

Qualitätszirkel Diabetes

Begleitung älterer, chronisch kranker Patienten am Beispiel des Typ-2-Diabetes

Arbeitshandbuch für Moderatoren



© Prof. Dr. med. Marcus Siebolds
Katholische Fachhochschule NW
Abt. Köln
Fachbereich Gesundheitswesen
Wörthstraße 10
D-50668 Köln

Vorwort	1
Ausgangssituation	3
1. Zielgruppen und Zielsetzung des Handbuches	11
2. Aufbau des Handbuches	13
3. Arbeit mit dem Handbuch	14
4. Das Qualitätsproblem in der hausärztlichen Typ 2-Diabetiker-Betreuung	
5. Qualitätsentwicklungskonzept für die Therapie chronisch kranker am Beispiel „Typ-2-Diabetes“	36
6. Themenübersicht	41
7. Grundlagen der Moderation von Qualitätszirkeln (QZ)	43
8. Organisation und Durchführung der Qualitätszirkel-Sitzung	69
9. Protokolle zur Vorbereitung der einzelnen Sitzungen der Qualitätszirkel	73

Vorwort

Qualitätssicherung der hausärztlichen Arbeit ist zur Zeit ein wissenschaftlich wie KV-politisch enorm intensiv diskutiertes Thema. In vielfachen Publikationen, Kongressen oder Verlautbarungen der Kassenärztlichen Vereinigungen wird dieses Thema von vielen Autoren und unter vielen Gesichtspunkten behandelt. Ganz im Gegensatz dazu steht der geringe Umsetzungsgrad der Qualitätszirkelidee. Offizielle Zahlen dazu sind schwer zu erhalten, letztlich kann man aber davon ausgehen, daß etwa 10 bis 15 Prozent der notwendigen Qualitätszirkel bisher gegründet sind und arbeiten. Interessanterweise bleibt unklar, wie groß der Anteil an fachärztlichen und hausärztlichen Qualitätszirkeln dabei ist. In der Ärzteschaft selber besteht eine sehr zwiegespaltene Haltung. Der Großteil der Ärzte glaubt, daß eine Unterstützung bei der Verbesserung der eigenen Behandlungsqualität notwendig ist, stellt aber die Frage, ob Qualitätszirkel der richtige Weg sind (siehe auch empirische Daten). Insbesondere wird deutlich, wieviel Befürchtungen bestehen, in einer interkollegialen Gesprächsrunde eigene Schwächen oder Fehler zuzugeben. Vor dieser Ausgangssituation wurde vor fünf Jahren mit der Arbeit im Projekt „Qualitätsentwicklung in der hausärztlichen Begleitung chronisch Kranker“ begonnen. Ziel war es, ein Qualitätsentwicklungskonzept für möglichst viele chronische Erkrankungen zu entwickeln, die im Behandlungsalltag von Hausärzten eine Rolle spielen.. Dabei war klar, daß ausgehend von den Erfahrungen mit anderen Konzepten sich dauernd das Problem auftut, entweder viel zu allgemeine Äußerungen zum Thema Qualitätszirkel abzugeben oder sich letztlich auf ein einziges Krankheitsbild und ein dazugehöriges Qualitätsentwicklungsprogramm einzuschränken. Die Idee entstand, ein möglichst universelle Qualitätentwicklungsinstrument zu entwickeln, das an einer bestimmten Erkrankung exemplarisch vom Qualitätszirkel erarbeitet werden kann. Aufgrund der gesundheitspolitischen und klinischen Bedeutung wurde hierbei der Typ-2-Diabetes, hier insbesondere ältere adipöse Patienten, gewählt. Das Qualitätsentwicklungsinstrument, das im Laufe der Arbeit mit den Hausärzten entwickelt wurde, ist die Patientenfallkonferenz. Nachdem Konzeptzuschnitt und Instrument entwickelt waren, zeigte sich als weitere bedeutsame Größe die Ausbildung der Moderatoren. Bisher werden Moderatoren sehr allgemein in Kommunikation, Qualitätssicherungs- und Entwicklungstheorie oder nur ganz speziell auf krankheitsbezogene Qualitätsentwicklungskonzepte hin ausgebildet. Wir haben mit einer vierjährigen Evaluationsphase, die Moderatorenausbildung zur Patientenfallkonferenz immer wieder wissenschaftlich un-

tersucht und sie aufbauend auf der teilweise herben Kritik der beteiligten Kollegen weiterentwickelt.

Dies ist ein grundsätzliches Merkmal der Arbeit in der Projektgruppe. Die Entwicklung des Qualitätsentwicklungsinstrumentes wie auch der Moderatorenausbildung ist letztlich nur durch die geduldige, wertschätzende und interessierte Kooperation mit den beteiligten Hausärzten möglich gewesen. Diese haben in der Anfangsphase die ersten Konzepte als unbrauchbar verworfen, aber durch ihre konstruktive Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe zusammen Ideen entwickelt, die deutlich praktikablere Qualitätsentwicklungskonzepte hervorgebracht hat. Wir glauben, daß diese integrierte Konzeptentwicklung mit Hausärzten über einen langen Zeitraum von fünf Jahren eine entscheidende Erfahrung der Arbeitsgruppe ist. Die heute üblichen meistens fern der Hausarztrealität entwickelten Konzepte, die keine ausreichende Zeit hatten, um in der kritischen Bearbeitung mit Hausärzten zu reifen, geben und in diesem Punkt recht. Wir schulden den Hausärzten, die uns sehr unterstützt haben, großen Dank.

Ausgangssituation

Der Gesetzgeber hat mit dem 1.1.1993 im Sozialgesetzbuch 5 in den §§ 135, 135 a und 137 die Grundlagen zur Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung gelegt. Für Hausärzte ist der § 135 a die Rechtsgrundlage der Qualitätssicherungsarbeit. Wir haben Ihnen zu Ihrer Orientierung den Gesetzestext sowie die Ausführungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Umsetzung der gesetzlich vorgegebenen Qualitätszirkel-Idee beigelegt.

§ 135 a

Qualitätssicherung bei ambulanten Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen durchführen, bestimmen gemeinsam durch Richtlinien Verfahren zur Qualitätssicherung der ambulanten medizinischen Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 und der ambulanten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 Abs. 1. Die Leistungserbringer, für die ein Vertrag nach § 125 gilt, sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen.

Die Neuregelung zur Qualitätssicherung bei ambulanten Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen schließt eine Gesetzeslücke. Sie entspricht der geltenden Regelung in § 137 für den stationären Bereich. Auch für die ambulant erbrachten Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen sind Richtlinien zur Qualitätssicherung zu entwickeln und von den Leistungserbringern anzuwenden

Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung

(Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV)

gemäß § 135 Abs. 3 SGB V

Präambel

Die Sicherung und Verbesserung der Qualität ärztlicher Tätigkeit ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine patienten- und bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche Versorgung auf hohem Leistungsniveau. Qualitätssicherung der ärztlichen Leistung hat zum Ziel, die Qualität des Arbeitsprozesses und des Arbeitsergebnisses zu wahren oder zu erhöhen. Dies kann nur verwirklicht werden, wenn Probleme rechtzeitig identifiziert, hinreichend analysiert, praktikable Verbesserungsvorschläge zügig erarbeitet und erfolgreich angewendet werden.

Eine wesentliche Aufgabe der Qualitätssicherung besteht nach wie vor darin, die strukturellen Voraussetzungen für eine hohe Qualität ärztlichen Handelns in der Aus- und Weiterbildung zu schaffen und zu erhalten. In Ergänzung dazu bedarf es jedoch auch dynamischer, auf Selbstverantwortung und eigener Motivation basierender Verfahren zur Evaluation, Sicherung und Verbesserung der Prozeß und Ergebnisqualität im Sinne eines selbstlernenden Systems. Damit sollen in der vertragsärztlichen Tätigkeit die Kooperation verbessert, der fachliche Wettbewerb gefördert und die Qualität der Betreuung insbesondere aus Sicht der Patienten gewährleistet werden.

Unter dieser Zielsetzung erläßt die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemäß § 135 Abs. 3 SGB V folgende Richtlinien für

Inhalt

Präambel

I. Allgemeiner Teil

A. Strukturelle Voraussetzungen

1. Der Qualitätssicherungsbeauftragte
2. Die Qualitätssicherungskommissionen
3. Die Geschäftsstelle "Qualitätssicherung"

B. Verfahren zur Qualitätssicherung

4. Qualitätszirkel
5. Ringversuche
6. Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben)
7. Kolloquien

Von der Vertreterversammlung der KBV
beschlossen am 3. Mai 1993

Verfahren zur Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung.

I. Allgemeiner Teil

A. Strukturelle Voraussetzungen

Die dauerhafte und wirksame Sicherung und Verbesserung der Qualität ärztlicher Tätigkeit setzt eine institutionelle Verankerung qualitätssichernder Maßnahmen in der vertragsärztlichen Selbstverwaltung voraus. Dazu sollen in jeder Kassenärztlichen Vereinigung gehören:

1. Der Qualitätssicherungsbeauftragte
2. Die Qualitätssicherungskommissionen
3. Die Geschäftsstelle "Qualitätssicherung"

1. Der Qualitätssicherungsbeauftragte der Kassenärztlichen Vereinigung

1.1 Der Qualitätssicherungsbeauftragte wird durch die Kassenärztliche Vereinigung berufen.

1.2 Der Qualitätssicherungsbeauftragte berät die Kassenärztliche Vereinigung in Fragen der Qualitätssicherung.

2. Die Qualitätssicherungskommissionen

2.1 Die Kassenärztliche Vereinigung kann zur Unterstützung ihrer Aufgaben für bestimmte Bereiche (z.B. Radiologie, Sonographie, Laboratoriumsmedizin, Zytologie) Qualitätssicherungskommissionen einrichten.

2.2 Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung beruft den Vorsitzenden der jeweiligen Qualitätssicherungskommission und die weiteren Mitglieder.

2.3 Eine Qualitätssicherungskommission setzt sich aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern zusammen, von denen mindestens eines eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in diesem Gebiet haben soll. Im Hinblick auf jeweils erforderliche spezielle ärztliche Fertigkeiten ist zu gewährleisten, daß mindestens ein Kommissionsmitglied auch in diesen Fertigkeiten besondere Erfahrungen besitzt. An den Sitzungen der Kommissionen soll ein Vertreter der Geschäftsstelle "Qualitätssicherung" teilnehmen.

2.4 Die Qualitätssicherungskommissionen haben die Aufgabe, bei Anträgen auf Durchführung und Abrechnung von Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein Kolloquium zu überprüfen und die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung vorzubereiten.

2.5 Die Geschäftsführung der Qualitätssicherungskommissionen obliegt der Geschäftsstelle "Qualitätssicherung".

2.6 Die Kassenärztlichen Vereinigungen können Qualitätssicherungskommissionen für den Bereich von mehr als einer Kassenärztlichen Vereinigung einrichten. Bei den Ärztekammern bestehende Kommissionen können mit dem Einverständnis der Ärztekammer von der Kassenärztlichen Vereinigung mit der Durchführung der in Nr. 2.4 genannten Aufgaben betraut werden, soweit eine Durchführung nach Maßgabe dieser Richtlinien gewährleistet ist.

3. Die Geschäftsstelle "Qualitätssicherung" bei der Kassenärztlichen Vereinigung

3.1 Zur Gewährleistung eines zielorientierten, koordinierten Vorgehens bei der Planung und Durchführung qualitätssichernder

Maßnahmen richtet die Kassenärztliche Vereinigung eine Geschäftsstelle "Qualitätssicherung" ein oder ordnet deren Aufgaben einem bestehenden Geschäftsbereich zu. Dieser übernimmt damit die Funktion einer Geschäftsstelle "Qualitätssicherung".

3.2 Die Geschäftsstelle "Qualitätssicherung" übernimmt folgende Aufgaben:

3.2.1 Prüfung der Einhaltung der für die Qualitätssicherung geltenden gesetzlichen und/oder vertraglichen Regelungen im Einzelfall, insbesondere

- Prüfung der jeweils erforderlichen Nachweise der fachlichen Befähigung und/oder der apparativen
- Ausstattung,
- Vorbereitung und Organisation der Kolloquien und deren Protokollierung nach Maßgabe dieser Richtlinien,
- Vorbereitung oder Ausfertigung der Bescheide aufgrund vorangegangener Prüfungen,
- Kontrolle von Organisation und Durchführung vorgeschriebener Ringversuche,
- Durchführung der Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben),

3.2.2 Geschäftsführung der Qualitätssicherungskommissionen,

3.2.3 Betreuung von Qualitätszirkeln, die im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung arbeiten,

3.2.4 Information und Beratung von Vertragsärzten in Fragen der Qualitätssicherung (z. B. Praxisdokumentation, Erstellung von Qualitätssicherungskonzepten für die einzelne Praxis),

3.2.5 Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Qualitätssicherung mit den anderen Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kassen-

ärztlichen Bundesvereinigung, den Ärztekammern sowie anderen Organisationen und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

B. Verfahren zur Qualitätssicherung

Für die Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung kommen u.a. folgende Verfahren in Betracht:

- Qualitätszirkel
- Ringversuche
- Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben)
- Kolloquien

4. Qualitätszirkel

4.1 Qualitätszirkel in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung dienen der Weiterqualifizierung durch kritische Überprüfung der eigenen Tätigkeit und eines auf den Erfahrungen der Teilnehmenden aufbauenden Lernprozesses. Die Teilnahme ist freiwillig. Qualitätszirkel haben im einzelnen folgende Ziele:

- Beschreibung und wenn möglich Abbildung der eigenen Tätigkeit
- Vergleich mit teilnehmenden Kollegen und Erfahrungsaustausch
- Analyse und Bewertung der eigenen Tätigkeit nach Qualitätskriterien
- Feststellung von Übereinstimmungen mit bestehenden Leitlinien, Identifizierung und Begründung von Abweichungen, Modifikation vorhandener Leitlinien gemäß den Bedingungen der ambulanten Praxis
- Entwicklung und Anwendung praktikabler Problemlösungen
- Überprüfung der Ergebnisse angewandter Problemlösungen

4.2 Methodik:

Die Wirksamkeit von Qualitätszirkeln setzt die Beachtung bestimmter methodischer Kriterien voraus. Qualitätszirkel arbeiten

- auf freiwilliger Basis
- mit selbstgewählten Themen
- erfahrungsbezogen
- auf der Grundlage des kollegialen Diskurses ("peer review")
- mit Moderator(en)
- mit Evaluation ihrer Ergebnisse, soweit möglich auf einer hinreichenden Basis empirischer Daten aus der ambulanten Versorgung
- kontinuierlich
- mit festem Teilnehmerkreis
- mit Ärzten gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtungen

4.3 Dokumentation (Datenbasis):

4.3.1 Grundlage einer kritischen Überprüfung der eigenen Tätigkeit und der Evaluation der Qualitätszirkelarbeit als Instrument der Qualitätssicherung sollten hinreichende, mit den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen vereinbare Erhebungen zur Abbildung der eigenen Tätigkeit sein, z.B. auf der Basis der vorhandenen Praxisdokumentation.

Qualitative und quantitative Methoden kommen in Betracht, die je nach Thema variierend auch kombiniert werden können.

4.3.2 Über die Durchführung einer Erhebung und die Methoden entscheiden die am Qualitätszirkel Teilnehmenden gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit der jeweils betreuenden Kassenärztlichen Vereinigung, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder wissenschaftlichen Instituten.

4.3.3 Die Arbeit der Qualitätszirkel (z.B. Termine, Themen, Teilnehmerzahl, Diskussionsverlauf, Ergebnisse) soll von den Teilnehmenden in geeigneter Form protokolliert werden.

4.4 Evaluation

4.4.1 Die Bewertung ihrer Wirkung ist eine Voraussetzung für Qualitätssicherung mit Hilfe von Qualitätszirkeln. Sie kann stichprobenartig erfolgen. Analysiert und bewertet werden sollen

- die Arbeitsweise des Zirkels
- Veränderungen in der Versorgungszufriedenheit der Patienten
- Veränderungen in der beruflichen Lebensqualität der am Qualitätszirkel Teilnehmenden

4.4.2 Die Evaluation obliegt der jeweils betreuenden Kassenärztlichen Vereinigung, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder wissenschaftlichen Instituten.

4.4.3 Die im Zuständigkeitsbereich einer Kassenärztlichen Vereinigung arbeitenden Qualitätszirkel werden auf deren Wunsch von der jeweiligen Geschäftsstelle "Qualitätssicherung" betreut (z. B. Bekanntmachung des Qualitätszirkelangebots, Bildung der Gruppen, Gewinnung von Moderatoren, organisatorische Vorbereitung des Moderationstrainings, Koordinierung verschiedener Qualitätszirkel, je nach Bedarf Vermittlung von externen Experten in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern bzw. den Akademien für ärztliche Fortbildung, Bereitstellung von Räumen, Material und Kommunikationsmöglichkeiten).

