

DEGAM-Positionspapier: Hausärztliche Fortbildung im Qualitätszirkel, Chancen und Risiken bei der Integration von Disease-Management-Programmen

Für die Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung stellen Qualitätszirkel einen etablierten, zentralen Bestandteil hausärztlicher Fortbildung dar [1]. Sie sind für HausärztInnen attraktiv, weil sie niedrigschwellig und wohnortnah auf freiwilliger Basis einen kollegialen Austausch von Wissen und Fertigkeiten ermöglichen. Dabei dienen Qualitätszirkel als Transponder. Sie nehmen die Informationen der TeilnehmerInnen auf, übertragen und bearbeiten diese und senden sie –mit einem Upgrade versehen - an die TeilnehmerInnen zurück. Aufgrund ihrer regionalen Verankerung können sie spezifische örtliche Versorgungsstrukturen berücksichtigen. Qualitätszirkel stellen eine Lerngruppe Gleichrangiger (peergroup) dar. Sie werden von ModeratorInnen geleitet, die eine spezielle Methodenkompetenz besitzen und in der Lage sind, eine angenehme Atmosphäre für eine konstruktive Gruppenarbeit zu schaffen. Resultate dieser Gruppenarbeit sind konkrete, zielorientierte Verbesserungsprozesse nach dem plan-do-check-act (PDCA) – Zyklus [2].

Die Voraussetzung für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung ist die kritische Reflexion über den Ist-Zustand in der Patientenversorgung. In den Anfangszeiten der Qualitätszirkel geschah dies über Fallvorstellungen und zirkelinterne Datenerhebungen. Mittlerweile werden diese Methoden ergänzt durch Rückmeldeberichte zu Medikamentenverordnungen. Hierfür wurden und werden in einzelnen Regionen von externer Seite Berichte verfasst, die die TeilnehmerInnen zu einer systematischen Bearbeitung ihres Verordnungsverhaltens anregen [3].

Auch für die Daten aus den Disease-Management-Programmen (DMP) existieren bereits extern aufgearbeitete Rückmeldeberichte. Bislang werden diese Berichte jedoch noch nicht systematisch in die Qualitätszirkelarbeit integriert. Als Haupthindernisse für eine Implementierung gelten Sorgen vor einer Verschulung durch umfangreiche Pflichtfortbildungen, vor Sanktionsmaßnahmen und vor einer zu starken Einengung der QZ-Arbeit auf vorgegebene Themen. Diesen Bedenken muss Rechnung getragen werden. Ignorierte man sie,

drohte eine Beschädigung der intrinsischen Lerner-Motivation mit gravierenden Folgen für die Fortbildungs- und Behandlungsqualität. Im Spannungsfeld der Qualitätszirkelarbeit gilt es daher, eine Balance zwischen den Interessen zu finden. So notwendig Abbilden und Bearbeitung der eigenen Tätigkeit sind, so konsequent müssen Ausweichverhalten und Datenmanipulation verhindert werden [4, 5].

Vor diesem Hintergrund empfiehlt die DEGAM:

- Die sehr gut etablierte Qualitätszirkelarbeit in Deutschland behutsam weiterzuentwickeln und dabei Rückmeldeberichte systematisch und strukturiert in die Qualitätszirkelarbeit zu integrieren
- Hausärztliche Fortbildungsinhalte nicht aufgrund von (weiteren) DMP-Pflichtfortbildungen für spezielle Morbiditäten zu zergliedern, sondern sie sinnvoll zusammenzuführen, da die Multimorbidität der Normalfall in der Hausarztpraxis ist [6]
- Beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eine Arbeitsgruppe mit Beteiligung der DEGAM einzurichten, die mit dem Erstellen eines Fortbildungskonzeptes „Hausärztliche DMP im QZ“ beauftragt wird

Literatur

1. Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J, Andres E (Hrsg.). Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den Arzt in Praxis und Klinik. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. Deutscher Ärzte-Verlag, 2001
2. Szecsenyi J. Hausärzte waren die Ersten. 20 Jahre Qualitätszirkel. Der Allgemeinarzt 2/2014, 76-77
3. Wensing M, Broge B, Kaufmann-Kolle P, Andres E, Szecsenyi J. Quality circles to improve prescribing patterns in primary medical care: what is their actual impact? J Eval Clin Pract. 2004 Aug; 10(3): 457-66
4. Mita G, Nuala K, Deirdre D. Ethics frameworks in Canadian health policies: Foundation, scaffolding, or window dressing? Health Policy 89 (2009) 58-71
5. Doran T, Kontopantelis E., Reeves, D, Sutton M, Ryan AM. Setting performance targets in pay for performance programmes: what can we learn from QOF? BMJ 2014;348:g1595
6. Guthrie B, Payne K, Alderson P, McMurdo MET, Mercer SW. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. BMJ 2012;345:e6341