

20 Jahre hausärztliche Qualitätszirkel – Bestandsaufnahme und Perspektiven

Ein Workshop-Bericht

20 Years of Quality Circles for Family Practitioners – Stocktaking and Perspectives

A Workshop Report

Edith Andres¹, Sabine Ludt², Armin Mainz³, Frank Peters-Klimm⁴

Zusammenfassung: Zum 20jährigen Jubiläum der hausärztlichen Qualitätszirkel (QZ) fand im Rahmen des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) 2013 ein Workshop statt. Es nahmen acht Hausärzte sowie die Autoren dieses Artikels als Moderatoren teil, alle mit langjähriger QZ-Erfahrung. In Kleingruppenarbeit bzw. in moderierter Plenumsdiskussion wurden zunächst die Stärken und Schwächen der traditionellen und datenbasierten QZ-Formate sowie die Chancen und Risiken von interdisziplinären/sek-torenübergreifenden QZ analysiert. Darauf aufbauend wurden Maßnahmen herausgearbeitet, wie die QZ-Arbeit unterstützt und verbessert werden könnte. U.a. sollten den QZ-Moderatoren strukturierte, evidenzbasierte Materialien zu verschiedenen Themen auf Abruf zur Verfügung gestellt werden. Fundamental sei ein gutes hausärztliches Selbstbewusstsein, auch um sich mit anderen Gebietsärzten auf Augenhöhe auszutauschen. Um die QZ weiterzuentwickeln, bestehe nach wie vor Handlungsbedarf bei allen an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteuren.

Schlüsselwörter: Qualitätszirkel; Fortbildung; Professionsentwicklung; Allgemeinmedizin

Summary: For the 20th anniversary of quality circles (QC) for family practitioners a workshop was organized at the 2013 Congress of the German College of General Practitioners and Family Physicians (DEGAM). Eight family physicians (FP) participated and the authors of this article moderated the workshop. All participants had experience with QCs for many years. In small group work and in a moderated plenum-discussion the strengths and weaknesses of the traditional and data-based QC-formats as well as chances and risks of multidisciplinary/cross-sectoral QCs were analyzed. On this basis, measures were identified to support and improve QC-work: Among others, structured and evidence-based materials on different QC-topics should be available on demand for QC moderators. Furthermore, a good self-confidence of FPs was identified as fundamental for a fruitful exchange on equal footing between FPs and medical specialists. To further improve and refine QCs a lot of issues still remain to be addressed by all stakeholders involved.

Keywords: Quality Circle; Continuing Education; Development of Profession; Family Medicine

¹ AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen

² Arbeitsbereich Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Münster

³ Hausarztpraxis, Korbach

⁴ Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

Peer reviewed article eingereicht: 05.11.2014, akzeptiert: 24.11.2014

DOI 10.3238/zfa.2015.0066-0070

QZ-Format	Stärken/gute Erfahrungen	Schwächen/schlechte Erfahrungen
Traditionell	<ul style="list-style-type: none"> – Eigene Recherche – Angepasste Didaktik – Balint-Elemente – Praxisnähe – Aktualität (z.B. Neue orale Antikoagulantien [NOAK]) – Selbstbestimmte Themen – Selbstbestimmte Methode 	<ul style="list-style-type: none"> – Zementierung vorhandener Strukturen und Verhaltensweisen – Aktive sind aktiv – Passive sind passiv – Stammtisch-Niveau – Fehlende Förderung hausärztlichen Selbstbewusstseins
Datenbasiert	<ul style="list-style-type: none"> – Gute Strukturierung des Ablaufs – Unterlagen sind sehr lehrhaft – Gute Reflexion des eigenen Ordnungsverhaltens – Pharmaeinfluss zurückgedrängt – Vertrauensvolle Atmosphäre – Entlastung der Moderatoren (kontrovers) 	<ul style="list-style-type: none"> – Starre Themenvorgabe – Abwehrhaltung da Pflichtveranstaltung – Einengung künftiger Verordnungsspielräume? – Frage: Profitieren Trittbrettfahrer? (Anm. Verf.: nichtbeteiligte Kassen)