5. Ringversuche

5.1 Über die Durchführung und Evaluation vorgeschriebener Ringversuche (z.B. Labor-Ringversuche nach den Richtlinien der Bundesärztekammer) entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung. Die Betreuung der Ringversuche obliegt der Geschäftsstelle "Qualitätssicherung" gemäß Abschnitt I. Punkt 3.2 dieser Richtlinien.

5.2 Näheres wird in Anlagen in Teil II. dieser Richtlinien geregelt.

6. Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben)

6.1 Die Kassenärztlichen Vereinigungen vergewissern sich der Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen durch Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben). Dies gilt insbesondere für Leistungen, für deren Durchführung und Abrechnung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V spezielle Anforderungen an die fachliche Befähigung vereinbart wurden.

6.2 Die Qualitätsprüfung kann folgende Aspekte einbeziehen:

- Indikationsstellung
- intermediäres Ergebnis (z. B. Röntgenbild),
- Dokumentation (Befund).

6.3 Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind berechtigt, bei genehmigungspflichtigen Leistungen von den zu prüfenden Ärzten in dem gesetzlich geregelten, vertraglich vereinbarten oder durch Richtlinien der KBV bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung festgelegten Umfang Angaben und Unterlagen über die Art der Leistungserbringung zu verlangen. Dies betrifft insbesondere Leistungen, bei deren Erbringung nichtärztliche Mitarbeiter des Arztes beteiligt sind.

6.4 Bestehen aufgrund der Angaben des Arztes Zweifel, ob die jeweilige(n) Leistung(en) den gesetzlichen Regelungen, vertraglichen Vereinbarungen oder den Richtlinien der KBV bzw. der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung entsprechend erbracht werden, so ist die Kassenärztliche Vereinigung auf der Grundlage von § 75 Abs. 1 und 2 SGB V berechtigt, nach von ihr aufzustellenden Regelungen eine Überprüfung am Ort der Leistungserbringung durchzuführen.

6.5 Über die Durchführung einer Überprüfung hat der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung zu entscheiden.

6.6 Eine Überprüfung ist nur dann zulässig, wenn der betreffende Arzt hierzu schriftlich sein Einverständnis erklärt hat. Wird die Einverständniserklärung durch den Arzt verweigert, kann die Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der betreffenden Leistungen versagen oder widerrufen.

6.7 Eine Überprüfung kann auch vom Arzt selbst beantragt werden.

6.8 Die Durchführung einer Überprüfung in der Praxis des Arztes obliegt der Geschäftsstelle "Qualitätssicherung", gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit der für den jeweiligen Bereich zuständigen Qualitätssicherungskommission. Hierbei sind folgende Grundsätze zu beachten:

- Der Zeitpunkt sowie die Art und Weise der Überprüfung haben auf die Interessen des betreffenden Arztes Rücksicht zu nehmen.
- Der Termin für die Überprüfung ist mit dem betreffenden Arzt zu vereinbaren.

6.9 Nach Abschluß der Überprüfung in der Praxis des Arztes gibt die Geschäftsstelle "Qualitätssicherung" dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung schriftlich Bericht. Das Ergebnis der Überprüfung teilt die Kassenärztliche Vereinigung dem betreffenden Arzt mit.

6.10 Wurden Mängel festgestellt, die mit einer ordnungsgemäßen Leistungserbringung nicht zu vereinbaren sind, ist der Arzt aufzufordern, diese unter Gewährung einer angemessenen Frist zu beseitigen und dies gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

6.11 Kommt der Arzt der Aufforderung der Kassenärztlichen Vereinigung nicht nach, entscheidet der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung über das weitere Vorgehen. Dabei kann er die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der betref-

fenden Leistung(en) mit einer Frist von zwei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres versagen oder widerrufen. Die Wiedererteilung der Genehmigung ist in diesem Falle von der durch die Kassenärztliche Vereinigung vor Ort geprüften Beseitigung der festgestellten Mängel abhängig zu machen.

7. Kolloquien

7.1 Nach Maßgabe dieser Richtlinien in Verbindung mit den Vereinbarungen [gemäß § 10 der Bundesmantelverträge Ärzte/Primärkassen bzw. Ärzte/Ersatzkassen] können die Kassenärztlichen Vereinigungen Kolloquien durchführen.

7.2 Kolloquien haben den Charakter eines Fachgesprächs. Sie dienen der Kassenärztlichen Vereinigung dazu, bei Anträgen auf Durchführung und Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt sich der dafür erforderlichen fachlichen Befähigung zu vergewissern.

7.3 Über die Zulassung zum Kolloquium entscheidet die Geschäftsstelle "Qualitätssicherung". Die Zulassung wird erteilt, wenn der Antragsteller die jeweils erforderlichen formalen Voraussetzungen erfüllt. Bestehen trotz der Erfüllung dieser Voraussetzungen aufgrund der vorgelegten Zeugnisse und Bescheinigungen dennoch Zweifel an der fachlichen Befähigung des Antragstellers, ist für die Entscheidung über die Notwendigkeit zur Prüfung der fachlichen Befähigung durch ein Kolloquium die jeweils zuständige Qualitätssicherungskommission beratend hinzuzuziehen. Das gleiche gilt, wenn der antragstellende Arzt einen von der jeweiligen Vereinbarung abweichenden, aber gleichwertigen Qualifikationsgang nachweist.

7.4 Die Durchführung der Kolloquien obliegt der jeweils zuständigen Qualitätssicherungskommission. Jeweils drei ihrer Mitglieder sollen als Prüfer an einem Kolloquium teilnehmen, ebenso ein Vertreter der Geschäftsstelle Qualitätssicherung der

Kassenärztlichen Vereinigung (vgl. Punkt 3.2.1).

7.5 Die Organisation der Kolloquien obliegt der Geschäftsstelle "Qualitätssicherung" gemäß Nr. 3.2 dieser Richtlinien. Dies beinhaltet auch die Festsetzung des Termins für das Kolloquium. Dem antragstellenden Arzt ist ein fester Termin mit einer Frist von mindestens vier Wochen anzubieten. Mit Einverständnis des Antragstellers können auch kürzere Fristen vereinbart werden.

7.6 Mit Zustimmung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung kann der Antragsteller das Kolloquium auch bei einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung absolvieren.

7.7 Das Kolloquium kann mit deren schriftlichem Einverständnis mit bis zu vier antragstellenden Ärzten gleichzeitig durchgeführt werden.

7.8 Die Dauer des Kolloquiums soll in der Regel für jeden Arzt mindestens 30 Minuten betragen.

7.9 Die Prüfungsinhalte haben sich auf versorgungsrelevante Sachverhalte, insbesondere auf den vom Antragsteller beantragten Leistungsbereich zu beziehen. Näheres wird für die einzelnen Bereiche in Teil II dieser Richtlinien festgelegt. Die inhaltliche Gestaltung der Kolloquien im einzelnen obliegt der jeweils zuständigen Qualitätssicherungskommission. Werden spezielle ärztliche Fertigkeiten geprüft, ist zu gewährleisten, daß mindestens ein auch in diesen Fertigkeiten besonders erfahrenes Kommissionsmitglied als einer der drei Prüfer am Kolloquium teilnimmt.

7.10 Über den Ablauf des Kolloquiums ist eine Niederschrift anzufertigen. Sie muß enthalten:

- die Namen der Teilnehmer (Antragsteller und Prüfer) und ihre Funktion

- Ort, Tag, Beginn und Ende des Kolloquiums
- Vermerke über die gestellten Fragen und deren Beantwortung
- gegebenenfalls Vermerke über die geprüften ärztlichen Fertigkeiten und deren Beherrschung durch den
- Antragsteller

Die Niederschrift ist von den am Kolloquium teilnehmenden Mitgliedern der jeweiligen Qualitätssicherungskommission zu unterzeichnen.

7.11 Die als Prüfer am Kolloquium beteiligten Mitglieder der Qualitätssicherungskommission befinden unmittelbar nach dessen Abschluß in Abwesenheit des Antragstellers mit einfacher Mehrheit darüber, ob dieser die erforderliche fachliche Befähigung nachweisen konnte. Der Vertreter der Geschäftsstelle "Qualitätssicherung" der Kassenärztlichen Vereinigung hat kein Stimmrecht.

7.12 Hat der Antragsteller die für den beantragten Leistungsbereich erforderliche fachliche Befähigung hinreichend nachgewiesen und liegen die gegebenenfalls darüberhinaus erforderlichen Nachweise und Bescheinigungen vor, erteilt ihm die Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der jeweils beantragten Leistungen.

7.13 Wird die erforderliche fachliche Befähigung nicht hinreichend nachgewiesen, ist die Kassenärztliche Vereinigung berechtigt, dem Antragsteller Hinweise zum Erwerb dieser Befähigung (z.B. Durchführung ärztlicher Tätigkeiten unter Anleitung, Ausgleich von Wissenslücken durch Seminare, Fortbildungskurse) zu geben und die erneute Zulassung zum Kolloquium von der Vorlage entsprechender Nachweise abhängig zu machen.

7.14 Bleibt der Antragsteller dem Kolloquium ohne ausreichenden Grund fern oder bricht er es ohne ausreichenden Grund ab,

gilt der Nachweis der fachlichen Befähigung als nicht erbracht.

7.15 Die erneute Teilnahme an einem Kolloquium für den jeweils beantragten Bereich ist frühestens nach Ablauf von drei Monaten möglich.

7.16 Ärzte, die noch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, können zum Kolloquium zugelassen werden. Wenn sie die jeweilige fachliche Befähigung hinreichend nachgewiesen haben, stellt ihnen die Kassenärztliche Vereinigung eine Bestätigung über die erfolgreiche Teilnahme aus. Diese Bestätigung kann i.V.m. einem Antrag auf Durchführung und Abrechnung der entsprechenden, mit Qualifikationsvorbehalt versehenen Leistungen als Nachweis der fachlichen Befähigung anerkannt werden, sofern zum Zeitpunkt der Antragstellung keine Qualifikationsvereinbarungen oder Richtlinien Inkraft getreten sind, die an die betreffende fachliche Befähigung höhere Anforderungen stellen.

1. Zielgruppen- und Zielsetzung des Handbuches

Zielgruppe

Das Handbuch wendet sich an niedergelassene Ärzte, die schon von ihren zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen zu Qualitätszirkelmoderatoren ausgebildet wurden. Somit haben sie eine erste theoretische, aber auch KV-politische Einführung in die Qualitätszirkelarbeit gewonnen. Das im Handbuch vorgestellte Konzept stellt eine Vertiefung und Weiterentwicklung ihrer Moderatorenkompetenzen dar.

Zielsetzung

Es stellt das Konzept vor

Das Buch stellt ein praxisangepasstes Konzept für Qualitätszirkel vor. Dieses Konzept ist anwendbar für alle chronischen Erkrankungen, die in starkem Maße von der Art und Weise abhängen, wie der Patient mit seiner Erkrankung umgeht. Das wird heute unter dem Terminus Technikus „Therapieselbstmanagement durch den Patienten“ beschrieben. Solche Erkrankungen sind vor allem Diabetes mellitus, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen und die Hypertonie. Das Grundelement des Konzeptes ist die Arbeit mit der Patientenfallkonferenz. Diese wird im weiteren Verlaufe detailliert vorgestellt. Die Moderation eines Qualitätszirkels, der durch Anwendung der Patientenfallkonferenz die Behandlung der oben beschriebenen Krankheitsbilder zu verbessern sucht, wird am Beispiel der Behandlung und Begleitung älterer, zumeist adipöser Typ-2-Diabetiker erarbeitet. Dieses Krankheitsbild wurde ausgewählt, weil in der empirischen Forschung im Rahmen dieses Projektes Hausärzte die Behandlung älterer adipöser Typ-2-Diabetiker als eine der „undankbarsten und frustrierenden“ Arbeitskontexte in ihren Praxen beschrieben haben. Wenn Sie nach Ihrer Ausbildung mit ihrem Qualitätszirkel an diesem Beispiel erlernt haben, die Patientenfallkonferenz als ein erprobtes und für sie gut handhabbares Mittel ihrer Qualitätszirkelarbeit zu benutzen, können Sie es als eines ihrer möglichen Instrumente zur kontinuierlichen Qualitätszirkelarbeit vor Ort benutzen. Sie können es dann auf die oben beschriebenen Krankheiten ohne große Probleme übertragen. Die einzige zusätzliche Unterlage, die Sie dazu brauchen werden, sind die entsprechenden Standards der Fachgesellschaften.

Es ist der Begleittext, der sie in der Arbeit in der Moderatorenakademie unterstützen soll.

Das Buch enthält alle Informationen, die Sie während der Arbeit im Seminar zur Erarbeitung des Konzeptes brauchen. In ihm sind auch Übungssequenzen erhalten, die wir während des Seminars miteinander bearbeiten wollen.

Es ist das Handbuch zur Unterstützung ihrer Moderationsarbeit vor Ort.

Nach Abschluß des Seminars und der Erarbeitung des Konzeptes soll das Handbuch eine Hilfe sein, Ihre Moderation im Qualitätszirkel zu unterstützen. Insbesondere sollen Informationen gegeben werden, die bei Fragen in der Moderationsarbeit nützlich sein können. Daneben enthält es alle Materialien zur Vorbereitung, Organisation und Nachbereitung der Qualitätszirkel.

Es soll sie zum kritischen Reflektieren der hausärztlichen Arbeit anregen, die sie in ihrer Qualitätszirkelarbeit untersuchen und verbessern wollen.

Im Buch haben wir zu jeder Sitzung einen Hintergrundtext eingeführt. Diese Hintergrundtexte sollen sie auf keinen Fall dazu verleiten, Ihre gesamte Arbeit nach den dort vorgestellten Ideen auszurichten. Sie sind vielmehr dazu gedacht, Ihnen Denkanstöße zu geben, wie Sie hausarztgemäßere Sehweisen zum Verstehen der eigenen ärztlichen Arbeit, aber auch der Arbeit im Qualitätszirkel erlangen können. Die Texte sind bewußt kontrovers gehalten, sie stellen keine „Letztwahrheiten“ dar, die so und nicht anders umzusetzen sind, sondern eher kritische Reflexionen, die eigenes Denken und Diskutieren anregen sollen.

2. Aufbau des Handbuches

Themenschwerpunkte

Die folgenden Themenschwerpunkte sollen Sie schrittweise zur Durchführung von Patientenfallkonferenzen als Instrument der Moderation von Qualitätszirkel befähigen.

Dabei wird in folgenden Schritten vorgegangen:

- Die therapeutische Wirklichkeit in der Hausarztpraxis am Beispiel Typ-2-Diabetes
- Das Grundproblem von Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der hausärztlichen Arbeit
- Konzept der Patientenfallkonferenz
- Grundlagen der Moderation von hausärztlichen Qualitätszirkeln
- Hinweise für Organisation und Durchführung der Qualitätszirkel
- Vorstellung der NIDDM Policy Group, Empfehlungen zur Behandlung des Typ-2-Diabetes
- Protokolle für die Vorbereitung jeder Qualitätszirkelsitzung. Diese Protokolle enthalten alle Informationen zur Durchführung der Sitzung sowie gezielte Hinweise auf spezielle Moderationsprobleme, mit denen sie in den Sitzungen konfrontiert werden können. Darüber hinaus enthalten sie die vorgefertigten Protokolle zur Dokumentation jeder einzelnen Qualitätszirkelsitzung.

Daneben enthalten sie den oben vorgestellten Hintergrundtext.

- Hinweise zur Benutzung der speziell für die Qualitätszirkelteilnehmer entwickelten Arbeitshandbücher für teilnehmende Hausärzte in der eigenen Moderationsarbeit des Qualitätszirkels.

(Jeder Teilnehmer Ihres Qualitätszirkels erhält ein Arbeitsbuch für Hausärzte, in dem alle Informationen zum Qualitätszirkel gegeben sind).

3. Arbeit mit dem Handbuch

Arbeit mit dem Handbuch in der Moderatorenakademie

Erschrecken Sie bitte nicht über den Umfang des Handbuches. Es enthält viele Informationen und Formblätter, die Sie nicht sofort lesen oder bearbeiten müssen. Es soll aber alle für Sie notwendigen Informationen und Materialien bereithalten, was letztlich den Umfang erklärt. Wenn Sie es möchten, können Sie das Handbuch vor der Moderatorenakademie bereits lesen. Es hat sich aber als wesentlich sinnvoller erwiesen, das Handbuch während der Akademie zu lesen. Wir geben Ihnen ausreichen Zeit dafür. Sie werden dann, nachdem Sie die entsprechenden Kapitel bearbeitet haben, in einer Kleingruppe diese Kapitel vertiefend diskutieren und aufarbeiten. Dies hat sich als ein sehr effizienter Weg erwiesen.

