es sollte nur die Klärung offener Fragen zulassen werden.

ZIELE PHASE A

› Alle Teilnehmer haben einen einheitlichen Kenntnisstand zur Methode der Patientenfallkonferenz.



PRAKTISCHE ARBEIT AM THEMA – ARZT-PATIENTEN-BEZIEHUNG

ZEITBEDARF: 20 MINUTEN

SCHRITT 1



Der vorstellende Arzt berichtet alles, was er über den vorgestellten Patienten weiß. Die Gruppe diskutiert mit dem Vorsteller über seinen Patienten. Hier geht es um den freien und assoziativen Austausch zum Fall. Im Sinne klassischer Balintarbeit soll die Reflexion des Falles aus den individuellen Perspektiven der Kollegen eine umfassende Fallrekonstruktion erbringen. Das inhaltliche Wirkprinzip des Balintanteils der PFK besteht in der Aufdeckung der blinden Flecken des vorstellenden Arztes im psychosozialen Kontext. Häufig sind die identifizierten blinden Flecken sehr banaler Art. Es fehlen z.B. anamnestische Daten über Familie, Beruf oder die häusliche Lebensumwelt.

Empfohlene Moderationsmedien:

Vortrag

Methodische Hinweise:

In diesem Abschnitt geht es nicht um komplizierte Beziehungsanalysen durch Sie oder die Gruppe. Hier geht es vor allem um die Wahrnehmung von Arzt und Patient. Es ist wichtig, dass der Vorsteller so viel wie möglich berichtet. Häufig haben Ärzte überhaupt kein Gefühl dafür, wieviel sie eigentlich über ihre Patienten wissen, und können dann dieses Wissen nicht sinnvoll nutzen. Während des ersten Berichts soll nichts dokumentiert werden, sonst wird an Fakten orientiert gearbeitet und nicht am Erleben von Arzt und Gruppe. Falls die Gruppe danach fragt, verweisen Sie auf den zweiten Schritt (medizinischer Behandlungsverlauf).

Ihre Aufgabe besteht darin darauf zu achten, was an wichtigen Informationen mitgeteilt wurde.

Solche Informationen sind:

- › Geschlecht und Alter, evtl. Aussehen des Patienten
- › Familiensituation, Kinder, Beruf
- › häusliches Lebensumfeld, finanzielle Situation des Patienten
- › medizinische Rahmendaten (Kasuistik, Dauerdiagnosen, Dauermedikation)
- › Beginn der Krankheit, der Behandlung, wie kam der Patient zu Ihnen in die Praxis?
- › Wie erlebt der Arzt den Patienten (Verhalten, Gefühle, eigene Ideen des Arztes zum Umgang des Patienten mit Arzneimitteln usw.)?
- › Wie schätzt der Arzt die Beziehung ein?
- › Was glaubt der Arzt, wie der Patient die Beziehung und deren Bedeutung für das Verordnungsproblem einschätzt (Gefühle des Patienten)?
- › Wie geht es ihm mit den Angehörigen des Patienten?

Fehlen in der Vorstellung einige dieser Basisinformationen, fragen Sie zuerst die Gruppe, ob sie noch mehr zum Patienten wissen will. Fragen Sie selbst als Letzter nach. Weiß der Arzt auf Ihre Fragen nichts zu berichten, so fragen Sie ihn, ob er es für sinnvoll hielte, einmal mit seinem Patienten zu reden, um zu diesen Themen mehr von ihm zu erfahren! Auf diese Weise wird deutlich, was der vorstellende Arzt über seinen Patienten noch nicht weiß.

SCHRITT 2



Fordern Sie dann die Gruppe auf, alles, was sie spontan denkt, Ideen, aber auch Gefühle zum Fall auszusprechen.