Tabelle 1 Stärken und Schwächen der traditionellen und datenbasierten QZ-Formate

Einleitung

1993 fanden Qualitätszirkel (QZ) erstmalig in der Qualitätssicherungsrichtlinie der KBV „als anerkannte, auf ärztlicher Eigeninitiative aufbauende Methode zur Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung“ Erwähnung [1] und in Göttingen wurde das erste bundesweite QZ-Moderatorentertraining durchgeführt. Eine Vorreiterrolle kam dabei den Hausärzten* zu, die in ersten Modell-QZ Pionierarbeit leisteten. Das Konzept wurde im Umfeld der universitären Allgemeinmedizin entwickelt [2]. Zum 20-jährigen QZ-Jubiläum fand beim DEGAM-Kongress 2013 ein Workshop statt, an dem acht Fachärzte für Allgemeinmedizin (davon eine Frau) und die vier Autoren als Moderatoren teilnahmen, alle mit langjähriger Erfahrung in der QZ-Arbeit, über den im Folgenden berichtet wird.

Der Workshop

In einem Einführungsreferat wurde zunächst die Entwicklungsgeschichte der QZ seit den 1990er Jahren, als nur wenige Pionier-QZ existierten, bis heute nachgezeichnet. Aktuell ist bereits fast jeder zweite niedergelassene Vertragsarzt und -psychotherapeut in einem Qualitätszirkel aktiv [3] (Abb. 1).

Abbildung 2 veranschaulicht, welche verschiedenen QZ-Typen aktuell vertreten sind.

Das Segment der hausärztlichen QZ besteht im Wesentlichen aus traditionellen und datenbasierten QZ (z.B. zur Pharmakotherapie mit Feedbackberichten von AQUA**). Zukünftig könnten aber auch fachgebiets-, sektoren- und berufsgruppenübergreifende QZ an Bedeutung gewinnen, um die vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen geforderte verbesserte Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung über Sektoren- und Berufsgruppengrenzen hinweg zu fördern [4]. Diese drei QZ-Typen wurden deshalb im Workshop eingehender dargestellt. Die sich anschließenden vertiefenden Diskussionen wurden auf Moderationskarten festgehalten und zusätzlich – mit Einverständnis der Teilnehmer – digital aufgezeichnet. Nachfolgend sind wörtliche Übernahmen von den Moderationskarten *kursiv* gesetzt, wörtliche Zitate aus den Audioaufzeichnungen durch Anführungszeichen („“) kenntlich gemacht. Aus der Diskussion übernommene Einzelbegriffe sind allerdings nicht gesondert gekennzeichnet.

Stärken und Schwächen verschiedener QZ-Typen

In zwei Kleingruppen wurden zunächst die Stärken und Schwächen der traditionellen und der datenbasierten QZ-Formate herausgearbeitet. Die auf Moderationskarten notierten Stichpunkte sind in Tabelle 1 zusammengestellt.

Die sehr heterogenen Erfahrungen der Teilnehmer mit interdisziplinären (*id*) und sektorenübergreifenden (*sii*) QZ wurden dann in einer moderierten Gruppendiskussion ausgetauscht. Der Tenor ging hier von völliger Ablehnung „Die Zeit ist noch *nicht reif*“ bis zu „Interdisziplinäre QZ sind zukünftig ganz wichtig“.