Im Verlauf des Seminars werden Sie einige Passagen im Text schriftlich bearbeiten und im Plenum oder in Ihrer Kleingruppe diskutieren. Darüber hinaus haben wir Seiten vorgesehen, in denen Sie eigene Notizen vermerken können, die Sie dann später in der eigenen Moderatorentätigkeit nutzen können.

Arbeit mit dem Handbuch vor Ort

Sie sollten die Protokolle zur jeweiligen Qualitätszirkelsitzung am Tag durchlesen, an dem der Qualitätszirkel auch stattfindet. Wir haben am Ende eines jeden Protokolls einige wichtige Merksätze in einen Memokasten gesetzt. Sie können diese Seite aus dem Handbuch entfernen und diesen Memokasten als Moderationskarte, quasi als Ihren sehr einfachen Leitfaden für die Arbeit im Zirkel als Moderationskarte benutzen. Das hat sich sehr bewährt, denn Moderatoren sind in der Moderationsarbeit oft angespannt. Häufig macht diese Anspannung und der Druck, den Zirkel gut zu moderieren es unmöglich, sich genau an die Dramaturgie der Patientenfallkonferenz zu halten. Wir haben deshalb mit Kollegen zusammen die Idee entwickelt, für jede Sitzung eine möglichst knappe Moderationskarte vorzuhalten.

Dokumentation der Qualitätszirkelarbeit

Im Handbuch sind zu den sechs Sitzungen vorbereitete Dokumentationsprotokolle enthalten. Anstelle dieser Protokolle können Sie dann die kopierten Protokolle der Qualitätszirkelsitzung (den genauen Umgang mit den Protokollen werden Sie im Seminar erlernen) abheften. Sie können dann immer im nachhinein die theoretischen Vorgaben zur Qualitätszirkelarbeit mit dem, was der Qualitätszirkel wirklich erarbeitet hat, vergleichen.

Die empirische Datenbasis beruht auf folgenden Erhebungen:

- mit 200 Hausärzten im Rahmen von 12 Fortbildungsveranstaltungen sowie zwei Ausbildungsveranstaltungen von Qualitätszirkelmoderatoren geführte und über Metaplan strukturierte Gruppeninterviews. 23 qualitative teilstrukturierte Einzelinterviews mit Hausärzten.
- 20 qualitative teilstrukturierte Einzelinterviews mit älteren adipösen Typ-2-Diabetikern.
- Befragung von 41 Hausärzten, die an Qualitätszirkelsitzungen teilgenommen haben durch einen strukturierten Fragebogen sowie Befragung von 96 älteren Typ-2-Diabetikern, die von diesen Hausärzten behandelt wurden.

Hausärzte (Gruppeninterviews)

- 70.000 Hausärzte sind das letzte, bundesweit flächendeckend funktionierende psychosoziale Betreuungsnetzwerk gerade älterer Patienten.
- Die Typ-2-Diabetiker-Behandlung ist eine längerfristige therapeutische Beziehung. Das mittlere Niederlassungsalter von Hausärzten liegt bei ca. 35 Jahren, so daß bis zum Ruhestand 30 Jahre Verfügbarkeit des Hausarztes bestehen. Über 90 Prozent der über 60jährigen Typ-2-Diabetiker, die länger als zwei Jahre an eine Hausarztpraxis gebunden sind, werden diese bis zu ihrem Tode nicht mehr wechseln.
- Die Selbsteinschätzung des vorhersehbaren Behandlungserfolges bei übergewichtigen Typ-2-Diabetikern wird mit 0 bis 15 Prozent angegeben.
- Die Einstellung gegenüber chronisch adipösen und stoffwechseldekompenzierten Patienten ist von Frustration, Resignation, teilweise heftigster Entwertung und Hilflosigkeit gekennzeichnet.
- Nur 10 % der Befragten kannten die NIDDM Policy-Group-Empfehlungen als Standard für die Typ-2-Diabetiker-Behandlung.

- In Einzelinterviews brachten alle befragten Ärzte das Bild eines unendlichen "Katz-und-Maus-Spieles" zwischen Typ-2-Diabetikern und Ärzten in die Diskussion und kommentierten dieses mit Begriffen wie
 - o "Sich müde kämpfen",
 - o "Gegen Windmühlenflügel kämpfen",
 - o "Das Spiel lässt Ärzte erlahmen".

Fazit eines Hausarztes: Was können wir denn machen, bevor wir sagen, wir können gar nichts machen?

Ältere Typ-2-Diabetiker (Einzelinterviews)

- Von den 20 Befragten gab keiner an, daß der Diabetes mellitus zu seinen bedeutenden Lebensproblemen gehöre.
- Die bedeutenden Lebensprobleme waren: Materielle Verelendung bis hin zur Sozialhilfebedürftigkeit, zunehmendes Leiden unter dem Mangel an tragfähigen und konstanten sozialen Kontakten.
- Alle befragten Diabetiker hatten die Idee, daß man Ärzten immer das sagen soll, was man als Patient glaubt, was Ärzte von einem hören wollen.

Ergebnisse der Befragung von Hausärzten sowie deren Patienten im Rahmen der Evaluation des Qualitätszirkelprojektes mittels Fragebogen

- Ärzte: n = 41
- Patienten, deren Behandlungsverlauf von den Ärzten als gut eingeschätzt wird: n = 48
- Patienten, deren Behandlungsverlauf von den Ärzten als schlecht eingeschätzt wird: n = 48

Thema "Ärzte und Arbeitszufriedenheit"

- Selbsteffizienz
 - o 61 % glauben, die Gesundheit ihrer Patienten positiv zu beeinflussen; 39 % stimmen dem nur teilweise zu
 - o 34 % zweifeln daran, einen guten Kontakt zu ihrem Patienten herstellen zu können
 - o 30 % sind, was ihre Typ-2-Diabetiker angeht, unzufrieden mit ihren Leistungen als Arzt

- Burnout
 - o 65 % fühlen sich durch die Behandlung von Typ-2-Diabetikern frustriert
 - o 60 % wissen häufig bei Typ-2-Diabetikern wirklich nicht mehr weiter
 - o 40 % fühlen sich, nachdem ein Typ-2-Diabetiker bei ihnen war, ganz erledigt
 - o 20 % haben das Gefühl, bei der Diabetesbetreuung nicht genug zu leisten; 54 % stimmen dem teilweise zu
 - o 80 % wünschen sich mehr Unterstützung bei der Diabetesbehandlung

Thema "Arzt-Patienten-Beziehung"

- 78 % der Ärzte glauben, daß ihre Patienten sich von ihnen Zuwendung wünschen
- 75 % der Patienten wünschen sich mehr Zuwendung
- 70 % der Ärzte glauben, daß ihre Patienten zufrieden mit ihnen sind
- 98 % der Patienten geben an, zufrieden mit ihrem Arzt zu sein
- 40 % fühlen sich, nachdem ein Typ-2-Diabetiker bei ihnen war, ganz erledigt
- 96 % der Patienten fühlen sich nach einem Arztbesuch besser

Thema "Patienten"

Worin unterscheiden sie sich am deutlichsten?

- Diät
 - o 8 % der "Guten" vs. 35 % der "Schlechten" haben mehr als drei Gewichtsreduktions-Diäten hinter sich
- Allgemeine Einstellung
 - o 4 % der "Guten" vs. 35 % der "Schlechten" geben an, daß sie so viel durchgemacht hätten, daß ihre Gesundheit ihnen nicht mehr so wichtig ist
- HbA1c
 - o 7,6 bei den "Guten" vs. 8,9 bei den "Schlechten"

Der hausärztliche Qualitätsbegriff in der Diabetiker-Betreuung

(qualitative Befragung von 16 Hausärzten)

- Jemand erhofft sich von mir einen Rat bezüglich seiner Gesundheit und Probleme, die ihn bedrücken.
- Mein bestes geben, meine Grenzen kennen, an gute Fachärzte überweisen.
- Gute Diagnostik, angemessenes Handeln.
- Lebensqualität erhalten, helfen, Probleme zu lösen.
- Integration der sozialen Lebenswelt des Patienten.
- Verhaltensweisen der Patienten akzeptieren!
- Vertrauen gewinnen!
- Patienten eine gute Handlungsorientierung geben.
- Die Fähigkeit, das was ich sagen möchte, auch dem Patienten herüberzubringen.
- Gegenseitige Offenheit und Ehrlichkeit.
- Begleiten.
- Gegenseitige Akzeptanz.
- Ausreichende Diagnostik und Anamnese.

- Kooperation zwischen Patient und Arzt sollte gegeben sein, aber ich muß dabei federführend sein.
- Ich muß Vorbild sein.
- Ärzte müssen Kompromisse machen und als Ärzte entscheiden, ob sie das vertreten können.

Würdigung der empirischen Befunde

Ziele hausärztlicher Behandlungsqualität

- Angebot einer längstfristigen, zuverlässigen und wertschätzenden Begleitung des Typ-2-Diabetikers in seiner sozialen, familiären, beruflichen und emotionalen Wirklichkeit.
- Unterstützung des Patienten, seinen Lebensplan und somit auch seinen Begriff von Lebensqualität als Diabetiker verwirklichen zu können (navigative hausärztliche Kompetenz).
- Hochwertiges Angebot an Diagnostik, Beratung und Therapie für den Patienten in dem Sinne, daß der Patient ein bestmögliches Angebot bekommt, um sich nach seinem Maß für dieses Angebot entscheiden zu können (therapeutische und Begleitungskompetenz).

Probleme in der Qualitätsentwicklung

- Die Arbeit mit Diabetikern wird als belastend, frustrierend und eher resignationsbringend erlebt.
- Typ-2-Diabetiker scheinen ein gering ausgeprägtes Krankheitsbewußtsein zu haben, so daß sie auch nur einen geringen Veränderungsdruck für sich verspüren.
- Die Beziehung von Ärzten und Patienten ist durch ein „ewiges und sinnloses Spiel“ gekennzeichnet.

- Die biographischen, sozialen und somatologischen Spielräume zur gelingenden Behandlung von Typ-2-Diabetikern scheinen eher gering eingeschätzt zu werden.
- Die fachwissenschaftlichen Anforderungen beziehen sich allein auf die Qualität der somatologischen Therapie in Verkennung der vielschichtigen, psychosozialen und therapeutischen Grundprobleme, die sich in der hausärztlichen Typ-2-Diabetikertherapie ergeben.

Ein erster Erklärungsversuch!?

Vor dem Hintergrund dieser erhobenen Befunde wurde in der Arbeit mit Hausärzten immer wieder deutlich, welche gravierenden Probleme die Hausärzte in der Begleitung ihrer älteren Typ-2-Diabetiker verspürten, daß jedoch eine klare mit definierten Begriffen vollziehbare Beschreibung dieser Probleme im Verlauf des Forschungsprozesses möglich war. Dies führte oft dazu, daß letztlich mit Umschreibungen gearbeitet werden mußte, die aber wenig lösungstauglich waren. Es ergaben sich daher Fragen, ob es Theoriebildungen gibt, die die beschriebene Situation so erklären können und daß daraus abgeleitet praktische Lösungsideen für Hausärzte entstehen können. Im folgenden soll eine solche Theorie, nämlich die Professionalisierungstheorie, vorgestellt werden.

Die Professionalität hausärztlichen Handelns

Im Laufe der Arbeit waren wir sehr verwundert, daß fast immer der Begriff der Professionalisierung im Zusammenhang mit Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung gebraucht wurde. Fragt man jedoch danach, was dieser Begriff eigentlich bedeutet, so kommen völlig vage und undefinierte Äußerungen.

Die Professionalisierungstheorie ist eine Anfang der 80er Jahre von Oevermann entwickelte Theoriebildung, die soziologisch beschreibt, daß es einen sehr bedeutsamen Unterschied zwischen Berufstätigkeit und professionellem Handeln gibt. Diese Theorie ist dann in den 90er Jahren von Doris Schäfer aufgenommen und gerade für den Bereich der Gesundheitsberufe überarbeitet worden.

Beamter - Arbeitnehmer – Professioneller

Zuerst müssen diese drei Begriffe genauer definiert werden. Es wird darüber möglich, die spezielle Bedeutung hausärztlichen Handelns besser zu verstehen.

Beamter

Ein Beamter ist ein Arbeitnehmer, der im Staatsdienst steht. Das Spezifikum seines Beamtenstatus ist, daß er für den Staat hoheitliche Aufgaben übernimmt und letztlich vollständig von diesen abhängt. Die Durchführung hoheitlicher Aufgaben wird vollständig vom Staat vorgeschrieben, ihre Umsetzung vom Staat überwacht. Damit steht der Beamte in einem extremen Abhängigkeitsverhältnis zu seinem Dienstherrn, was auch mit Begriffen von Treuepflicht für den Beamten, aber auch Fürsorgepflicht für seinen Dienstherrn, beschrieben wird.

Arbeitnehmer

Ein Arbeitnehmer ist einfach ein Bürger, der eine bestimmte Arbeitsleistung seinem Arbeitgeber gegen Entgelt zur Verfügung stellt. Dabei kann seine Qualifikation vom Status des ungelerten Arbeiters bis hin zum Status des höchstqualifizierten Akademikers reichen. Der Arbeitnehmer wird mit der Herstellung von Produkten oder mit der Bereitstellung von Dienstleistungen beauftragt. Das Verhältnis zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber ist ein sachorientiertes, im Bereich des freien Marktes.

Professioneller

Ein Professioneller steht genau zwischen den beiden oben genannten Berufsgruppen. Heinemann hat 1972 beschrieben, daß die Aufgabe des Professionellen die „Kontrolle der irrationalen Potentiale in der Gesellschaft ist“. „In dieser Funktion ist der Professionelle ein Vermittler zwischen dem Klienten, der Gesellschaft und der Wissenschaft, der er selbst angehört.“ Übersetzt man dies, so heißt das nichts anderes als daß der Staat bestimmte Bereiche erkannt hat, in denen er sich mit seiner hoheitlichen Autorität nicht engagieren will, die er aber auf der anderen Seite nicht den Kräften des freien Marktes überlassen will. Dieser Bereich ist eben genau der Bereich der „irrationalen Potentiale in der Gesellschaft“. „Irrationale Potentiale der Gesellschaft sind Krankheit, Leid, Schmerz, Tod, Verrücktheit,

Delinquenz, Trauer, Religion, Mythen, Behinderung, Demenz usw.“ Diese irrationalen Potentiale lassen sich vom Staat nicht auf hoheitlicher Ebene durch Beamte kontrollieren und regeln, da hier dauernd Wertekonflikte vorprogrammiert sind. So hat sich in der Tradition des 19. Jahrhunderts ergeben, bestimmte Berufsgruppen zu professionalisieren. Unter Professionalisierung versteht man, daß eine bestimmte Berufsgruppe, die über eine bestimmte, in der Regel akademische Qualifikation verfügt, vom Staat hoheitliche Rechte übertragen bekommt, damit sie dann im Auftrag des Staates – aber als unabhängige Körperschaft – in seinem Sinne diese irrationalen Potentiale kontrollieren kann. Die drei typischen professionellen Berufsgruppierungen und ihre Aufgaben und Rechte sind:

Professionen

Status	Berufsgruppe	Hoheitliche Aufgaben + Rechte	
Professionen	Ärzte	<ul style="list-style-type: none"> • Totenschau • Psych KG • Kontrolle irrationaler Potentiale (Krankheit) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kammerfähigkeit • KV-en • Schweigepflicht • Ausbildungshoheit • Ärztegerichtsbarkeit • QM Hoheit
	Juristen	<ul style="list-style-type: none"> • Beurkundung (Notare) • Freie Rechtsgeschäfte • Geschützter Umgang mit Delinquenz 	<ul style="list-style-type: none"> • Kammerfähigkeit • Mandantenschutz • Gerichtsfähigkeit
	Theologen	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung (Priester) • Soziale, Rechtsfähige Aufgaben 	<ul style="list-style-type: none"> • Schweigepflicht • Tendenzschutz

Daneben gibt es noch die sogenannten Semiprofessionen. Hier insbesondere Helferberufe wie Sozialpädagogen, Sozialarbeiter und krankenpflegende, die ähnliche Aufgaben für den Staat übernehmen, die aber aufgrund historischer Entwicklung nicht mit den gleichen Rechten wie die klassischen Professionen ausgestattet sind.