Empfohlene Moderationsmedien:

- keine -

Methodische Hinweise:

Greifen Sie in diesen Prozess nur dann ein, wenn das Gespräch stockt. Fragen Sie dann nach, ob die Gruppe eine Idee hat, warum es so schwer ist, über den Fall ins Gespräch zu kommen. Fordern Sie auch hier wieder auf, ins „Unreine“ zu reden. Unterstreichen Sie, dass gerade solche Beiträge oft hilfreich sein können.

SCHRITT 3



Bitten Sie nun den Vorstellenden, seine erste Idee zum Problem mit dem Patienten zu formulieren. Dann bitten Sie die Gruppe, in Schlagworten Vorschläge zur Veränderung und Verbesserung der Beziehung zu formulieren. Notieren Sie diese Ideen auf dem Flipchart.

Empfohlene Moderationsmedien:

Flipchart

Methodische Hinweise:

Unterstützen Sie den Vorstellenden, indem Sie unterstreichen, dass es ja deshalb mit dem Patienten so schwer sein könnte, weil sein Problem so schwer zu benennen ist. Ermutigen Sie, Ideen auch ins Unreine auszusprechen. Perfektionismus ist hier nur hinderlich. Nach ca. 15 Minuten fragen Sie in die Runde, ob die Gruppe das größte Problem in der Arzt-Patienten-Beziehung identifizieren kann.

Dokumentieren Sie alle Vorschläge.

SCHRITT 4



Der Zirkel soll nun eine erste Idee, worin das Beziehungsproblem mit dem Patienten bestehen könnte, formulieren. Diese Idee wird im entsprechenden Textfeld des Moderationsplakates (MP) 1 vom Schriftführer dokumentiert. Am Ende dieses Arbeitsschrittes formuliert die Gruppe ihren Vorschlag, wie das Beziehungsproblem überwunden werden kann.

Empfohlene Moderationsmedien:

Moderationsplakat 1: Arzt-Patienten-Beziehung

Methodische Hinweise:

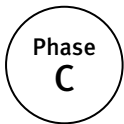
Das ausgefüllte Moderationsplakat soll dem Protokoll der Zirkelsitzung beigelegt werden.

Übergreifende methodische Hinweise:

Achten Sie darauf, dass es in diesem Abschnitt noch nicht um das medizinische Problem geht.

**ZIELE
 PHASE B**

- › Die Teilnehmer haben notwendige Informationen zum Patientenfall erhalten.
- › Die Gruppe hat die Beziehungsprobleme im Arzt-Patienten-Verhältnis identifiziert und einen Verbesserungsvorschlag entwickelt.



**PRAKTISCHE ARBEIT AM THEMA –
 MEDIZINISCHES BEHANDLUNGSPROBLEM
 ZEITBEDARF: 20 MINUTEN**

SCHRITT 1



Der Vorstellende berichtet über den medizinischen Behandlungsverlauf. Dieser wird aufgeschrieben (detaillierter Behandlungsverlauf).

Anschließend erläutert der Vorstellende, warum die Behandlung mit dem Patienten schwierig ist. Die Gruppe verständigt sich auf das medizinische Behandlungsproblem und trägt es im entsprechenden Textfeld des Moderationsplakates ein.

Empfohlene Moderationsmedien:

Flipchart
 Moderationsplakat 2: Behandlungsverlauf

Methodische Hinweise:

Es hat sich als hilfreich erwiesen, dass der Schriftführer erst einmal alle Daten notiert (z.B. auf einem Flipchart) und diese erst in einem zweiten Schritt chronologisch auf dem Moderationsplakat einträgt.

SCHRITT 2



Die Gruppe tritt in eine Diskussion über den medizinischen Behandlungskontext ein.

Empfohlene Moderationsmedien:

- keine -

Methodische Hinweise:

Hier soll besonderer Wert auf die Chronologie im Fall gelegt werden. Schreiben Sie die Datumsangaben deshalb sehr genau auf.

SCHRITT 3



Die Gruppe arbeitet heraus, warum die Behandlung des Patienten schwierig ist.