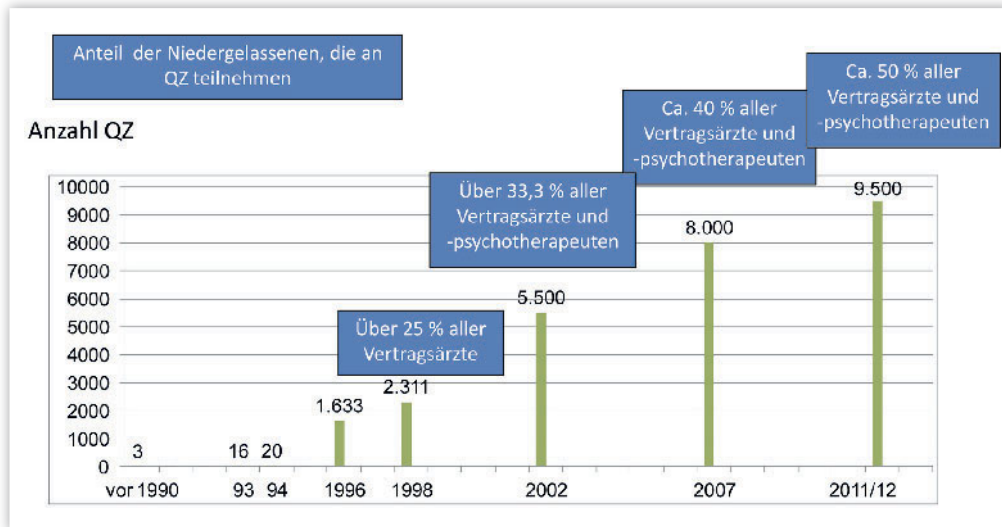
Bisher wären insbesondere QZ unter *hausärztlicher Kontrolle* erfolgreich verlaufen, sprich: von einem Hausarzt moderiert, die Themen unter hausärztlicher Perspektive relevant und *gut vorbereitet*. Natürlich müsse auch die „*Chemie ... stimmen*“ und eine gewisse Professionalität bei den Teilnehmern vorausgesetzt werden. Präferiert würde derzeit eher eine punktuelle als eine kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Reibungsloser verlaufe zudem die Zusammenarbeit mit *Facharztgruppen mit knappen Ressourcen* (z.B. *Rheumatologen*), die wenig um Patienten konkurrieren müssten. Diese seien aufgeschlossener, die Schnittstellen gemeinsam zu definieren und kooperative Versorgungsformen zu entwickeln.

Förderlich sei ein *umschriebenes, fach- bzw. sektorenübergreifend angelegtes Thema*, bei dem jeder seinen definierten Part in der Versorgungskette bzw. an der entsprechenden Schnittstelle habe („Man kommt sich gegenseitig nicht ins Gehege“). Als Beispiele wurden genannt: *Diabetes, Gerontopsychiatrie, Prävention, präoperative Vorbereitung, Einweisung, Rücküberweisung, Entlassmanagement*.

* Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

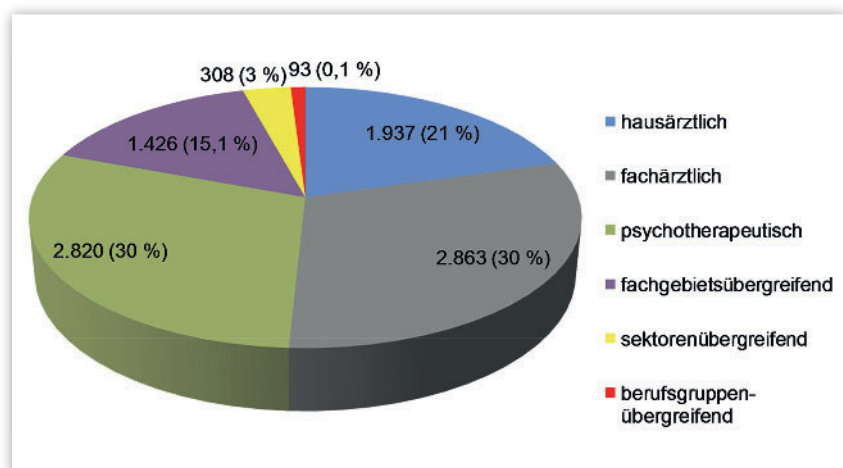
** AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen

**Abbildung 1**Entwicklung der QZ:
1990 bis 2012

In *funktionierenden Initiativen* konnten bereits konkrete Ergebnisse erzielt werden (z.B. *Abklärung von Strukturen*, gemeinsame Erstellung eines Überleitbogens, *gute Absprachen bei der Entlassmedikation*, Konsentierung einer Positivliste mit den umliegenden Krankenhäusern).