Fast man das zusammen, so läßt sich sagen, daß der Professionelle gesellschaftliche Aufgaben für den Staat übernimmt, derer sich der Staat aufgrund mannigfacher Konfliktfelder entledigen will und dafür vom Staat mit ganz besonderen Rechten wie aber auch Pflichten ausgestattet wird.

Professionalität

Definition

Übertragung von sonst hoheitlichen Aufgaben auf bestimmte Berufsgruppen. Ziel ist die „Auslagerung“ der Aufgabe, „Irrationale Potentiale der Gesellschaft“ von Professionen kontrollieren zu lassen (Krankheit, Leid, Alter, Verrücktheit, Sucht, Tod, Delinquenz, freier Rechtsverkehr, Metaphysik, Mythos, Mord etc.)

Um dies zu ermöglichen, stattet der Staat die Professionen mit hoheitlichen Rechten aus und gewährt ihnen weitestgehende Unabhängigkeiten von staatlichen und nichtstaatlichen Institutionen. Erwartet werden dafür zentralwertbezogene Leistung auf dem Boden universellen Wissens.

(Siebolds 1997)

Die fünf Kategorien der Professionalität

Das Gesellschaftliche Mandat

Unter „gesellschaftlichem Mandat“ versteht man die Aufgaben, die der Staat einer Profession überträgt. Im Fall der Ärzteschaft sind dies Kontrolle von Tod, Krankheit, Sieche, Schmerz, Leid, Verrücktheit, Alter und Demenz, Behinderung etc. Die Anforderungen an die Profession Arzt lautet also, diese irrationalen Potentiale so zu kontrollieren, daß sie für die Gesellschaft handhabbar werden. Dieses gesellschaftliche Mandat und die damit verbundenen hoheitlichen Aufgaben verkörpern sich in der spezifischen berufsständischen Struktur des Ärztestandes. Dies sind Kammerhoheit der Ärzte, d.h. Selbstverwaltung der inneren Angelegenheiten der Ärzteschaft bezüglich Ehrengerichtbarkeit, Standesordnung, Ausbildung und politische Vertretung des Ärztestandes. Daneben existiert für die Gruppe der niedergelassenen Ärzte die Hoheit, sich in kassenärztlichen Vereinigungen zu organisieren, die die komplette Mittelverteilung für diesen Bereich in eigener Rechtshoheit im Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts ausübt. Zu guter letzt hat der Staat Ärzten besondere Rechtsvollmachten eingeräumt. Exemplarisch sei hier auf das Psychiatrie-Krankengesetz hingewiesen, das einem Arzt erlaubt, nach Feststellung einer Eigen- oder Fremdgefährdung in der Folge einer Geisteskrankheit Verfassungsrechte eines Patienten ohne weitere juristische Klärung für 24 Stunden außer Kraft setzen zu können, was ein ganz enormes Recht bedeutet. Daneben besteht die ärztliche Schweigepflicht, die andere Rechtsgüter außer Kraft setzt, denkt man doch daran, daß bis auf Kapitalverbrechen die ärztliche Schweigepflicht dem Arzt verbietet, ihm zur Kenntnis gekommene Straftaten zur Anzeige zu bringen.

Zentralwertbezogene Leistungen

Unter zentralwertbezogene Leistung versteht man die Leistung, die die Ärzteschaft bezogen auf die oben vorgestellten Anforderungen des gesellschaftlichen Mandates zu erbringen hat. Diese Leistungen sind traditionell die Kontrolle irrationaler Potentiale der Gesellschaft, wie sie oben beschrieben wurden. Heute aber immer mehr auch die Gewährleistung, daß die gesellschaftlichen Ressourcen für die Krankenversorgung letztlich ausreichen, um das Gebot der Sozialstaatlichkeit - nämlich jedem Bürger eine umfassende Ge-

sundheitsversorgung zu gewährleisten - reichen. Das Problem der Ärzteschaft ist, daß diese zentralwertbezogene Leistung in der Regel nicht oder nur in ungenügender Form formuliert, benannt und politisch diskutiert sind.

Universelles Wissen

Unter universellem Wissen versteht man das Wissen, das ein Professioneller braucht, um mit einem realen Patienten in einer realen Situation, in einer realen gesellschaftlichen Wirklichkeit sinnhaft therapeutisch arbeiten zu können. Universelles Wissen hat demnach zwei Anteile, nämlich einen *fachwissenschaftlichen* und den des *erfahrungsgeführten Berufswissens*. Unter *Fachwissen* ist heute in der Regel das naturwissenschaftliche Wissenschaftskonzept derzeitiger Medizin zu verstehen. Interessant ist natürlich, daß es nicht nur naturwissenschaftliche Ideen zur Behandlung chronisch Kranker gibt, sondern gerade aus der Psychosomatik bekannt geisteswissenschaftlich geführte Konzepte der Behandlung, wie sie etwa in der systemischen Familientherapie oder auch in der Psychoanalyse angewendet werden. Unter *erfahrungsgeführtem Berufswissen* versteht man für Ärzte das, was im allgemeinen mit dem Begriff „klinische Erfahrung“ gemeint ist. Also, die Summe aller Erfahrungen eines Behandlers, die Summe aller Möglichkeiten, die in seiner Person, die durch seine biographische Entwicklung geprägt ist, liegen. Dies sind insbesondere geschärfte Wahrnehmung, Empathiefähigkeit, Intuitionsfähigkeit, Fähigkeit zur sozial-kompetenten Kommunikation, Fähigkeit zum sozial-kompetenten Agieren in sozialen Wirklichkeiten wie der Arzt/Patientenbeziehung aber auch wie in der Interaktion zwischen Arzt, Familien und anderen gesellschaftlichen Gruppen. Völlig unbeachtet ist die Fähigkeit, Leid, Schmerz, Hilflosigkeit und elementarer Begrenztheit zu ertragen. Entscheidend ist hier das Wort „Integration“. Für die Ärzteschaft übersetzt bedeutet dies, daß die bisher unreflektierte Dominanz naturwissenschaftlichen Denkens einzuschränken ist und das was bisher eher bei-läufig als klinische Fähigkeit des Arztes diskutiert wird, von ebenso großer Bedeutung ist. Dieser Sachverhalt soll noch im Problemkontext der De-Professionalisierungs-Problematik hausärztlicher Arbeit genau diskutiert werden.

Klientenautonomie

Ärzte handeln meistens in Wirklichkeiten, die eher von Verlust als von Gewinn gekennzeichnet sind. Hier unterscheiden sich übrigens Klinik- und Hausärzte enorm, weil Klinikärzte viel eher technik- und erfolgsorientiert arbeiten, Hausärzte viel eher in der langfristigen komplexen Begleitung von Patienten, die einfache Erfolgsdefinitionen, wie sie in der Klinik möglich sind, nicht zulassen. Zumeist arbeiten gerade Hausärzte in Feldern, in denen durch chronische Krankheit und Multi-Morbidität wie auch durch schwierige soziale Umfeldbedingungen deutlich weniger an offensichtlichem Erfolg möglich ist als im Kontext der klinischen Arbeit mit meist akuten Erkrankung. Die Ärzte müssen davor geschützt werden, von ihren Patienten für nicht von ihnen verschuldetes Scheitern der Therapien dauernd verantwortlich gemacht zu werden. Daneben müssen Ärzte von ihren Patienten ausreichend unabhängig sein, um das gesellschaftliche Mandat vertreten zu können. Gerade diese Klientenautonomie wird aber zunehmend schwieriger, da auf der einen Seite Ärzte Verwalter eines massiven Ressourcenmangels sind und Therapien in extrem schwierigen sozialen Situationen leisten müssen. Die Ressourcen, die ihnen für das Erbringen dieser Leistung zur Verfügung gestellt werden, nehmen aber immer mehr ab. Daneben entsteht ein Spannungsfeld zwischen dieser notwendigen Klientenautonomie und dem Wunsch der Hausärzte, mit ihren Patienten als gleichberechtigten Partnern therapeutisch arbeiten zu wollen.

Institutionsautonomie

Unter Institutionsautonomie versteht man etwas ähnliches wie unter Klientenautonomie. Die Ärzte können das gesellschaftliche Mandat am Patienten nur vollziehen, wenn sie für nicht schuldhaftes Scheitern ihrer Therapien von Institutionen nicht haftbar gemacht oder sanktioniert werden. Übersetzt heißt dies, daß gerade Hausärzte, die ja in extrem schwierigen Behandlungskontexten arbeiten, und von Organisationen, wie kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen, unabhängig sein müssen. Diese notwendige Unabhängigkeit wurde früher durch eine unproblematische Entlohnung des Arztes sichergestellt. Heute kommen Niedergelassene auf zwei Ebenen beim Thema Institutionsautonomie unter Druck:

- Es besteht eine extreme Abhängigkeit von Krankenversicherungen und Krankenkassen, die durch immer schwierigere Entgeltsysteme den Hausarzt zu nicht nachvollziehbarem Handeln zwingt, um noch ein ausreichendes Einkommen zu erwirtschaften.
- Auf der anderen Seite steht der zunehmende „Qualitätsdruck“ durch KV-en und Krankenkassen. Die Qualitätsbegriffe sind – wie oben beschrieben – hausarztfern und unter realistischen Praxisbedingungen schwer oder gar nicht umsetzbar. Dieser Tatbestand schränkt die notwendige Institutionsautonomie so ein, daß letztlich eine „als-ob-Medizin“ entsteht.

Professionalitätstheorie

(nach Schaffer 1994)

<ul style="list-style-type: none"> • Gesellschaftliches Mandat 	<p>Ärztliches Handeln als Kontrolle des Irrationalen: (Heinemann 1992)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krankheit / Leid / Alter / Verrücktheit / Sucht / Tod
<ul style="list-style-type: none"> • Zentralwert bezogene Leistung des Arztes 	<p>Alle Leistungen, die Ärzte zur Erbringung des gesellschaftlichen Mandates ausführen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapie • Begleitung • Umsetzung hoheitlicher Aufgaben / Psych. KG / Gutachten
<ul style="list-style-type: none"> • Universelles Wissen des Arztes 	<p>Integriert wissenschaftliches Fachwissen und erfahrungsgeführtes Berufswissen (Klinik)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Klientenautonomie des Arztes 	<p>Unabhängigkeit vom Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetenz gesellschaftliche Mandate umzusetzen • Sich vor nicht schuldhaftem Scheitern schützen
<ul style="list-style-type: none"> • Institutionsautonomie des Arztes 	<p>Unabhängigkeit von Institutionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetenz gesellschaftliche Mandate umzusetzen • Sich vor nicht schuldhaftem Scheitern schützen

Zum Problem der „De-Professionalisierung“

Hat man einmal die Theorie der Professionalität dargelegt, so stellt sich die Frage, wie man damit die im Rahmen der Untersuchung vorgestellten Befunde deuten kann. Eine der interessantesten Deutungsmöglichkeiten ist es, die vorgefundenen Befunde als Zeichen einer De-Professionalisierung hausärztlicher Arbeit zu deuten.

De-Professionalisierung

Der Professionelle handelt dann professionell, wenn er jeden Teil seines realen Handelns theoriegeführt erklären kann oder wenn er zu Vorstellungen von möglichen Handeln durch das Planen solcher Handlungen, aufbauend auf theoretischen Erklärungen, gelangt.

De-Professionalisierung hat nun zwei Richtungen, in die sie laufen kann.

Das Expertentum

Unter Expertentum versteht man ein Handeln, das dadurch *nicht mehr professionell ist, weil es nur noch von fachwissenschaftlichen Erkenntnissen geführt wird*. Ein Experte ist also jemand, der alles wissenschaftsgeführt erklären und begründen kann, aber nicht mehr in der Lage ist, in einer realen Behandlungswirklichkeit – wie einer Hausarztpraxis – Menschen zu behandeln.

Der Laie

Ein Laie ist jemand, der vielleicht alles tun kann, aber nichts von dem was er tut theoriegeführt und wissenschaftlich erklären kann. Damit wird auch deutlich, worin sich therapeutische Maßnahmen, die durch nicht ausgebildete Laien durchgeführt werden, sich dennoch von wirklich professionellen Therapien unterscheiden.

Deprofessionalisierung (im ärztlichen Handeln)

Deprofessionalisierung ←		Professioneller	→ Deprofessionalisierung
Experte			Laie
<ul style="list-style-type: none"> • kann alles erklären • nicht fähig zu alltäglich realem professionellen Handeln 	<ul style="list-style-type: none"> • kann alles was er tut und plant theoriegeführt erklären und begründen • fähig, im Behandlungsalltag praktisch zu handeln 	<ul style="list-style-type: none"> • kann unter Umständen vieles tun • kann aber nichts theoriegeführt begründen 	
<ul style="list-style-type: none"> • Medizinischer Experte 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausarzt 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient 	
(Forscher, Universitäre, Therapeut, Klinikarzt) Protagonist von reiner Wissenschaft „Evidence based medicine“	Die Ärzteschaft als Profession dient als Vermittler zwischen Einzelnen, Gesellschaft und Wissenschaft, die selbst Teil der Gesellschaft ist	Therapie mit Hausmitteln	

Wendet man diese oben beschriebenen Gedanken nun auf die Ergebnisse der empirischen Untersuchung an, so läßt sich die De-Professionalisierung letztlich nicht nur auf der Ebene des universellen Wissens, also in der Spannung zwischen Expertentum und Laienhandeln, feststellen, sondern auf allen fünf Ebenen der Professionalität.

Gesellschaftliches Mandat

Das gesellschaftliche Mandat der Ärzte war bisher dadurch gekennzeichnet, daß sie irrationale Potentiale in der Gesellschaft kontrollieren sollen. Dazu wurden sie im Nachkriegsdeutschland mit allen notwendigen organisatorischen und finanziellen Mitteln ausgestattet. Seit Ende der 80er Jahre kommt jedoch ein völlig neues gesellschaftliches Mandat hinzu, nämlich die Aufgabe, diese Kontrollfunktion bei immer knapper werdenden finanziellen

Ressourcen dennoch zuverlässig auszuführen. Hier liegt eine Doppelbotschaft vor. Denn jeder real behandelnde Arzt weiß, daß die bisher benutzten Strategien zur Kontrolle irrationaler Potentiale sehr kostenträchtig waren. Die zur Zeit bestehenden Einsparungstendenzen gefährden diese bisher tauglichen Strategien zur Kontrolle irrationaler Potentiale. Dabei sei darauf hingewiesen, daß nicht nur die Gesellschaft vertreten durch ihre Repräsentanten die Ärzte mit der Kontrolle irrationaler Potentiale beauftragt hat, sondern letztlich jeder einzelne Bürger selbst. In den letzten Jahren hat sich eine enorme „Heilserwartung“ an die medizinische Wissenschaft entwickelt, in der der Glaube entstand, daß Medizin, wenn sie nur intensiv und weit genug forscht, diese von allen gefürchteten irrationalen Potentiale von Tod, Begrenztheit, Verrücktheit, Demenz und Behinderung beherrschen könnte. So formuliert jetzt nicht nur die Gesellschaft in ihren Organen, sondern auch jeder einzelne Bürger diesen Anspruch an die professionell tätigen Ärzte. Diese beiden Protagonisten stehen sich jedoch unversöhnlich gegenüber. Klagt die Gesellschaft eine strikte Kostenreduktion um der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens ein, so fordert der einzelne Bürger weiter jedes nur erdenkbare Geld, um sein Wunsch nach Kontrolle beängstigend irrationaler Potentiale sicherzustellen. Dieses gesellschaftliche Mandat stellt sich in Form einer Doppelbotschaft dar, die letztlich real-praktisch handelnde Ärzte in ihrem Arbeiten zum Scheitern verurteilt.

Zentralwertbezogene Leistungen

Hier kommt es zu einer Aufspaltung zwischen Medizin und Ärzteschaft. Naturwissenschaftliche Mediziner definieren als zentralwertbezogene Leistung, bezogen auf das gesellschaftliche Mandat, das unendliche Erforschen neuer Behandlungsmöglichkeiten, um mit ihnen die irrationalen Potentiale auf streng naturwissenschaftlicher Basis beherrschen zu können. Hausärzte dagegen sehen ihr gesellschaftliches Mandat wesentlich mehr in der langfristigen psychosozialen Begleitung ihrer Patienten, im Beistand geben und in der Integration somatologisch naturwissenschaftlicher und psychosozialer Therapieanteile. Weil die zentralwertbezogenen Leistungen durch den Widerspruch der Heilsversprechung der naturwissenschaftlichen Medizin und dem Umgang mit von Begrenzung geprägter Realität durch Hausärzte gekennzeichnet ist, gelingt es der Ärzteschaft nicht, ein einheitliches Angebot zentralwertbezogener Leistung, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der realen Umsetzbarkeit dieser zentralwertbezogener Leistung, zu machen.