Empfohlene Moderationsmedien:

- keine -

Methodische Hinweise:

- keine -

Übergreifende methodische Hinweise:

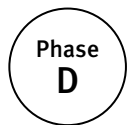
Hier geht es im Prinzip um das genaue Hinsehen. Ihre Aufgabe ist es, besonders darauf zu achten, dass nur wichtige Sachinformationen zum medizinischen Behandlungsverlauf berichtet werden. Solche Informationen können sein:

- › exakte Anamnese mit genauem Manifestationszeitpunkt der primären Erkrankung und der Folgeerkrankungen
- › bisher durchgeführte Diagnostik sowie wichtige aktuelle diagnostische Befunde
- › bisherige Therapie (medikamentös, Krankenhausaufenthalte, Reha-Maßnahmen) und die aktuelle medikamentöse Therapie

Achten Sie in der Fallvorstellung darauf, dass diese Fakten nicht fehlen. Befragen Sie dazu auch die Gruppe. Nachdem die Gruppe Fragen gestellt hat, überprüfen Sie noch einmal, ob Ihres Erachtens noch Fragen offen geblieben sind. Sollte dies so sein, fragen Sie nun wieder als Letzter nach. Dokumentieren Sie die Ergebnisse der Gruppe zum Behandlungsproblem wie oben beschrieben.

**ZIELE
PHASE C**

- › Der genaue Behandlungsverlauf ist allen bekannt.
- › Die Gruppe hat Diagnostik und Therapie analysiert.



PRAKTISCHE ARBEIT AM THEMA – VERFÜGBARE EVIDENZ ZUM BEHANDLUNGSFALL

ZEITBEDARF: 20 MINUTEN

SCHRITT 1

Nachdem die Gruppe Ideen zum medizinischen Behandlungsproblem entwickelt hat, fordern Sie die Teilnehmer auf, die bisherige Behandlungspraxis mit den Empfehlungen relevanter, verfügbarer Evidenzquellen zu vergleichen. Nutzen Sie dazu das Moderationsplakat 3.

Empfohlene Moderationsmedien:
Moderationsplakat 3: Therapie

Methodische Hinweise:

Siehe hierzu auch die QZ-Module „Methoden und Instrumente der Evidenzbasierten Medizin“ unter www.kbv.de/qz.

SCHRITT 2

Bitten Sie die Gruppe, ihre bisherige Therapiepraxis bezüglich des im MP 2 identifizierten Behandlungsproblems genau zu beschreiben. Tragen Sie die Beiträge der Teilnehmer in der Spalte „Bisherige Therapiepraxis der Zirkelteilnehmer“ im Moderationsplakat ein.

Empfohlene Moderationsmedien:
Moderationsplakat 2: Behandlungsverlauf

Methodische Hinweise:

Achten Sie hier ganz besonders auf eine wertschätzende Diskussion.

SCHRITT 3

Bitten Sie die Kollegen, in der Spalte „Therapievorgaben aus der EbM“ die dazu korrespondierenden Therapievorgaben der Leitlinie, des Reviews oder der Originalarbeit, den Vorgehensweisen, welche die Gruppe unter der Spalte „Bisherige Therapiepraxis“ aufgeführt hat, gegenüberzustellen.

Empfohlene Moderationsmedien:

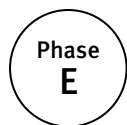
Moderationsplakat 3: Therapie

Methodische Hinweise:

Dies ermöglicht der Gruppe, ihre Therapiepraxis mit den Empfehlungen der Evidenzquellen zu vergleichen und zu diskutieren. Ermutigen Sie zu diesem kritischen Vergleich. Er hilft, eigene Handlungsweisen zu reflektieren und zu verbessern. Sie fördern so die Autonomie der Gruppe und ihr Gefühl, Probleme im gemeinsamen Arbeitskontext kompetent reflektieren und lösen zu können. Diese Form der Arbeit mit Evidenzquellen ermöglicht einen praxiskritischen Umgang mit EbM und stellt den Bezug zur Arbeitsrealität der Kollegen oder anderen Standards her.