Umgekehrt sei die Zusammenarbeit besonders schwierig bei fachspezifischen Themen, bei denen um die jeweilige Fachkompetenz gerungen wird. („Da gibt es Lufthoheit“.) Für den Moderator sei es oft „kräftezehrend, die Spezialisten in ihre Grenzen zu weisen“. Den Hausärzten fehle oft das „nötige Rüstzeug“, um in eine ebenbürtige Diskussion einzusteigen. „Wir sind nicht geschult, um es inhaltlich mit den Fachärzten aufnehmen zu können“. Zitate wie diese charakterisieren die noch vorhandenen (Berührungs-) Ängste und Unterlegenheitsgefühle in der Hausärzteschaft. Besonders heikel würde es, wenn auch Versorgungsmängel vonseiten der Spezialisten zum Thema gehörten, wie z.B. der oft eingeschränkte Zugang, lange Wartezeiten auf Termine, insbesondere wenn dies auch an Wiedereinbestellungen von Patienten (z.T. auch für Individuelle Gesundheitsleistungen) läge, sodass dann nur wenig Zeit für die Regelversorgung bliebe.

Andererseits werden auch positive Beispiele geschildert, in denen Hausärzte im QZ selbstbewusst Statements von anderen Fachdisziplinen infrage stellten, Belege dafür einforderten bzw. kritisch prüften, ob diese auch für die hausärztliche Versorgung gül-

**Abbildung 2** Zertifizierte Qualitätszirkel nach Typ (N = 9.354; Stand 2012) [3]

tigkeit haben. Zudem berichten Teilnehmer an gut funktionierenden interdisziplinären Gruppen, dass sich das Verständnis und der Respekt gegenüber der jeweils anderen Berufsgruppe im Verlaufe der Zusammenarbeit verstärken. Wenn sich alle an der Versorgung der Patienten beteiligten Akteure in QZ abstimmen, *beuge dies einer Verunsicherung auf Seiten der Patienten vor*.

Abschlussdiskussion: Impulse für die Weiterentwicklung von QZ

Vor dem Hintergrund der Diskussionsergebnisse wurden gemeinsam Ideen generiert, wie die QZ weiterentwickelt und (noch besser) unterstützt werden könnten.

Fundamental: Hausärztliche Autonomie, Selbstbewusstsein

Vorrangig sei der Erhalt der Autonomie, die Selbstbestimmtheit von Themen, Vorgehensweisen und Recherchen. Damit lasse sich die Praxisnähe, die emotionale Beteiligung und die intrinsische Motivation der Teilnehmer für die QZ-Arbeit sichern. Bei den QZ als obligatorischer Bestandteil in Verträgen z.B. zur Hausarztzentrierten Versorgung und entsprechender Themenvorgabe würde damit ein wesentlicher Aspekt, der z.T. die Attraktivität des Konzeptes ausmache, eingeschränkt.

Einig waren sich die Diskutanten darüber, dass ein gutes hausärztliches Selbstbewusstsein eine notwendige Bedingung für eine fruchtbare Auseinandersetzung insbesondere im id/sü-QZ

Edith Andres ...



... ist Diplom-Psychologin und systemische Supervisorin. Sie ist Mitbegründerin und wissenschaftliche Mitarbeiterin des Göttinger Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA). Sie hat an der Konzeptentwicklung für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Qualitätszirkel mitgearbeitet und deren Breitenimplementierung durch die Mitarbeit in verschiedenen Projekten und die Schulung und Supervision zahlreicher Moderator/inn/en unterstützt.

auf Augenhöhe darstelle. Dieses müsse zunächst noch hausärzteintern gestärkt werden.

Materialien für die Zirkelarbeit

Zweckmäßig wäre es, einen *Pool von Themen mit aufbereiteten Materialien auf Abruf* vorzuhalten, um dem Verlangen der QZ nach validen Daten/Informationen Rechnung zu tragen. Im Vorfeld müssten sich die Hausärzte auf die für sie relevanten Aspekte verständigen („Fragenkatalog“). Gut wäre es, wenn sie ihre *Fragen an eine unabhängige Institution* (z.B. die Ständige Leitlinienkommission –SLK– der DEGAM, AQUA) richten könnten, die dazu den aktuellen, evidenzbasierten Erkenntnisstand recherchieren und daraus QZ-taugliche Materialien erstellen, ähnlich wie die AQUA-Materialien zu den datengestützten QZ zur Pharmakotherapie. Dies würde auch den hausärztlichen Moderatoren von id/sü-QZ ihre Vorbereitung erleichtern und sie könnten mit gestärktem Selbstbewusstsein in die interdisziplinäre Diskussion gehen.