Universelles Wissen

Hier zeigt sich am stärksten die Polarisierung zwischen Medizin und Ärzteschaft. Die Medizin fordert als den Idealtyp des Behandlers, vertreten durch ihren Protagonisten in Forschungszentren und Universitätskliniken, den „absoluten Experten“, der über die ganze Breite medizinisch wissenschaftlichen Wissens verfügt. Er soll streng auf dem Boden naturwissenschaftlicher Forschung behandeln und wird letztlich „*unprofessionell*“, weil er ein *Experte ist*. Ihm steht die klassische Ärzteschaft gegenüber – hier besonders die Hausärzte –, die aufgrund ihrer Sozialisation von der Integration fachwissenschaftlicher Inhalte und erfahrungsgeführten Berufswissen gekennzeichnet sind. Bei der derzeitigen Übermacht der „Expertenlobby“ innerhalb der Medizin kommen Hausärzte mit ihrem realitätsangepassten Behandlungsangebot immer mehr „unter die Räder“. Die *De-Professionalisierung* im Kontext der Qualitätsentwicklung zeigt sich daran, daß Qualität nur noch an naturwissenschaftlich meßbaren Parametern gemessen wird. Andere als diese Parameter, nämlich Patienten- und Arztzufriedenheit, die Leistung der sozialen Integration chronisch Kranker sowie die Leistung eines orientierenden Angebotes, um Patienten ein hohes Maß an Verwirklichung eigener Lebenspläne zu ermöglichen, bleibt völlig ungewertet. Hausärzte spüren dies, und ein Teil der enormen Widerstände gegenüber Qualitätsentwicklungsmaßnahmen sind sich sicher auf diesen Konflikt zurückzuführen.

Klientenautonomie

Hier läuft die *De-Professionalisierung* durch die immer größer werdende Abhängigkeit von Ärzten ihren Patienten gegenüber. Diese ist einerseits durch einen zunehmenden juristischen Druck, den Patienten auf Ärzte ausüben, gekennzeichnet, zum anderen auch dadurch, daß es mannigfache finanzielle wie emotionale Abhängigkeiten den Patienten gegenüber gibt. Hier steht die Angst, Patienten zu verlieren, da der Arzt ihre Ansprüche nicht befriedigen kann, sowie die daraus erwachsenden „Versagensgefühle“ des Arztes an erster Stelle. So läßt sich der Begriff vom „fordernden Patienten“ gut verstehen. Die Unabhängigkeit des Arztes, die ihm ermöglicht, das gesellschaftliche Mandat dem Patienten gegenüber zu vertreten und seine Entscheidung nach bestem Wissen und Gewissen zu fällen wird unter diesem Druck immer weiter eingeschränkt. Die Folge ist eine katastrophale De-Professionalisierung. Ärzte werden letztlich nur noch zu „Jasagern“, die unrealistische Erwartungen ihrer Patienten an Behandlungsmöglichkeiten durch völlig verzweifelt Agieren zu erfüllen versuchen.

Institutionsautonomie

Die Abhängigkeit der Ärzte in ihrem Handeln von Institutionen wird immer größer. In den Kliniken von Krankenkassen, in den niedergelassenen Praxen von kassenärztlichen Vereinigungen. Bei vollständig verrückten Entgeltsystemen wird der Arzt aufgrund seiner existentiellen Abhängigkeit von diesen Geldgebern gezwungen, teilweise völlig verrückte therapeutische Handlungen zu vollziehen. Insbesondere wird er gezwungen, unter Umständen völlig unnütze, den Patienten belastende und ihrer eigenen Überzeugung zumeist zuwiderlaufende diagnostische und therapeutische Prozeduren abzuwickeln, um ausreichend Einkommen für ihre Arbeit zu erzielen. Gerade diese Abhängigkeit von Geldgebern dürfte eine der größten Ursachen für den enormen Kostenverbrauch im Gesundheitswesen sein, da Hausärzte immer mehr zur Durchführung einer „Als-Ob-Medizin“ gezwungen werden, die so „de-professionell“ ist, daß sie oft nicht mehr erklärbar ist.

Zusammenfassung

Bringt man die empirische Erhebung sowie die Professionalitätstheorie zusammen, so stellt sich die interessante Frage, wie eigentlich ein Qualitätsentwicklungsinstrument und -konzept für Hausärzte beschaffen sein müßte. Als Ergebnis unserer Forschungen läßt sich folgendes Anforderungsprofil darstellen:

- Qualitätsentwicklungsinstrumente für Hausärzte müssen *re-professionalisierend* sein. Sie müssen sich mit den gesellschaftlichen Anforderungen an den Hausarzt, bezogen auf die gesellschaftlichen Mandate, beschäftigen. Sie müssen dem Hausarzt ermöglichen, sinnhafte zentralwertbezogene Leistung seinerseits zu definieren, um den eigenen Standort zu finden und die notwendige Diskussion über den Sinn für sein therapeutisches Handeln führen zu können.
- Sie müssen universelles Wissen, das als Grundlage der hausärztlichen Arbeit gelten kann, wieder in der wissenschaftlichen Diskussion hoffähig machen. So muß bei der großen Masse von chronisch-polymorbidkranken älteren Patienten die Integration naturwissenschaftlichen Fachwissens und erfahrungsbezogenen Berufswissens wieder akzeptiert werden. Gerade diese Integrationsleistung haben Hausärzte bisher erbracht, sind dafür aber in keiner Weise anerkannt und respektiert. Dabei kommt es besonders darauf an, solches universelles Wissen immer bezogen auf einzelne Patientenfälle zu entwickeln, zu vertiefen und auf die spezifische Behandlungssituation am einzelnen Patientenfall hin ausgerichtet zu optimieren.
- Die Klienten- und Institutionsautonomie sind zu stärken. Hier insbesondere die Klientenautonomie durch kritische Reflexion der Arzt/Patientenbeziehung und durch Stärkung der Position des Arztes als vom Patienten unabhängiger nach seinen Möglichkeiten entscheidender Arzt. Diese Stütze der Arztautonomie ist notwendig, um den enormen Frust der Kollegen in der Behandlung chronisch kranker Patienten aufzufangen. Nur so kann ein letztlich stimmiger Begriff von partnerschaftlichem Umgang von Arzt und Patient entstehen.
- Die Stärkung der Institutionsautonomie ist schon im Konzept der ärztlichen Qualitätszirkel angelegt. Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung sind durch die Professionalität des Ärztstandes als hoheitliches Recht den Selbstverwaltungsorganen der

kassenärztlichen Vereinigungen und der Ärztekammern zugewiesen. Wenn Ärzte dieses ihnen wegen ihrer Professionalität zugestandene hoheitliche Recht nicht nutzen, laufen sie Gefahr einer externen *maximal de-professionalisierenden* Qualitätskontrolle unterworfen zu werden.

Qualitätsentwicklung muß KV-en und Kammern gebunden bleiben.

- Bei der extremen Belastung im Arbeitsalltag und im einzelnen Patientenfall müssen Qualitätsentwicklungsinstrumente einfach, universell, praktisch und möglichst nutzbringend sein. Dabei sind andere als die bisher üblichen naturwissenschaftlichen Qualitätskriterien zu berücksichtigen, hier insbesondere die Arztlastung und Arztzufriedenheit.

Qualitätsentwicklungskonzept für die Therapie chronisch Kranker am Beispiel „Typ-2-Diabetes“

Im Rahmen der Forschungsarbeit zeigte sich, daß Qualitätsentwicklungsstrategien nicht am grünen Tisch und theoretisch erarbeitet werden können. Aufgrund dieser Tatsache erscheint es sinnvoll, ein Qualitätsentwicklungskonzept, das den oben beschriebenen Anforderungen genügt, an einem konkreten Beispiel vorzustellen und dessen Erarbeitung mit den Kollegen einzuüben. Hierbei ist eine interessante Erkrankung, an der modellhaft das Qualitätsentwicklungskonzept und -instrument erarbeitet werden kann, der Typ-2-Diabetes. Gerade im Rahmen unserer Untersuchung zeigte sich, daß die Diabetesbehandlung als sehr frustativ erlebt wird.

Ein Grundbestandteil der Entwicklung von Programmen, mit denen sich die oben vorgestellten Lösungsideen in der Fläche implementieren lassen, war eine ausgiebige qualitative Forschungsphase. So wurden verschiedene Vorversionen der Programme im Feld immer wieder mit Hausärzten getestet und teilweise von diesen vollständig abgelehnt. Über diesen Prozeß der hausarztzentrierten qualitativen Forschung und den Prozeß der Teilnahme von Hausärzten an der Entwicklung der Programme entstand ein für solche Programme ungewöhnlicher Zuschnitt. Es ging nicht darum, im Rahmen vorgefaßter Wissenschaftskontexte Programme für Hausärzte zu entwickeln, sondern im wissenschaftlichen Wechselspiel von Programmentwicklung, Implementation, kritischer Hausarztbewertung und Optimierung der Programme letztlich schon im Entwicklungsprozeß die hausärztliche Dimension als bestimmend für die Programmentwicklung anzusehen.

Qualitätszirkelkonzept zum Thema Typ-2-Diabetiker-Betreuung

Der Gedanke der Professionalisierung hausärztlichen Handelns führt zur Frage, wie die oben vorgestellten Professionalisierungsdiskussionen in einem Qualitätsentwicklungskonzept für hausärztliche Therapie seine Widerspiegelung finden kann.

Grundidee des Programmes

Wie gezeigt wurde, entsteht ein großes Problem, wenn naturwissenschaftliche und Anteile des erfahrungsgeführten Berufswissens in der Behandlung eines Krankheitskontextes nicht integriert werden. Die Grundidee des Qualitätszirkelkonzeptes ist es, sowohl die psychosozialen Anteile der Typ-2-Diabetiker-Betreuung, die vom Arzt ein hohes Maß an erfahrungsgeführtem Berufswissen als auch die somatologisch-naturwissenschaftlichen Aspekte in einem integrativ aufgebauten Therapieplan zu vereinen. Damit wendet sich das Programm an hausärztlich tätige Ärzte, die Typ-2-Diabetiker über eine lange Zeit in ihren Praxen begleiten. In der Selbsteinschätzung erachten sie ihr strukturiertes Wissen über somatologische wie psychosoziale Kontexte als oft nicht ausreichend. Dies zeigt sich, wenn man daran denkt, daß nur fünf Prozent der befragten Ärzte in Balint-Gruppen (psychosozialer Kontext) organisiert sind, und etwa nur zehn Prozent der Ärzte die NIDDM Policy-Group-Empfehlungen (naturwissenschaftliche Standards) zum Thema Typ-2-Diabetes kennen.

Wie werden diese Ideen umgesetzt?

Im Rahmen von sechs 90-minütigen Sitzungen eines Qualitätszirkel, die in regelmäßigen Abständen abgehalten werden. An diesen Sitzungen sollen acht bis zwölf Ärzte unter Leitung eines speziell ausgebildeten Moderators teilnehmen.

Die Themen der Sitzungen sind:

1. Eröffnungsveranstaltung und Diskussion der Sinndimension von Qualitätskriterien für die Typ-2-Diabetesbehandlung in der Hausarztpraxis
2. Das Therapiezielproblem
3. Stoffwechselfelbstkontrolle
4. Das Diätilemma
5. Die medikamentöse Therapie des Typ-2-Diabetes
5. Der diabetische Fuß und andere Folgeerkrankungen

Die Themenvorgaben sollen die Gruppe in ihrer Autonomie nicht einschränken. Die Gruppe soll daran lediglich ein Gefühl dafür entwickeln, ein Themenfeld unter mehreren Perspektiven zu bearbeiten.

Über dieses Vorgehen soll sich der Qualitätszirkel eine Methode zur Qualitätssicherung, nämlich die *Patientenfallkonferenz*, erarbeiten, die er dann auch für andere Erkrankungen nutzen kann.

Die Patientenfallkonferenz

Es wird von einem der Teilnehmer ein schwieriger Behandlungsfall bei einem Typ-2-Diabetiker vorgestellt und in drei Schritten bearbeitet. Jeder Schritt wird in einem strukturierten Protokoll genau dokumentiert:

Das Beziehungsproblem

Als erster Schritt werden vorhandene Probleme in der Arzt-Patienten-Beziehung erarbeitet. Hier finden Diskussion und Klärung von psychosozialen Problemen Raum. Der Arzt wird über das bessere Verstehen seiner Beziehung zum Patienten und durch die Ideen und das Verständnis seiner Kollegen entlastet (Bearbeitung des psychosozialen Therapieanteils, der vom Arzt erfahrungsgeführtes Berufswissen erfordert).

Durch die Klärung der Beziehung wird die "Unabhängigkeit" vom Patienten durch das Auflösen einer unverstandenen Beziehungsverwicklung gestärkt

Durch die wiedergewonnene "Klientenautonomie" des Arztes wird es Arzt und Patient wieder möglich, geklärt und sachbezogener miteinander umzugehen.

Das Behandlungsproblem

Im zweiten Schritt werden die behandlungstechnischen Fragen und Probleme erörtert. Hier finden Diskussion und Klärung der somatologischen Probleme Raum. Die Entlastung findet hier über die Klärung von realen Behandlungsproblemen statt. Die Gruppe kann sich hier damit beschäftigen, wie sie die Standards ihrer eigenen Diabetestherapie definiert. Diese soll sie dann in einem zweiten Schritt mit den Vorgaben der NIDDM Policy Group vergleichen und kritisch in Diskussion bringen. Somit soll sichergestellt werden, daß die Autonomie der Gruppe, sich für oder gegen Standards zu entscheiden, nicht von außen vorgegeben wird. Durch die kritische Diskussion im Vergleich von eigenem und vorgege-

benem Standard können Probleme reflektiert, aufgedeckt und Lösungsideen erarbeitet werden (Bearbeitung des naturwissenschaftlichen Therapieanteils).

Durch diese Vorgehensweise wird der Arzt in seiner "Institutionsautonomie" gestärkt. Dies ist von Bedeutung, um in der Umsetzung wissenschaftlicher Therapieanteile in seiner Professionalität so unabhängig zu sein, daß er sie eigenverantwortet und kontextadaptiert anwenden kann.

Der neue Behandlungsplan

Im dritten Schritt wird mit diesen Arbeitsergebnissen ein strukturierter und dem Problem besser angepaßter, neuer Behandlungsplan schrittweise erarbeitet. Dabei wird in der Regel in fünf Schritten vorgegangen:

- Was muß zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung getan werden?
- Was sind gemeinsame, für Arzt und Patient sinnvolle Therapieaufträge im Rahmen der Auftragsklärung?
- Was kann am bisherigen therapeutischen Vorgehen noch verbessert werden?
- Wie kann der Arzt mit dem Patienten am sinnvollsten über Probleme und Veränderungen in der Therapie reden?
- Wie kann der Arzt den Patienten beim eigenverantworteten Umgang mit seiner Krankheit unterstützen?

Der entscheidende Schritt ist die klare Strukturierung des Behandlungsablaufes bei einem realen, alltäglichen Behandlungsfall. Gerade die verbesserte Strukturierung der hausärztlichen Behandlungsprozesse ist ein wichtiger Schritt zur Qualitätsentwicklung. Da Hausärzte sehr beziehungsorientiert behandeln, wird verständlich, warum gerade die Beziehungsseite sehr von der Strukturentwicklung profitiert. Auf der anderen Seite wird die häufig intuitiv aus der Erfahrung entwickelte therapeutische Vorgehensweise offengelegt, kritisch reflektiert und auf ihre Anwendbarkeit auf Probleme hin überprüft. Dieses Offenmachen bisher verborgener Therapiepläne und die daraus entstehende Möglichkeit, sie zu verbessern, wird von Kollegen als enorm entlastend erlebt.

Daneben werden die Therapien bewußter. Oft sehen die Hausärzte, die Tausende von Patienten begleiten, „vor lauter Patienten den einzelnen Patienten nicht mehr“.

Die „Vergrauung“ des einzelnen Patientenfalls führt dann zu wenig differenzierten und strukturierten Therapien.

Hier führt die Patientenfallkonferenz zu einer Entlastung durch das bewußte Strukturieren der therapeutischen Arbeit.

Für die Professionalisierung der Behandlung passiert nun, was passieren soll: Die Integration von naturwissenschaftlichem und erfahrungsgeführtem Wissen zum "universellen Wissen des professionellen Hausarztes".