**ZIELE
PHASE D**

- › Die Gruppe hat die bisherige Therapiepraxis der Teilnehmer zum Behandlungsfall beschrieben und den entsprechenden Evidenzquellen (Leitlinie, Review etc.) gegenübergestellt.
- › Die eigene Therapiepraxis ist kritisch reflektiert.



PRAXISTRANSFER/WEITERES VORGEHEN – ENTWICKLUNG EINES NEUEN BEHANDLUNGSPLANS

ZEITBEDARF: 20 MINUTEN

SCHRITT 1

Auf der Grundlage der Ergebnisse der drei vorangegangenen Arbeitsschritte entwickelt die Gruppe einen neuen, strukturierten Behandlungsplan. Es wird in folgenden Schritten vorgegangen:

- › Definition eines für Arzt und Patient im jeweiligen Themenfeld sinnvollen Therapieziels
- › Festlegung notwendiger Veränderungen in der Diagnostik
- › Festlegung notwendiger Veränderungen in der Therapie
- › Vereinbarung, wie mit dem Patienten über die oben vorgestellten Sachverhalte und eventuelle Veränderungen gesprochen werden soll

Die Antwort zu jeder Frage wird im Moderationsplakat 4 festgehalten.

Empfohlene Moderationsmedien:

Moderationsplakat 4: Therapieziele

Methodische Hinweise:

- keine -

SCHRITT 2

Im Anschluss an die Patientenfallkonferenz kann der QZ mithilfe der Checkliste (CL) „Weiterbildungsinput“ erarbeiten, welchen Fortbildungsbedarf die Zirkelteilnehmer für ihre eigene Kompetenzentwicklung zum Thema sehen.

Empfohlene Moderationsmedien:

CL: Weiterbildungsinput

Methodische Hinweise:

Sofern Fragen bestehen, die die Zirkelteilnehmer mit ihrer eigenen Expertise nicht beantworten können und die das Hinzuziehen eines Experten sinnvoll erscheinen lassen, dient die Bearbeitung der Checkliste der Vorbereitung einer Zirkelsitzung nach der Methode des Experteninterviews (QZ-Modul „Experteninterview“ unter www.kbv.de/qz).

SCHRITT 3

Lassen Sie den Fallvorsteller abschließend einschätzen, wie es ihm mit dieser Methode der Fallbearbeitung ergangen ist. Geben Sie der Gruppe ein Feedback zu ihrer Arbeit und holen Sie sich ein Feedback zur Zirkelmoderation ein.

Empfohlene Moderationsmedien:

Blitzlichtfeedback

Methodische Hinweise:

Hier sollten noch einmal alle Teilnehmer zu Wort kommen.

Übergreifende methodische Hinweise:

Gehen Sie Schritt für Schritt die vorgestellten Fragen durch. Die Gruppe soll die Ergebnisse der vorangegangenen drei Arbeitsschritte nutzen und eine möglichst knappe und für den Vorstellenden umsetzbare Antwort zu den entsprechenden Fragen geben. Fördern Sie in der Gruppe das möglichst exakte Formulieren dieser Antworten. Kommt die Gruppe ins Stocken, verweisen Sie auf die schon formulierten Lösungsansätze. Bleiben Sie in der Ermunterung zur Beantwortung der Fragen sehr hartnäckig.

Stellen Sie einen Dialog zwischen vorstellendem Arzt und Gruppe her. Fragen Sie, ob der vorstellende Kollege die von der Gruppe erarbeiteten Vorschläge in der praktischen Arbeit nutzen kann. Für den vorstellenden Arzt wird es relativ neu sein, dass eine Gruppe mit ihm zusammen Lösungsansätze für seine Probleme erarbeitet. Häufig ist er es gewohnt, autodidaktisch und ohne fremde Hilfe mit seinen Problemen fertig zu werden oder er übernimmt eine „Expertenmeinung“. Diese Erfahrung bei Ärzten erzeugt einen Widerstand, solche in der Gruppe erarbeiteten Lösungsansätze anzunehmen.