Auch die frei zugänglichen *Mini-Module* des Instituts für hausärztliche Fortbildung (*IhF*) mit Präsentationen zu ganz unterschiedlichen Beratungsanlässen in der Hausarztpraxis, wie auch das Handbuch Qualitätszirkel [5], eignen sich zur Gestaltung von QZ.

Sonstige Vorschläge

- Austausch mit anderen QZ: z.B. über eine elektronische Plattform, gegenseitige *Hospitationen in anderen QZ* oder einzelne Gäste aus anderen QZ, die als Multiplikatoren fungieren.
- Mehr Fortbildungsangebote für Moderatoren, wie z.B. die bereits bestehenden der KBV bzw. einzelner Kasernenärztlicher Vereinigungen (z.B. KVBW, KVBY) *nach dem Tutoren- oder*

Train-the-Trainer-Prinzip, Moderatorencoachings (nach Beobachtung der Moderation im QZ), Schulungen im Umgang mit schwierigen Situationen und zur Durchführung von Recherchen. Bestehende Angebote (z.B. von DEGAM, AQUA) besser publik machen.

- Fortbildung und Vermittlung von mehr *hausärztlichen „Spezialisten“* als Referenten zu bestimmten QZ-Themen
- Rahmenbedingungen: bessere finanzielle Ausstattung für Moderatoren, für deren Fortbildung, für das Bereitstellen von Ressourcen (Räume, Utensilien, Materialien), für Recherchen und Forschungsinitiativen.

Bei allen aufgeführten Angeboten sei es wichtig, dass diese flexibel, je nach Bedarf der Moderatoren konzipiert („Abfrage: Was braucht Ihr?“) und vorzugsweise auf Abruf vorgehalten würden.

Fazit aus Sicht der Autoren

Das im Rahmen des Workshops erarbeitete Potpourri an Vorschlägen, um QZ zu unterstützen und zukunftsfähig zu machen, ist sicher nicht allumfassend. Dennoch bietet es vielfältige Anregungen, auch für eine Weiterentwicklung des Bereichs Fortbildung für Akteure innerhalb der DEGAM und darüber hinaus. Gretchenfrage vieler sehr sinnvoll erscheinender Wünsche ist die der Finanzierung, die allerdings den Rahmen dieses Artikels übersteigt. Wichtig erschien allen Teilnehmern und Moderatoren, dass das Grundkonzept der QZ nicht verloren gehen sollte, nämlich die fallbasierte Zusammenarbeit gleichrangiger Ärzte (peer-learning) in einem moderierten Gruppenprozess.

Bezogen auf die im Workshop angesprochene notwendige Stärkung der hausärztlichen Identität und Professionsentwicklung sollte aus Sicht der Autoren in Erinnerung gebracht werden, dass sich in den letzten Jahren das Fach Allgemeinmedizin bereits sehr positiv weiterentwickelt hat, sowohl in Studium [6], Weiterbildung [7, 8], Forschung [9, 10] und Fortbildung [11]. Insbesondere die DEGAM führt seit vielen Jahren den wichtigen Prozess der Professionsentwicklung weiter (z.B. ständige Leitlinienkommission, „Zukunftspositionen“ [12]).

Indes können auch QZ ihrerseits durch den fundierten fachlichen Austausch, durch gegenseitige Akzeptanz und emotionale Unterstützung einen nicht zu unterschätzenden Beitrag zur Konsolidierung des professionellen Selbstbewusstseins liefern und zur Weiterentwicklung aller beteiligten Professionen führen [13]. Im Zeitalter zunehmender Vernetzung und dem Bestreben, die nach Sektoren getrennte Gesundheitsversorgung zukünftig in eine sektorenübergreifende populationsorientierte zu überführen [4], sollten die Chancen, die hier id/sü-QZ als Kommunikationsforum bieten, verstärkt genutzt werden.