Zum Abschluß der Sitzung erhält der vorstellende Kollege dieses Protokoll als Hilfe, um die Arbeitsergebnisse in der Praxis umzusetzen. In der nächsten Sitzung erhält dann jeder Teilnehmer eine Kopie. So lernt die Gruppe exemplarisch am Einzelfall, mit typischen Behandlungsproblemen besser umzugehen.

6. Themenübersicht:

1. Sitzung:

Eröffnungssitzung

- Vorstellung der Teilnehmer
- Erfahrungen und Ideen zum Thema Qualitätszirkel-Arbeit „Warum eigentlich hausärztliche Qualitätszirkel?“
- Vorstellung des Konzeptes der Qualitätszirkel zum Thema Diabetes
- Vereinbarung von Terminen für die Sitzungen

2. Sitzung:

Das Therapiezielproblem

- Wie erklärt man, was ein Typ-2-Diabetiker gegen seine Diabetes tun kann – und tun will?
 - o Patientenfallkonferenz
Besprechung eines schwierigen Behandlungsfalles, in dem es um die praktische Arbeit an Assessment und Auftragsklärung geht
 - o Erarbeitung eines spezifischen Behandlungsplanes, in dem die Umsetzung von Assessment und Auftragsklärung mit Arzt und Patient geklärt wird

3. Sitzung:

Stoffwechselfbstkontrolle und Stoffwechselfdiagnostik beim Typ-2-Diabetes

- Das Wahrnehmungsproblem beim Diabetes
 - o Besprechung eines Behandlungsfalles, in dem es um Schwierigkeiten bei der Stoffwechselfbstkontrolle und Diagnostik geht.
 - o Erarbeitung eines Behandlungsplanes zur Umsetzung der Stoffwechselfbstkontrolle bei schwierigen Patienten

4. Sitzung

Das Adipositasproblem bei Typ-2-Diabetikern

- Das Diät-dilemma beim übergewichtigen Typ-2-Diabetiker
 - o Bearbeitung eines Behandlungsfalles, in dem es um die problematische Gewichtsreduktion bei einem übergewichtigen Diabetiker geht.
 - o Erstellung eines neuen Behandlungsplanes zur Auseinandersetzung mit dem Übergewicht für den oben vorgestellten Diabetiker

5. Sitzung:

Medikamentöse Therapie bei übergewichtigen Typ-2-Diabetikern

- Besprechung eines Patientenfalles, in dem es um Probleme bei der medikamentösen Behandlung des Typ-2-Diabetes geht.
- Erarbeitung eines neuen Behandlungsplanes zur medikamentösen Therapie eines adipösen Diabetikers unter besonderer Berücksichtigung des Problems einer evtl. notwendigen Medikamentenumstellung

6. Sitzung:

Der diabetische Fuß und andere Folgeerkrankungen

- Besprechung eines Patientenfalles, in dem es um die Prophylaxe oder Behandlung eines diabetischen Fußsyndromes oder anderer Folgeerkrankungen geht.
- Erarbeitung eines neuen Behandlungsplanes im Kontext der Prävention diabetischer Folgeerkrankung, besonders des diabetischen Fußes

Abschlußrunde der Teilnehmer

Ein wesentlicher Punkt dieses Konzeptes ist es ja, zu entlasten und nicht zu überfordern! Das gilt auch und *ganz besonders für die Moderatoren der QZ*. Eines der größten Probleme in der Moderation ist es, in der real vorgegebenen, meist knappen Zeit, den eigenen Anspruch, alles richtig herüberbringen zu wollen, zu verwirklichen. Diesem inneren Drang zu folgen, bedeutet meist eine katastrophale Überforderung von Moderator und Teilnehmern.

Die Erfahrung zeigt, daß da, wo es gelingt, diesen viel zu hohen Anspruch aufzugeben, Weiterbildungsveranstaltungen meist gut laufen. Die Entlastung ermöglicht der Gruppe viel mehr von ihren eigenen Erfahrungen, Ideen und von ihrem Wissen zu nutzen. Außerdem kommt dadurch der Dialog miteinander viel besser in Gang. *Was heißt das konkret für Ihre Arbeit?*

Auch wenn Sie einmal ein Thema nur „*unvollkommen*“ mit vielen offenen Fragen bearbeiten konnten, ist die Tatsache, mit 12 Kollegen 90 Minuten in einem klar strukturierten Arbeitsgespräch zu sein, schon eine große Leistung und ein wirklicher Erfolg Ihres QZ. Desto weniger Sie sich selbst unter Druck setzen, um so kompetenter werden Sie arbeiten. Die in den Protokollen dargestellten „Moderationshintergründe und Techniken“ sollten Sie nicht erschrecken!

Es kommt überhaupt nicht darauf an, das alles in den Sitzungen unterzubringen!!!

Diese Informationen und Hinweise sollen Ihnen als Hintergrund für Ihre individuelle Art zu moderieren dienen.

Also, überfordern Sie sich nicht! Erst einmal ist Ihre eigene Art zu moderieren völlig in Ordnung und ausreichend.

Sollte Unzufriedenheit von seiten der Gruppe mitgeteilt werden oder Sie mit offenen Fragen unzufrieden sein, sprechen Sie dies ruhig aus. Geben Sie sich selbst und der Gruppe die Möglichkeit, darüber ins Gespräch zu kommen. Indem darüber mit den Teilnehmern ins Gespräch kommen, verschwindet eine manchmal bestehende Unzufriedenheit meist spontan. Machen Sie sich und der Gruppe klar, für wie unproduktiv Sie den Druck durch Überforderung halten!

Perspektivenwechsel

Sehr hilfreich in der Moderation von Gruppen ist die Idee, *Probleme einmal mit den Augen des Anderen sehen zu können*. Um sich diesem Problem zu nähern, könnte die folgende Übung nützlich sein, in deren Verlauf Sie insgesamt sechs Fragen beantworten sollen. Hinter den Fragen haben wir immer Platz gelassen, in dem Sie Ihre Antwort aufschreiben können. Bitte nutzen Sie diese Möglichkeit Ihre Antworten aufzuschreiben, denn während des Schreibens kann Ihnen manches noch klarer werden.

Wenn Sie die sechs Fragen beantwortet haben, lesen Sie Ihre Antworten noch einmal durch und lassen sie auf sich wirken:

a) Was denkt der Teilnehmer im QZ was mein größtes Problem mit der Moderation ist?

b) Wenn ich Teilnehmer in meinem eigenen QZ wäre und mir zuhören müsste, was würde mich am meisten ärgern?

c) Was denken die Teilnehmer an meinen QZ, was mir in der Moderation am meisten Spaß macht?

d) Wenn ich Teilnehmer wäre und mir zuhören müßte, was würde mir am meisten an meiner Moderation gefallen?

e) Wenn mich ein Moderator überreden sollte, an QZ teilzunehmen, was wäre das Argument, das für meine Teilnahme am wichtigsten wäre?

f) Wenn ein Moderator versuchen würde, mich zur Teilnahme an QZ zu überreden, was wären Argumente, die mich von der Teilnahme abhalten würden?

Wie ging es Ihnen mit dem Fragespiel?

Die Sache mit dem *Perspektivenwechsel* ist von besonderer Bedeutung, weil oft Schwierigkeiten mit Teilnehmern etwas damit zu tun haben, daß der Teilnehmer sich von ihnen nicht verstanden fühlt. Oft kann hier der Perspektivenwechsel, aus der Sicht des Leiters, dem Teilnehmer das Gefühl geben, daß der Moderator bereit ist, die Dinge einmal mit seinen Augen zu sehen. Wenn Sie dann als Moderator diesen Perspektivenwechsel vorgenommen haben und das dem Teilnehmer mitteilen, entkrampft das die Situation und erzeugt beim Teilnehmer ein Gefühl, von einem offenen und diskussionsfähigen Moderator betreut zu werden.

Die Gruppe hat alle Möglichkeiten, ihr Problem zu lösen

Eines der größten Probleme in der Arbeit mit Gruppen ist die

„Erlösungshaltung“

von Leiter und Gruppe. Die Gruppe erwartet vom Leiter die schnelle, freundliche, kompetente und angemessene, schlichtweg die perfekte Lösung ihres Problems!!!

Der Leiter kann sich nur schwer davon abgrenzen und ist versucht, dies zu schaffen. Die Folge ist wieder katastrophale Überforderung des Moderators!.

Hat der QZ wirklich das Zeug zur Lösung?

Wenn Sie mit professionellen Teilnehmern wie niedergelassenen Ärzten an „Alltagsproblemen“ arbeiten, dann wird oft keiner alleine die Problemlösung erbringen. Aber das Potential von zehn Ärzten mit ihrer Ausbildung, ihren Erfahrungen und ihrer Intuition ist enorm. Denn jeder wird wahrscheinlich über einen wichtigen Teilaspekt der Lösung verfügen. Kommen diese Teilaspekte in der QZ-Arbeit zusammen (denn es geht nur um *ein* Problem, dem *zehn* potentielle „Problemlöser“ gegenüberstehen), so wird leicht verständlich, daß eine Problemlösung möglich wird. Eine nützliche Haltung ist hier, diese Kompetenz der Gruppe zu fördern und die Gruppe immer aufs neue darin zu bekräftigen.

Kommt die „*Erlösungserwartung*“ in der Gruppe auf, so können Sie die Erlösungserwartung mit Ihrer gerade beschriebenen Haltung ohne Probleme an die Gruppe zurückgeben und darauf hinweisen, daß sie das Zeug hat, das Problem aus sich heraus zu lösen. Sie bauen so Ihre eigene Überforderung ab, auf der anderen Seite lernt die Gruppe sich nicht zu überfordern, *denn es geht an Problemlösung halt nur das, was mit der Gruppe geht, und das ist meistens völlig ausreichend*. Ein wichtiger Effekt eines solchen Verfahrens ist

es, daß die Gruppe ein Gefühl dafür bekommt, welche Möglichkeiten der Problemlösung sie hat. Dies baut in der Gruppe ein Gefühl auf, daß sie in der Lage ist, ihre Probleme zu lösen. Die Erlösungshaltung an Sie als Gruppenleiter nimmt damit ab, was Ihnen wieder im Sinne einer Entlastung zugute kommt.

Zusammenfassung

Man könnte zur Moderatorenhaltung ganze Bücher füllen und Sie mit vielerlei abstraktem Wissen versorgen. Die jahrelange Erfahrung in der praktischen Arbeit hat jedoch gezeigt, daß die drei Grundhaltungen, nämlich Bescheidung und Begrenzung, Bereitschaft zum Perspektivenwechsel sowie die Überzeugung, daß die Gruppe das Problemlösungspotential in sich trägt, die drei entscheidenden Grundgrößen zur effizienten Führung von Weiterbildungsgruppen sind. Auch hat sich gezeigt, daß Sie mit diesen drei Grundhaltungen in der Praxisarbeit umgehen können, während Sie mit vielerlei theoretischem Wissen, das Sie sich zwar anlesen können, das Ihnen aber aus Ihrer Arbeitswelt eher fremd ist, in der Regel weniger gut klarkommen werden. Beherrzigen also bitte diese drei Grundhaltungen während Ihrer Arbeit immer wieder und vergegenwärtigen Sie sich, welche der drei Grundhaltungen Sie gerade am effizientesten einnehmen können.

Moderationstechniken

Das Thema der Moderationstechnik ist ebensowenig nicht unproblematisch. Um hier die wirklich notwendigen Moderationstechniken vorzustellen, scheint es deshalb pragmatischer zu sein, diese am konkreten Ablauf der QZ-Sitzungen so praxisnah als möglich zu erarbeiten.

Im folgenden werden also die zur Durchführung der Sitzungen notwendigen Moderationstechniken *am Ablauf* der Sitzungs-dramaturgie erarbeitet.

Die hier vorgestellten Moderationstechniken beziehen sich auf die Durchführung der 2. bis 6 Sitzungen.

Die erste Sitzung läuft nach einer eigenen Dramaturgie ab.

Für jeden Teil der OZ-Sitzung wird

- **die Dramaturgie vorgestellt.** Dabei handelt es sich um den Ablaufplan (Struktur) des entsprechenden Sitzungsabschnitts
- **die Moderationstechnik vorgestellt.** Dabei geht es um die Gestaltung des Moderationsprozesses im entsprechenden Sitzungsabschnitt

Erster Teil der QZ-Sitzung

Eröffnungsrunde

Dramaturgie: 15minütiges Eröffnungsgespräch, in dessen Verlauf der vorstellende Arzt der letzten Sitzung über seine Erfahrungen mit dem neu erstellten Behandlungsplan berichtet. Es können dann evtl. auftretende Probleme kurz mit der Gruppe diskutiert werden.

Moderationstechnik: Diese Runde erfüllt zwei Aufgaben:

- Wieder in Kontakt kommen der Teilnehmer
Die Anlaufphase von Gruppensitzungen ist oft schwierig. Ihre Teilnehmer kommen aus der Praxis, sind müde und haben noch nicht abgeschaltet. Diese erste Runde bietet Ihnen einen einfachen und wenig anstrengenden Einstieg in die Arbeit.
- Kontrolle der Arbeitsergebnisse der letzten Sitzung (Eigenevaluation)
Bitten Sie den vorstellenden Arzt vom letzten Mal über seine Erfahrungen mit dem neuen Behandlungsplan zu berichten. Fragen Sie ihn, wie er ihn angewendet hat, wo es Probleme gab und vor allem, ob er weitere Unterstützung der Gruppe braucht. Sollten hier ernsthafte Probleme auftreten, so geben Sie ruhig mehr Raum als 15 Minuten zur Diskussion. Es ist ein gutes Zeichen für die Arbeitshaltung der Gruppe, wenn sie bei Problemen „hartäckig“ nach Lösungen miteinander sucht.

Zweiter Teil der QZ-Sitzung

Patientenfallkonferenz

70minütige Arbeitssitzung, die sich in drei Abschnitte gliedert:

1. Schritt: Auseinandersetzung mit der Arzt-Patienten-Beziehung

Dramaturgie: Der vorstellende Arzt berichtet alles, was er über den vorgestellten Patienten weiß. Die Gruppe diskutiert mit dem Vorsteller über seinen Patienten. Dann formuliert der vorstellende Arzt eine erste Idee, was sein Beziehungsproblem mit dem Patienten sein könnte. Gegen Ende formuliert die Gruppe eine Idee zum Beziehungsproblem. Dann überlegt die Arbeitsgruppe, wie die Beziehung verändert und verbessert werden kann. Die Idee des Vorstellers, der Gruppe sowie ihr Verbesserungsvorschlag werden im Protokoll zur Sitzung schriftlich festgehalten. *Für diesen Abschnitt sind 30 Minuten Zeit vorgesehen.*

Moderationstechnik: 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. Erst einmal ist es wichtig, daß der Vorsteller alles berichtet, was er zum Patienten weiß. Häufig haben Hausärzte überhaupt kein Gefühl dafür, wieviel Sie eigentlich über ihre Patienten wissen und können dann dieses Wissen nicht sinnvoll nutzen.

Es soll während des ersten Berichts nichts dokumentiert werden. (In der Evaluation zeigte sich, daß dann an Fakten orientiert gearbeitet wird, nicht jedoch am Erleben von Arzt und Gruppe). Falls die Gruppe danach fragt, verweisen Sie darauf, daß erst im zweiten Schritt (medizinischer Behandlungsverlauf) die Fakten genau festgehalten werden.

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

Solche Informationen sind:

- o Geschlecht und Alter, evtl. Aussehen des Patienten
- o Familiensituation, Kinder, Beruf
- o die genaue Diagnose
- o seit wann ist er in Behandlung, seit wann besteht die Krankheit?
- o Krankheitsverlauf
- o wie erlebt der Arzt den Patienten (Verhalten, Gefühle, eigene Ideen des Arztes)?
- o wie schätzt der Arzt die Beziehung ein?
- o was glaubt der Arzt, wie der Patient die Beziehung einschätzt (Gefühle des Patienten)?
- o 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 Patient wissen will. Sollten nach den Rückfragen noch wichtige Informationen fehlen, fragen Sie 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, wo Lücken sind, die zu füllen im weiteren Verlauf sehr hilfreich sein könnten.