Hier ist es wichtig, dass Sie immer wieder Arzt und Gruppe darüber ins Gespräch bringen, ob der Arzt sich vorstellen kann, mit dem entsprechenden Lösungsvorschlag bei seinem Patienten etwas verändern zu können. Dabei sind auch sehr kritische Äußerungen des vorstellenden Arztes hilfreich. Unterstreichen Sie, wie wichtig es ist, auch die eigene Skepsis den Lösungsansätzen gegenüber mitteilen zu können. Spornen Sie die Gruppe an, hartnäckig daran zu arbeiten, dass die Lösungsvorschläge für den vorstellenden Arzt annehmbar und umsetzbar werden.

**ZIELE
PHASE E**

- › Die Gruppe hat einen neuen Behandlungsplan entwickelt.
- › Alle Akteure haben ein Feedback zur Sitzung gegeben bzw. erhalten.

UMGANG MIT KRITISCHEN MODERATIONSSITUATIONEN

Es gibt bei der PFK zwei häufige kritische Moderationssituationen:

1. Motivation der Teilnehmer, einen eigenen Fall vorzustellen

Dies gehört zwar nicht direkt zur Moderation der PFK, ist aber von großer Bedeutung für den Ablauf. Zirkelteilnehmer scheuen sich oft davor, Fälle in der PFK vorzustellen. Die Angst vor Offenbarung und Kollegenkritik wirkt hemmend. Dies führt zu Widerständen bei den Teilnehmern. Moderatoren reagieren in dieser Situation oft damit, dass sie einen eigenen Fall vorstellen. Diese Vorgehensweise birgt zwei Fallstricke. Zum einen kann der Moderator nicht die Doppelrolle von Vorsteller und QZ-Moderator einnehmen. Zum anderen führt diese Rollendopplung oft zu einer Vorstellung nach dem Muster des Vorführeffekts. Diese Vorgehensweise scheint also wenig erfolgversprechend.

Zur Motivation der Teilnehmer, Fälle vorzustellen, haben sich zwei Vorgehensweisen bewährt: Der Moderator diskutiert mit seinem Zirkel die Frage, wie die Kollegen bei der Bearbeitung schwieriger Patientenfälle Entlastung erhalten können und verweist in diesem Zusammenhang auf das Potenzial der Patientenfallkonferenz oder

der Qualitätszirkel hat bereits in der Arbeit mit Rückmeldesystemen oder mit den Methoden der Evidenzbasierten Medizin ein spezielles medizinisches Versorgungsproblem identifiziert. Die Patientenfallkonferenz dient nun dazu, dieses Problem modellhaft an einem realen Fall zu betrachten.

2. Entwertender Umgang mit Kollegen in der Fallvorstellung

Zeigen sich in der Fallvorstellung wenig nachvollziehbare oder sachlich falsche Vorgehensweisen in Diagnostik und Therapie, kann es zu einer sogenannten „Ereiferungssituation“ kommen. Diese lässt sich oft an einer sehr scharfen und an die Person des vorstellenden Arztes gerichteten Kritik erkennen. Entwertende und polarisierende Äußerungen von Teilnehmern erzeugen in der Regel heftige Reaktionen der anderen Teilnehmer, die den Vorsteller zu schützen versuchen. Hier sollte der Moderator gezielt intervenieren. Er sollte nachdrücklich die Settingregel unbedingter Wertschätzung durchsetzen. Das Unterbinden entwertender Kritik im Qualitätszirkel ist die „Nagelprobe“ der Gruppenleitungskompetenz des Moderators.