Die Diskussionsbeiträge zeigten aber auch, dass insbesondere bei den Themen „Schnittstellen“ und „Verbindlichkeit“ noch ein erheblicher Handlungsbedarf sowohl der Beteiligten als auch der Kostenträger, der Gesundheitsinstitutionen (z.B. Gemeinsamer Bundesausschuss) und der Politik besteht.

Danksagung: Unser besonderer Dank gilt den Workshop-Teilnehmerinnen und -Teilnehmern.

Interessenkonflikte: E. A. ist Mitarbeiterin und Gründungsgesellschafterin des AQUA-Instituts; die anderen Autoren haben keine Interessenkonflikte angegeben.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Edith Andres
AQUA-Institut
Maschmühlenweg 8–10
37073 Göttingen
edith.andres@aqua-institut.de

Literatur

1. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung. Dtsch Arztebl 1993; 90: B1148–51
2. Bahrs O, Gerlach F, Szecsenyi J, Andres E (Hrsg.). Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für den Arzt in Praxis und Klinik. 4. Aufl. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2001
3. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Qualitätsbericht Ausgabe 2013. http://www.kbv.de/media/sp/KBV_Qualitaetsbericht_2013.pdf (letzter Zugriff am 03.11.2014)
4. SVR-Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009 Kurzfassung. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf (letzter Zugriff am 03.11.2014)
5. Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). Handbuch Qualitätszirkel, 3. Aufl. Köln: Deutscher Ärzteverlag 2013
6. Böhme K, Streitlein-Böhme I, Huenges B. Neue Approbationsordnung: Mehr Lehrpraxen benötigt. Dtsch Arztebl International 2012; 109: 1483–6
7. Steinhäuser J, Roos M, Haberer K, et al. Bericht aus der Praxis: Das Programm Verbundweiterbildung(plus) des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden-Württemberg – Entwicklung, Umsetzung und Perspektiven. Z Evid Fortbild Qual Gesundhswes 2011; 105: 105–9
8. Weiterbildungsverbände zum Allgemeinarzt in Deutschland. <http://www.degam.de/weiterbildungsverbuende.html> (letzter Zugriff am 03.11.2014)
9. Krones T, Keller H, Sonnichsen A, et al. Absolute cardiovascular disease risk and shared decision making in primary care: a randomized controlled trial. Ann Fam Med 2008; 6: 218–27
10. Freund T, Peters-Klimm F, Rochon J, et al. Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PracMan): study protocol for a cluster randomized controlled trial. Trials 2011; 12: 163
11. Szecsenyi J, Wiesemann A, Stutzke O, Mahler C. „Tag der Allgemeinmedizin“ – Ein Beitrag zur Entwicklung einer gemeinsamen regionalen Plattform zwischen Hausarztpraxen und einer Universitätsabteilung. Z Allg Med 2006; 82: 449–55
12. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. DEGAM-Zukunftspositionen Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen, 2012 http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Uber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf (letzter Zugriff am 03.11.2014)
13. Bahrs O, Andres E. Qualitätszirkel als Methode der Professionsentwicklung. In: Dick M (Hrsg.): Handbuch Professionsentwicklung. Stuttgart: UTB (2015, im Druck)



DEGAM-Leitlinien frei im Netz

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stehen frei im Internet zur Verfügung. Die wissenschaftlich fundierten und vor der Veröffentlichung in Praxen erprobten DEGAM-Leitlinien richten sich nicht nur an Hausärzte, sondern auch an Patienten und Praxismitarbeiter. Neben der Langversion gibt es eine Kurzfassung als laminierte, zweiseitige Tischkarte im A5-Format. Mehrere tausend Leitlinien-Sets werden in Praxen und Universitäten in der täglichen Arbeit mit Patienten eingesetzt. Alle Module können auf der DEGAM-Leitlinien-Homepage (www.degam-leitlinien.de) oder auf der Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, <http://leitlinien.net/>) bei Bedarf heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Kontakt:

Philipp Leson
DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Telefon: 069 65007245
Fax: 069 68974602
E-Mail: presse@degam.de
Homepage: www.degam.de

Dr. med. Anne Barzel
DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien
c/o Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg
Tel.: 040 741059769
Fax: 040 741053681
E-Mail: leitlinien@degam.de