Bitten Sie nun den Vorstellenden, seine erste Idee zum Problem mit dem Patienten zu formulieren. Tut er sich schwer, unterstützen Sie ihn, 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! *Dokumentieren Sie diese Ideen aber genau.*

Fordern Sie dann die Gruppe auf, alles was sie spontan denkt, Ideen, aber auch Gefühle zum Fall auszusprechen. 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. Nach ca. 25 Minuten fragen Sie in die Runde, ob die Gruppe eine Idee formulieren könnte, was das Problem in der Arzt-Patienten-Beziehung sein kann. Notieren Sie diese Idee wieder im Protokoll. Dann bitten Sie die Gruppe, in wenigen Sätzen eine Idee zur Veränderung und Verbesserung der Beziehung zu formulieren. *Notieren Sie auch diese Idee wieder genau.*

2. Schritt: Das medizinische Behandlungsproblem

Dramaturgie: *20minütiger Arbeitsabschnitt*. Der Vorstellende berichtet über den medizinischen Behandlungsverlauf. Dieser wird genau im Protokoll aufgeschrieben (Detaillierter Behandlungsverlauf). Dann formuliert der Vorstellende eine erste Idee, warum die Behandlung mit dem Patienten schwierig ist. Die Gruppe tritt in eine Diskussion über den medizinischen Behandlungskontext ein, am Ende formuliert sie ihre erste Idee zum medizinischen Behandlungsproblem. Zum Abschluß entwickelt sie kurz eine Idee zur Verbesserung der medizinischen Behandlung, alles wird wieder dokumentiert.

Moderationstechnik: Hier geht es im Prinzip um das genaue *Hinsehen!*

Ihre Aufgabe ist es, besonders darauf zu achten, ob wichtige Informationen zum medizinischen Behandlungsverlauf berichtet wurden.

Solche Informationen können sein:

- o exakte Diagnose, z. B. Diabetes Typ, Folgeerkrankungen
- o Krankheitsbeginn
- o Alle im Krankheitsverlauf durchgeführten Behandlungsschritte/Schulungen
- o bisher durchgeführte Diagnostik, besonders bezüglich Diabetes assoziierter Folgeerkrankungen sowie Stoffwechselfbstkontrolle
- o Therapieverlauf

- o gegenwärtige medikamentöse Therapie, besonders Ideen, warum so und nicht anders therapiert wird
- o Komplikation in der Therapie
- o bisherige Krankenhausaufenthalte.

Achten Sie in der Vorstellung wieder darauf, ob solche Fakten fehlen. Nach der Vorstellung fragen Sie die Gruppe, ob ihr Informationen fehlen. Nachdem die Gruppe Fragen gestellt hat, überprüfen Sie noch einmal, ob Ihres Erachtens noch Fragen offengeblieben sind. Sollte dies so sein, fragen Sie nun wieder als *letzter* nach. Hat der Vorstellende hier wieder keine Informationen zur Hand, so fordern Sie ihn wieder auf, darüber nachzudenken, ob es sinnvoll sein könnte, diese fehlenden Fragen im weiteren Behandlungsverlauf zu klären.

Danach tritt die Gruppe wieder in eine Diskussion ein.

Ihre Aufgabe besteht jetzt in der Förderung des *Diskussionsprozesses*.

Entwickelt die Gruppe einstimmige Ideen zur medizinischen Behandlung, so fordern Sie sie auf, einmal in den NIDDM-Policy-Group-Empfehlungen nachzuschauen und ihre Ideen mit den Empfehlungen zu vergleichen.

Das ermöglicht der Gruppe, ihre Therapiepraxis mit diesen Standards zu vergleichen und kritisch zu diskutieren. Ermutigen Sie gerade zu diesem kritischen Vergleich. Er hilft, eigene Handlungsweisen zu reflektieren und zu verbessern.

Hat die Gruppe Schwierigkeiten, das Behandlungsproblem des Vorstellers zu lösen, so ermutigen Sie, in den NIDDM-Empfehlungen, die ja jeder Arzt im QZ hat, nachzuschauen, ob sich Hinweise zur Problemlösung finden lassen. Lassen Sie diese kritisch diskutieren. Sie fördern so ungemein die Autonomie der Gruppe und ihr Gefühl, Probleme im gemeinsamen Arbeitskontext kompetent reflektieren und lösen zu können. Diese Arbeit mit dem NIDDM-Standard ermöglicht einen praxiskritischen Umgang mit ihnen und stellt so den Bezug zur Arbeitsrealität der Kollegen oder anderer Standards her.

Nach etwa 15 bis 20 Minuten fordern Sie die Gruppe wieder auf, ihre Idee zum Behandlungsproblem zu formulieren. Dann soll die Gruppe ihre erste Idee formulieren,

wie man die Behandlung verbessern könnte. *Beides wird detailliert im Protokoll festgehalten.*

3. Schritt: Entwicklung eines neuen, strukturierten Behandlungsplanes

Dramaturgie: 25minütiger Abschnitt. Mit den Ergebnissen der ersten beiden Arbeitsschritten soll versucht werden, einen neuen, strukturierten Behandlungsplan zu erstellen. Es wird in folgenden Schritten vorgegangen:

- o was muß für eine bessere Beziehung von Arzt und Diabetiker getan werden?
- o Definition eines für Arzt und Patienten im jeweiligen Themenfeld sinnvollen Therapieziels
- o Schritte, dieses Therapieziel zu erreichen
 - welche Diagnostik, welche Stoffwechselfontrolle ist notwendig?
 - welche medikamentösen Therapien sollen wann angewendet werden?
- o wie rede ich mit dem Patienten über die oben vorgestellten Sachverhalte und eventuelle Veränderungen?
- o wie unterstütze ich ihn zu Veränderung in der Krankheitsführung?

Die Antwort zu jeder Frage wird wieder im entsprechenden Protokoll festgehalten.

Moderationstechnik: Im Rahmen dieses Arbeitsabschnittes kommen Ihnen zwei Aufgaben zu:

- o Sie sollen den Gang der Diskussion gemäß den vorgestellten Schritten *strukturieren*

Gehen Sie Schritt für Schritt die vorgestellten Fragen durch. Die Gruppe soll die Ergebnisse der ersten beiden Arbeitsschritte nutzen und soll 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, so weisen Sie darauf hin, daß sie doch in den ersten beiden Schritten schon Lösungen vorgestellt hat. Bleiben Sie in der *Ermunterung* zur Beantwortung der Fragen sehr hartnäckig.

- o Herstellen eines *Dialogs* zwischen vorstellendem Arzt und Gruppe, ob er die von der Gruppe erarbeiteten Vorstellungen in der praktischen Arbeit nutzen können. Für den vorstellenden Arzt wird es relativ neu sein, daß eine Gruppe mit ihm zusammen Lösungsansätze für seine Probleme erarbeitet. Häufig ist er es ja gewohnt, autodidaktisch und ohne fremde Hilfe mit seinen Problemen fertigzuwerden, oder er übernimmt einfach irgendeine „Expertenmeinung“. Häufig erzeugt diese Erfahrung bei Ärzten einen Widerstand, solche in der Gruppe erarbeiteten Lösungsansätze anzunehmen. Hier ist es wichtig, daß Sie immer wieder die Gruppe und den Arzt ins Gespräch darüber bringen, ob der Arzt sich vorstellen kann, mit dem entsprechenden Lösungsvorschlag bei seinem Patienten etwas verändern zu können. Fördern Sie hier bitte auch sehr kritische Äußerungen der vorstellenden Ärzte, unterstreichen Sie wie wichtig es ist, auch die eigene Skepsis den Lösungsansätzen gegenüber mitteilen zu können. Bringen Sie darüber die Gruppe ins Gespräch und spornen Sie sie an, hartnäckig daran zu arbeiten, daß Lösungsvorschläge *für den vorstellenden Arzt annehmbar und umsetzungsfähig werden*.

8. Organisation und Durchführung der Qualitätszirkel-Sitzung

Rekrutierung der Teilnehmer

Im Vorfeld der QZ-Arbeit kommt auf Sie die Aufgabe zu, Kollegen zur Teilnahme an einem solchen Zirkel zu gewinnen.

Es sind zwei Ausgangssituationen denkbar. Die eine wäre, daß Sie bereits einer bestehenden Arztgruppe wie z. B. am Ärzttestammtisch, eine Laborgemeinschaft oder einer Notfallgemeinschaft oder sogar einem schon bestehendem QZ-Zirkel angeschlossen sind und die Teilnehmer gut kennen. In der Regel werden Sie dann geringere Schwierigkeiten haben.

Problematischer wird es, wenn Sie noch keiner Gruppe angeschlossen sind und einem QZ erst einmal gründen wollen. Hier ist die Rekrutierung der Teilnehmer das größte Problem. Eine Möglichkeit könnte sein, die Regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Fortbildungsbeauftragten der Ärztekammern anzusprechen. Meist verfügen Sie über Adressen von Ärztgruppen, die nach Moderatoren für QZ nachgefragt haben. Ist das Rekrutierungsproblem gelöst, so müssen Sie sich mit der Motivation der Teilnehmer zur „Defakto-Teilnahme“ an Ihrem QZ auseinandersetzen. Für die Motivation können zwei Argumente hilfreich sein:

1. **Typ-2-Diabetes ist ein lohnendes Thema zum Einstieg.**

10 % aller Patienten in Hausarztpraxen sind Diabetiker. Die meisten Hausärzte sind über die langjährige, häufig wenig erfolgreiche Behandlung Ihrer Diabetiker frustriert, oftmals wird dieses Gefühl von den Patienten geteilt. Dabei ist der Diabetes mellitus behandeltechnisch einfach zu behandeln, die Diabetes-Folgeerkrankungen sind dagegen schwerwiegend und mit das teuerste, was an Krankheitsfolgekosten im Gesundheitssektor anfällt.

Häufig entsteht gerade bei Typ-2-Diabetikern ein Gefühl von Therapiestillstand. Die Idee, daß sich etwas verändern könnte, ist meistens gering ausgeprägt. Veränderung kann hier im eigentlichen Sinne nur durch eine alle hausärztlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten der Praxis nutzende Behandlungskonzept erfolgen. Das heißt Zusammenbringen von strukturierten Behandlungsvorgehen, sinnvoller Beratung und Begleitung des Patienten

mit dem Zweck der Verbesserung seiner Bereitschaft zur eigenverantwortlichen Führung seiner Krankheit.

2. Reines Fachwissen zum Thema Diabetes oder nur „Einweisung in eine Diabetikerschulung“ reichen hier nicht aus.

Das vorgestellte Konzept der QZ-Arbeit will versuchen, dieses neue Konzept „hausärztlicher Diabetes-Kompetenz“ den Ärzten näherzubringen.

Sie können hier die Ausführungen zum Konzept in diesem Buch nutzen.

Als Werbeargumente können Sie die Konzeptvorstellung, die Sie zu Beginn des Buches in Kapitel 2 gelesen haben, verwenden.

Zur Unterstützung haben wir Folien beigelegt, die genau diesen Argumentationsgang vorstellen.

Organisation

Sie gehen in zwei Schritten vor:

1. Räumlichkeiten

Buchen Sie für alle sechs Sitzungen einen Raum verbindlich. Für die Sitzungen müssen Sie einen Raum für 2 Stunden buchen. Die Raumgröße soll so bemessen sein, daß in der 1. Stunde alle Teilnehmer in Form eines Hufeisens Platz finden können, am Kopf des Hufeisens muß ausreichend Platz für eine Leinwand, einen Overheadprojektor sein. In der 2. bis 6. Sitzung muß der Raum so beschaffen sein, daß alle Teilnehmer in einem runden Stuhlkreis sitzen können. Tische oder andere Hilfsmaterialien wie Leinwand oder Diaprojektor sind dann nicht notwendig. Ein Flipchart sollte für die Protokollplakate vorhanden sein.

2. Hilfen und Hilfsmittel

Für Sie als Moderator steht das Moderatorenhandbuch bereit. Für die Vorstellung des Konzeptes in der 1. Sitzung steht ein Foliensatz zur Verfügung. Für die 1. Sitzung benötigen Sie zusätzlich ein Flipchart und Papier. Für die Teilnehmer liegt ein Arzt-Begleittext vor, in dem alle wichtigen Informationen zu den Sitzungen noch einmal aufgeführt sind.

Bei irgendwelchen Schwierigkeiten im Rahmen der konkreten Projektdurchführung steht Ihnen Ihr Regionaltrainer jederzeit telefonisch für Rücksprachen zur Verfügung.

Nach der 2. und 4. Sitzung sind Supervisionsnachmittage von ca. 3 Stunden zu Ihrer Unterstützung vorgesehen.

Themen der Supervision sind:

- Berichte aus der Moderationstätigkeit
- Besprechung von Moderationsproblemen
- Besprechung von Therapieproblemen
- Vorbereitung weiterer QZ-Themen.

9. Protokolle zur Vorbereitung der einzelnen Sitzungen der Qualitätszirkel

1. Sitzung: Eröffnungssitzung

Themenhintergrund:

Diese Sitzung unterscheidet sich von Ablauf und Inhalt von allen anderen Sitzungen. In ihr wird weniger interaktiv gearbeitet als vielmehr erst einmal das Konzept der QZ zum Thema Diabetes vorgestellt. Dies ist deshalb von großer Bedeutung, weil damit Verständnisprobleme direkt bearbeitet werden können, die sonst die Arbeit in den Sitzungen erheblich erschweren können.

Arbeitsziel der Sitzung:

- Vorstellung und Kennenlernen der Teilnehmer
- Erfahrungen und Ideen zu QZ
- Welchen Sinn hat die QZ-Arbeit für die Gruppe?
- Vorstellung des Konzeptes der QZ-Arbeit
- Vorstellung der Themen der QZ-Sitzungen
- Vorstellung des Zeitplans der Sitzungen
- Vorstellung der Hilfsmedien zur Arbeit wie Protokolle und der Arztbegleittext zur QZ-Arbeit

Stundenablauf:

- **Vorstellen und Kennenlernen der Teilnehmer**

Begrüßen Sie die Teilnehmer. Kennt sich die Gruppe, gehen Sie zum zweiten Teil weiter. Kennt sich die Gruppe nicht persönlich, beginnen Sie mit einer kurzen Vorstellungsrunde der Teilnehmer.

- **Erfahrung und Ideen zur Arbeit in QZ**

Geben Sie der Runde erst einmal Möglichkeiten, über ihre Ideen und Vorstellungen zur Arbeit in QZ zu sprechen. Fördern Sie das Ansprechen kritischer Ideen oder auch Erfahrungen. Unterstreichen Sie, daß letztlich nur der offene und kritische Umgang mit eigenen Problemen und eigener Unzufriedenheit ein effizientes Arbeiten in der Gruppe möglich machen wird. Schreiben Sie auf dem bereitgestellten Flipchart für jeden Teilnehmer eine für ihn wichtige Erfahrung oder Idee auf einem Plakat auf. Heben Sie das Plakat auf.

Diskussion über die „Sinnfrage“ der Arbeit im Qualitätszirkel

In der Evaluation zeigte sich als entscheidendes Hemmnis zur kontinuierlichen und bejahenden Teilnahme am Qualitätszirkel, daß Hausärzte häufig keine klaren Vorstellungen über Sinn und Bedeutung von Qualitätszirkelarbeit für ihre eigene hausärztliche Tätigkeit haben. Wenn überhaupt, werden solche Diskussionen auf der rein medizinisch-wissenschaftlichen Ebene geführt. Die Sache ist aber, wie im Handbuch beschrieben, viel komplexer.

Moderationstechnik:

Beginnen Sie, indem Sie in die Runde hinein mit folgender Frage einsteigen.

"Was würden Sie Ihrem besten Freund bei einem Glas Wein erzählen, was Sie für den Sinn hausärztlicher Qualitätssicherungsarbeit halten?"

Diese Frageform kommt aus der systemischen Familientherapie und heißt zirkuläre Frage. Indem Sie fragen, was der Hausarzt einem anderen Freund erzählen würde, stellen Sie einen neuen Kontext für die gestellte Frage her. Der Hausarzt wird sich überlegen, was er im Schutz eines vertrauten Gespräches erzählen würde und dies ist unter Umständen etwas ganz anderes, als er in der förmlichen Situation des Qualitätszirkels erst einmal mitteilen würde.

Sammeln Sie die Beiträge der Teilnehmer auf dem Flipchart und hängen sie dieses Flipchartseite gut sichtbar im Raum auf.

Fragen Sie dann weiter, was Hausärzte sich vorstellen, was Qualitätssicherungsarbeit eigentlich für ihr ärztliches und persönlich Erleben hausärztlicher Arbeit bedeutet. Fragen Sie die Gruppe, ob sie Interesse hat, etwas über die Professionalisierungstheorie als mögliche Erklärungsbasis für solche Probleme zu hören. Sie haben sich ja bereits mit diesem Thema im Rahmen des Handbuchs im Kapitel 4 "Das Qualitätsproblem in der hausärztlichen Typ-2-Diabetiker-Betreuung" auseinandergesetzt.