Hat der Moderator mit der Akutintervention die entwertende Kritik erst einmal unterbrochen, sollte er sich in einem zweiten Schritt um die af-

fektive Auflösung dieser spannungsgeladenen Situation bemühen. Dabei hilft die Methode der Metakommunikation, d.h. der Sachverhalt wird auf einem höheren Abstraktionsniveau diskutiert. Man kommuniziert auf der Metaebene. Es geht darum, eine Diskussion darüber zu vermeiden, wer Recht hat und wer nicht. Die Intervention der Metakommunikation thematisiert immer die Frage, warum diese Situation so und nicht anders, hier und jetzt eingetreten ist. Als sehr brauchbar im Qualitätszirkel haben sich dabei die Fragen erwiesen: „Warum führt eigentlich die Bearbeitung von Fehlern zur Entwertung von Kollegen?“ und „Glauben Sie, so eine Situation passiert nur hier im Qualitätszirkel?“

In diesem Kontext sollte die Moderationshaltung des Moderators eindeutig und klarstellend sein. Vermeiden Sie eine unsichere oder übertrieben höflich-vermittelnde Haltung. Die Nachdrücklichkeit, mit der Sie entwertendes Verhalten unterbinden, gibt den Gruppenmitgliedern ein Gefühl, dass sie sich bei Ihnen auf den Schutz der Settingregeln verlassen können. Sie werden zwar in dieser Szene heftig unter Druck kommen, wenn Sie die Situation aber gut bewältigen, wird das Ihr Standing als Gruppenleiter nachhaltig stärken.

SPEZIELLE ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION

Vorbemerkung: Die hier dargestellten Vorgaben gelten ganz allgemein für die Arbeit mit Moderationsplakaten im Qualitätszirkel.

1. Dokumentation während der Moderation im QZ

Für den Moderator ist es in der Regel unmöglich, zur gleichen Zeit zu moderieren, die Gruppe zu leiten und zu dokumentieren. Es hat sich deshalb als sehr hilfreich erwiesen, einen Teilnehmer in der Gruppe zu bitten, die Moderationsplakate auszufüllen. Bei der Dokumentation in dieser Weise sind einige Grundregeln zu beachten:

- ▶ Der Schriftführer schreibt nur auf Zuruf des Moderators. Damit soll vermieden werden, dass zwischen Schriftführer und Moderator unabgestimmte Dokumentationen ablaufen.
- ▶ Es gilt das Gebot der Wörtlichkeit. Für einen Qualitätszirkel-Teilnehmer ist es oft ungemein ärgerlich, wenn etwas, was er gesagt hat, vom Moderator noch einmal interpretiert wird. Moderatoren neigen dazu, durch solche Interpretationen sehr zu unterstreichen, wie wichtig der Beitrag ist und verkennen dabei oft die kränkende Wirkung der Interpretation von Redebeiträgen. Die Wörtlichkeitsregel respektiert das Gesagte und überlässt die Interpretation den Gruppenteilnehmern.

▶ Die „Bringen Sie es auf einige Begriffe“-Regel: Oftmals sind Beiträge von Teilnehmern sehr differenziert und lang. Diese kann man natürlich nicht auf einem Moderationsplakat dokumentieren. Hier hilft dann die Aufforderung des Moderators: „Lieber Kollege, können Sie das gerade Gesagte in einem oder zwei Begriffen zusammenfassen?“ Dieser Begriff oder die abgekürzte Frage wird dann vom Schriftführer festgehalten. Sind die entsprechenden Felder unter einer Leitfrage mit Beiträgen ausgefüllt, so kann der Moderator die Teilnehmer bitten, zwei Begriffe auszuwählen, die für die Identifikation des Behandlungsproblems oder für die Entwicklung einer am wichtigsten sind. Diese werden dann vom Schriftführer markiert. Diese Priorisierung zwingt die Gruppe zur Auswahl relevanter Beiträge.

2. Erstellen der abschließenden Zirkeldokumentation

Am Ende der Qualitätszirkelsitzung sollten Sie die Einträge in den Moderationsplakaten abfotografieren und dem Protokoll der QZ-Sitzung als Anlage beifügen. Der vorstellende Kollege sollte eine Kopie der Moderationsplakate möglichst zeitnah erhalten, damit er die Dokumentation für die Umsetzung in der Praxis zur Verfügung hat. Alternativ kann eine direkte Dokumentation im Notebook des Moderators erfolgen bzw. die dokumentierten Ergebnisse auf den Moderationsplakaten können in Word-Dateien erfasst werden. Das

dauert höchstens 5 bis 10 Minuten. Die so dokumentierten Ergebnisse der QZ-Arbeit können so dem Protokoll der Zirkelsitzung als Anlage beigelegt werden.

UNTERSTÜTZENDE MATERIALIEN

ARZT-PATIENTEN-BEZIEHUNG

DATUM:	THEMA:	PAT.-INI.:
Achtung Moderator: Hier erst protokollieren, wenn der Gesprächsabschnitt abgeschlossen ist!		
ANALYSE DER BEZIEHUNGSPROBLEME DURCH DIE GRUPPE		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
LÖSUNGSDIEE DER GRUPPE FÜR EINE BESSERE BEZIEHUNG VON ARZT UND PATIENT		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

BEHANDLUNGSVERLAUF

DATUM:		THEMA:		PAT.-INI.:	
Achtung Moderation: Hier von Anfang an genau protokollieren!					
DETAILLIERTER BEHANDLUNGSVERLAUF: ANAMNESE					JAHR
_____					_____
_____					_____
_____					_____
_____					_____
_____					_____
DIAGNOSTIK UND BEFUNDE					JAHR
_____					_____
_____					_____
_____					_____
_____					_____
_____					_____
THERAPIE			DOSIS		JAHR
_____			_____		_____
_____			_____		_____
_____			_____		_____
ANALYSE DER BEHANDLUNGSPROBLEME					

THERAPIEZIELE

DATUM:	THEMA:	PAT.-INI.:
BENENNUNG SINNVOLLER THERAPIEZIELE		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
WELCHE DIAGNOSTIK IST NOTWENDIG?		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
WELCHE THERAPIEN SOLLEN WANN ANGEWENDET WERDEN?		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
WIE REDE ICH MIT DEM PATIENTEN ÜBER EVENTUELLE VERÄNDERUNGEN?		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

CHECKLISTE ZUR ERARBEITUNG EINES WEITERBILDUNGSINPUTS FÜR DEN QZ ZUM THEMA

- › Beschreiben Sie zuerst das Alltagsproblem ärztlichen Handelns, mit dem Sie sich beschäftigen wollen.

- › Benennen Sie dann genau, zu welchen Entscheidungen oder Fertigkeiten Ihr Input die Kollegen, bezogen auf das oben definierte ärztliche Handlungsproblem, befähigen soll.

- › Wählen Sie Ihre Informationsquelle so aus, dass sie bei den Kollegen die oben beschriebene Kompetenz wirklich entwickeln hilft.

- › Entwickeln Sie Ihre Ausführungen an einem für das zu bearbeitende Problem typischen Fallbeispiel. Zeigen Sie genau auf, wie man Ihre wissenschaftlichen Quellen nutzen kann, um das Fallproblem zu lösen.

- › Nach dieser modellhaften Vorstellung sollten Sie mit den Kollegen die gewonnenen Erkenntnisse auf andere ähnliche Fälle übertragen.

- › Stellen Sie am Ende Ihres Inputs Ihr „Fünf-Minuten-Notfallpäckchen für das Überleben im Vertragsarztpraxisdschungel“ vor. Fassen Sie dazu die wichtigsten Inhalte in fünf einfachen Merksätzen zusammen und benennen Sie die Ihrer Meinung nach praktisch relevanteste Informationsquelle.

- › Sollte der QZ einen Experten benötigen, dann definieren Sie möglichst genau die Fragen, die Sie im Experteninterview mit ihm besprechen wollen.

KURZVERSION PATIENTENFALLKONFERENZ

PHASE A: EINFÜHRUNG

10
MINUTEN

- › Vorstellen der Methode der Patientenfallkonferenz und Information zum Ablauf der Zirkelsitzung

PHASE B: PRAKTISCHE ARBEIT AM THEMA – ARZT-PATIENTEN-BEZIEHUNG

20
MINUTEN

- › Vorstellen des Patientenfalls durch den präsentierenden Arzt
- › Reflexion des Falls nach dem Prinzip der Balintarbeit
- › Formulieren einer Idee zum Problem des Patienten durch den vorstellenden Arzt
- › Vorschläge der Gruppe zur Veränderung/Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung
- › Formulieren des Beziehungsproblems und möglicher Lösungsansätze

PHASE C: PRAKTISCHE ARBEIT AM THEMA – BEHANDLUNGSPROBLEM

20
MINUTEN

- › Vorstellen des detaillierten Behandlungsverlaufs (Anamnese, Diagnostik, Therapie)
- › Gruppendiskussion über den medizinischen Behandlungskontext
- › Formulieren einer Idee, warum die Behandlung schwierig ist

**PHASE D: PRAKTISCHE ARBEIT AM THEMA – VERGLEICH MIT
LEITLINIEN/EVIDENZBASIERTER MEDIZIN**20
MINUTEN

- › Beschreibung der bisherigen Behandlungspraxis durch die Teilnehmer
- › Vergleich der bisherigen Behandlungspraxis mit ausgewählten Evidenzquellen
- › gemeinsames Entwickeln einer Idee zum Behandlungsproblem

**PHASE E: PRAXISTRANSFER/WEITERES VORGEHEN –
NEUER BEHANDLUNGSPLAN**20
MINUTEN

- › Erstellen eines neuen, strukturierten Behandlungsplans
- › Optional: Bearbeiten der Checkliste „Weiterbildungsinput“
- › Feedback für Fallvorsteller, Gruppe und Moderator

LITERATURVERZEICHNIS

- 1 Siebolds M, Jacobs G, Horaczek U, Die Patientenfallkonferenz am Beispiel Qualitätszirkel Diabetes, Qualimed 4/99, 101–111
- 2 Siebolds M, Risse A (2002) Erkenntnistheoretische und systemische Aspekte in der modernen Diabetologie, De Gruyter Verlag, Berlin, 75–172
- 3 Oevermann U (1981) Klinische Soziologie, Konzeptualisierung, Begründung von Berufspraxis und Berufsbildung, unveröffentlichtes Manuskript
- 4 Weidner F (1995) Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung, Mabuse, Frankfurt am Main
- 5 Sackett D L et al. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't, BMJ 312, S. 71–72
- 6 Balint M (1993) Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart
- 7 Benner P (1995) Stufen zur Pflegekompetenz, Verlag Hans Huber, Bern

IMPRESSUM

Herausgeber und Copyright:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dezernat Versorgungsqualität
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Verantwortlich:

Ingrid Quasdorf
Ulrike Schmitt
Dr. med. Franziska Diel

Kontakt:

Telefon 030 4005-1230, iquasdorf@kbv.de, www.kbv.de

4. Auflage 2018

Wichtige Hinweise:

Die Medizin und das Gesundheitswesen unterliegen einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Inhalte immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Erarbeitung des Moduls entsprechen können. Alle Angaben wurden sorgfältig geprüft. Dennoch können die KBV und die Autoren keine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte geben. Der Nutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung. Autoren und Herausgeber übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und Haftung für Schäden, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entstehen.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung der KBV. Das gilt gleichermaßen für Präsentationen und andere Moderationsmedien, die ergänzend zu dem Modul auf der Website der KBV zum Download zur Verfügung stehen.

Das Modul ist für Vertragsärzte und -psychotherapeuten gleichermaßen entwickelt worden. Sofern im Text nur von Ärzten beziehungsweise Vertragsärzten gesprochen wird, sind immer beide Berufsgruppen gemeint. Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Bezeichnungen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen betreffen beiderlei Geschlecht.