Wir haben Ihnen zur Unterstützung Ihrer Darstellung die dort abgebildeten Graphiken als Präsentationsfolien vorbereitet, die Sie jetzt zeigen können (Folie 9 – 12). Ihre Kollegen werden vielleicht verwundert sein, daß Sie in aller Offenheit eine solche Sinndiskussion führen, unsere Erfahrung ist jedoch, daß gerade in der Startphase dies Vorbehalte und Hemmungen, sich in den Qualitätsentwicklungsprozessen und Qualitätszirkel einzubrin-

gen, abbaut. Es geht hier nicht darum, große Lösungen zu finden, sondern vielmehr erst einmal im geschützten und offenen Raum der Gruppe über diese zumeist heftig verschwiegenen Fragen nachzudenken. Wenn Sie die Folien präsentiert und die Theorie dargelegt haben, können Sie in einer letzten Fragerunde noch einmal abfragen, was denn die Hausärzte glauben, was sie mit diesen Erkenntnissen machen können. Dokumentieren Sie dies wieder auf einem Flipchart, das Sie im Raum aufhängen.

Nutzen Sie zur Vorstellung des Konzeptes die folgenden Folien.

Folie 1

Qualitätszirkelkonzept zur Verbesserung der Betreuung chronisch Kranker in der Hausarztpraxis

— am Beispiel Typ-2-Diabetes —

Folie 2

Konzeptansatz

- Qualitätssicherung durch Entlastung des Arztes im Behandlungsalltag
- Qualitätssicherung durch Förderung spez. hausärztlicher Kompetenzen in Therapie und Begleitung chronisch Kranker

Folie 3

Entlastung wird erreicht durch ...

- ... Verbesserung der Arzt und Patientenbeziehung
(Motivation des Patienten zur Veränderung verbessern)
- ... Verbesserung der Behandlung durch klaren Behandlungswissen (NIDDM-Policy-Group)
- ... Verbesserung der Umsetzung durch einen praxisrelevanten, neuen Behandlungsplan

Folie 4

Konzeptrahmen

- 6 QZ-Treffen á 90 Minuten
- Leitung durch einen speziell ausgebildeten Moderator
- Dokumentation der Ergebnisse auf einfachen Protokollplakaten

Folie 5

Rolle des Moderators

- Patientendallkonferenz strukturieren
- Am konkreten Fallbeispiel bessere Behandlungsstrategien herausarbeiten
- Ergebnisse genau festhalten
- Bei offenen Fragen die nötigen Informationen bereitstellen

Folie 6

Aufbau der Sitzungen

- | | |
|--------------------------|------------|
| • Rückmelderunde | 15 Minuten |
| • Patientenfallkonferenz | 70 Minuten |

Dramaturgie der QZ-Sitzungen

- Rückmelderunde
- Patientenfallkonferenz
- Beziehungskontext vorstellen
(Phycho-sozialer Aspekt)
- Behandlungsproblem erfassen
(Behandlungstechnischer Ansatz)
- gemeinsam einen Behandlungsplan erstellen

Themen der 6 QZ-Treffen

1. Sitzung Eröffnungssitzung, Sinn der eigenen QZ-Arbeit
2. Sitzung das Therapieziel beim übergewichtigen Typ-2-Diabetes
3. Sitzung Stoffwechselfdiagnostik und Stoffwechselfselbstkontrolle
4. Sitzung das Diät-dilemma bei übergewichtigen Typ-2-Diabetikern
5. Sitzung medikamentöse Therapie des übergewichtigen Typ-2-Diabetikers
6. Sitzung der diabetische Fuß und andere Folgeerkrankungen

Folie 9

Professionen

Status	Berufsgruppe	Hoheitliche Aufgaben +	Rechte
Professionen	Ärzte	<ul style="list-style-type: none"> • Totenschau • Psych KG • Ausbildungshoheit • Ärztegerichtsbarkeit • QM Hoheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Kammerfähigkeit • KV-en • Schweigepflicht
	Juristen	<ul style="list-style-type: none"> • Beurkundung (Notare) • Freie Rechtsgeschäfte • Geschützter Umgang mit Delinquenz 	<ul style="list-style-type: none"> • Kammerfähigkeit • Mandantenschutz • Gerichtsfähigkeit
	Theologen	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung (Priester) • Soziale, Rechtsfähige Aufgaben 	<ul style="list-style-type: none"> • Schweigepflicht • Tendenzschutz

Folie 10

Professionalität

Definition

Übertragung von sonst hoheitlichen Aufgaben auf bestimmte Berufsgruppen. Ziel ist die „Auslagerung“ der Aufgabe, „Irrationale Potentiale der Gesellschaft“ von Professionen kontrollieren zu lassen (Krankheit, Leid, Alter, Verrücktheit, Sucht, Tod, Delinquenz, freier Rechtsverkehr, Metaphysik, Mythos, Mord etc.)

Um dies zu ermöglichen, stattet der Staat die Professionen mit hoheitlichen Rechten aus und gewährt ihnen weitestgehende Unabhängigkeiten von staatlichen und nichtstaatlichen Institutionen. Erwartet werden dafür zentralwertbezogene Leistung auf dem Boden universellen Wissens.

(Siebolds 1997)

Professionalitätstheorie (nach Schaffer 1994)

<ul style="list-style-type: none"> • Gesellschaftliches Mandat 	<p>Ärztliches Handeln als Kontrolle des Irrationalen: (Heinemann 1992)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krankheit / Leid / Alter / Verrücktheit / Sucht / Tod
<ul style="list-style-type: none"> • Zentralwert bezogene Leistung des Arztes 	<p>Alle Leistungen, die Ärzte zur Erbringung des gesellschaftlichen Mandates ausführen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapie • Begleitung • Umsetzung hoheitlicher Aufgaben / Psych. KG / Gutachten
<ul style="list-style-type: none"> • Universelles Wissen des Arztes 	<p>Integriert wissenschaftliches Fachwissen und erfahrungsgeführtes Berufswissen</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Klientenautonomie des Arztes 	<p>Unabhängigkeit vom Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetenz gesellschaftliche Mandate umzusetzen • Sich vor nicht schuldhaftem Scheitern schützen
<ul style="list-style-type: none"> • Institutionsautonomie des Arztes 	<p>Unabhängigkeit von Institutionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetenz gesellschaftliche Mandate umzusetzen • Sich vor nicht schuldhaftem Scheitern schützen

Folie 12

Deprofessionalisierung (im ärztlichen Handeln)



<ul style="list-style-type: none"> • kann alles erklären • nicht fähig zu alltäglich realem professionellen Handeln 	<ul style="list-style-type: none"> • kann alles was er tut und plant theoriegeführt erklären und begründen 	<ul style="list-style-type: none"> • kann unter Umständen vieles tun • kann aber nichts theoriegeführt begründen
<ul style="list-style-type: none"> • Medizinischer Experte 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausarzt 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient
(Forscher, Universitäre, Therapeut, Klinikarzt) Protagonist von reiner Wissenschaft „Evidence based medicine“	Die Ärzteschaft als Profession dient als Vermittler zwischen Einzelnen, Gesellschaft und Wissenschaft, die selbst Teil der Gesellschaft ist	Therapie mit Hausmitteln

Vorstellung der Hilfsmedien zur Arbeit

Stellen Sie jetzt den Teilnehmern die Arztbegleittexte sowie die Dokumentationsprotokolle zur Dokumentation der Arbeit in den einzelnen Qualitätszirkelsitzungen vor. Bitten Sie die Teilnehmer zu den einzelnen Sitzungen, immer das entsprechende Kapitel im Arztbegleittext kurz durchzulesen. Der Arbeitsaufwand für jeden Teilnehmer beträgt hierbei unter 10 Minuten.

Einladungsmodus

Nutzen Sie die in Kapitel 2 vorgestellten Argumente im Ablauf des Einladungsgesprächs. Stellen Sie zuerst Ihre Idee vor, QZ zum Thema Diabetes durchzuführen. Stellen Sie dann anhand der Folien Argumente zur Durchführung solcher QZ vor. Wenn Ihnen die Gruppe zugestimmt hat, gehen Sie weiter wie folgt vor:

1. Vorstellen, daß sechs Sitzungen in 6 - 8wöchigem Abstand geplant sind.

- o Eröffnungssitzung zur Vorstellung des Konzeptes (ca. 90 - 120 Min. Dauer).
- o Die 2. bis 6. Sitzung sind von 90minütiger Dauer

Im § 135 SGB V ist vorgesehen, daß sich QZ ihre Themen selbst geben. Dies ist zur Erhaltung und Stärkung ihrer Autonomie sinnvoll. Die Themenvorgaben dieses Programmes sollen den Freiraum der Zirkel nicht einengen. Sie dienen lediglich als Hilfe zur Strukturierung der Auseinandersetzung mit dem Thema Diabetes und sind Voraussetzung für die Evaluation.

Durch die Patientenfallkonferenz gibt sich die Gruppe ja jedesmal ein ganz individuelles, auf den vorstellenden Arzt bezogenes Thema.

Die Sitzungsthemen sind:

- 1. Sitzung: Warum soll man eigentlich Qualitätssicherung leisten?
- 2. Sitzung: das Therapiezielproblem beim übergewichtigen Typ-2-Diabetiker
- 3. Sitzung: Stoffwechseldiagnostik und Stoffwechselfelbstkontrolle

- 4. Sitzung: das Diätilemma bei übergewichtigen Typ-2-Diabetikern
- 5. Sitzung: medikamentöse Therapie des übergewichtigen Typ-2-Diabetikers
- 6. Sitzung: der diabetische Fuß und andere Folgeerkrankungen.

2. Vereinbarung fester Termine

Vereinbaren Sie für alle sechs Sitzungen mit den Teilnehmern feste Termine, an denen alle teilnehmen können. Legen Sie die Termine auf dem beigefügten Anmeldeformular fest, kopieren Sie das Formular und lassen Sie es allen Teilnehmern zukommen. So erzeugen Sie Verbindlichkeit Ihrer Terminabsprache.

NOTIZEN

NOTIZEN

Qualitätszirkel zum Thema:

Tagungsort

Termine:

- 1. Sitzung: _____
- 2. Sitzung: _____
- 3. Sitzung: _____
- 4. Sitzung: _____
- 5. Sitzung: _____
- 6. Sitzung: _____

Teilnehmer:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____
- 10 _____
- 11. _____
- 12. _____

2. Sitzung: Thema Therapieziele

– das Therapiezieldilemma –

Arbeitsziel:

Erarbeitung von Verfahrensweisen die ärztlichen Therapieziele und die der Diabetiker zu definieren und sie für den Therapiefortschritt nutzbar zu machen.

Themenhintergrund:

Der Umgang mit Therapiezielen ist gerade in der Diabetologie wohlgeübt. *Jedoch macht man sich wenig klar, was Therapieziele eigentlich bedeuten!* Für den Arzt bedeuten Therapieziele eine Herausforderung, die er mit seinen gesamten Anstrengungen bewältigen muß. Also eine Belastung! Viele Hausärzte haben für sich noch kein richtiges Gefühl dafür entwickelt, daß es neben den wissenschaftlichen Therapiezielen auch noch sehr eigene Therapieziele gibt, die Hausärzte, aus der klinischen Erfahrung, für sinnvoll und richtig halten. Diese eigenen Therapieziele sind häufig viel pragmatischer und realitätsangepaßter. Es ist wichtig zu bekräftigen, sich diese *eigenen* Therapieziele einmal genauer anzugucken und sie ernstzunehmen.

Hier zeigt sich übrigens ein ganz bedeutsames Problem ärztlichen Handelns in der Behandlung chronisch Kranker. Chronische Krankheiten sind nicht heilbar. In der Behandlung kann es nur um die Beeinflussung zu einem möglichst günstigen Verlauf gehen.

Dabei scheint die medizinische Wissenschaft gerade am Beispiel des Typ-2-Diabetes davon auszugehen, daß der Diabetiker wie eine „Menschmaschine funktioniert“, deren „diabetische Störung“ einfach durch immer bessere Behandlung und Schulung günstig zu beeinflussen sei!

Gelingt diese günstige Beeinflussung nicht, so liegt eine fehlerhafte Umsetzung dieser wissenschaftlich-optionalen Behandlungs- oder Schulungstechniken vor. *Arzt oder Patient haben dann versagt.*

Die Möglichkeiten ärztlichen Handelns sind gerade beim Diabetes extrem beschränkt. Das einzige, was wirklich geht, ist die traditionelle ärztliche Haltung, daß der Arzt nur Angebote machen kann, die der Patient in seiner Autonomie, zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung zu einer „gesünderen Diabetesführung“ nutzen kann oder auch nicht. Der Arzt

behandelt hier sehr traditionell und wird zum Förderer von Entwicklung zu mehr Gesundheit.

Seine Haltung ist bescheidener und entlastet ihn durch Anerkennen der Realität. Die Patienten sind entlastet, weil es erst einmal um die *Förderung* ihrer Fähigkeiten zu mehr Gesundheit geht. Entwicklungsförderung ist *nun das Ziel, mehr Gesundheit die zwangsläufige Folge*.

Dieser Denkstil ist nicht neu. Hausärztliche Arbeit mit dem Diabetes ist durch ihn bestimmt. Die Möglichkeiten, die er für die Entwicklung der Patienten bietet, werden jedoch viel zu wenig genutzt, weil der Blick immer auf die „naturwissenschaftlich vorgegebenen Ziele“ gerichtet wird, deren dauerndes, zum Scheitern verurteiltes Erreichen Wollen, *die Entwicklung für Patienten und Hausärzte fast unmöglich macht!*

Für die *Patienten* bedeuten Therapieziele oft das, wovon sie glauben, daß es ihr Arzt für ein sinnvolles Therapieziel hält. In einer eigenen Untersuchung berichteten 20 ältere Typ-2 Diabetiker, daß man dem Arzt immer sagen soll, was man glaubt, was der Arzt von einem hören will! Die wirklich individuellen, vielleicht erst einmal gar nicht krankheitsbezogenen Therapieziele mit dem Patienten zusammen zu entwickeln, wird häufig verabsäumt. Das Problem ist, daß Therapieziele für Patienten und Ärzte Endpunkte einer Entwicklung sind. Erst einmal müßten beide all das schaffen, was die Diabetologie von ihnen fordert, z. B. das Erreichen von Abnehmen, mehr Bewegung, korrekte Medikamenteneinnahme oder auch die korrekte Durchführung von Vorsorgemaßnahmen. Indem der Blick *nur auf das Therapieziel*, sei es auch das individuelle des Patienten gerichtet wird, geht die Perspektive verloren, daß zur Erreichung des Ziels *Entwicklung* notwendig ist. Es kann deshalb in der Patientenfallkonferenz sehr nützlich sein, immer im Hinterkopf die Frage zu haben, was denn eigentlich nützen könnte, damit Arzt und Patient sich erst einmal gemeinsam auf den Weg zu einer Entwicklung machen, um Therapieziele miteinander finden zu können.

Auftragsklärung

Die systemisch Therapie benennt den Prozeß der Findung von Therapiezielen auch mit dem Begriff „Auftragsklärung“. Dieser ist für Hausärzte interessant, da sie oft sehr ähnlich mit ihren Patienten verfahren.

Ungeklärte Behandlungsaufträge

Die Patienten haben oftmals völlig andere Therapieaufträge an die Therapeuten, als die Therapeuten das von Patienten erwarten. Ungeklärte Therapieaufträge sind eine der häufigsten Ursachen für therapeutisches Scheitern. Dies führte auf die Fährte eines von Steve de Shazer (De Shazer 1994), einem amerikanischen Familientherapeuten, entwickelten Konzeptes. De Shazer hat lange Jahre an dem Thema „Therapiescheitern“ gearbeitet. Sein Ergebnis ist, daß therapeutisches Scheitern in den meisten Fällen durch ungeklärte Therapieaufträge (nicht geklärte Therapieaufträge) verursacht ist.

Der Beratungsprozeß

Vor jedem Auftragsklärungsprozeß steht die Beratung. Dahinter steht die Idee des „Schwelligkeitsproblems in der Behandlung“. Man unterscheidet zwischen niederschwelligen und höherschwelligen Angeboten.

Niederschwellige Angebote sind Beratung und Auftragsklärung die vom Patienten keine Veränderung seiner Einstellungen oder seines Verhaltens erwarten. Es soll lediglich miteinander gesprochen, nachgedacht und, wenn möglich am Ende des Gesprächs, eine Entscheidung getroffen werden, wie weiter verfahren werden soll. Dabei sind alle Entscheidungen des Patienten möglich und grundsätzlich zu akzeptieren.

Höherschwellige Angebote sind Diabetesschulung und Praxistraining. Sie haben Einstellungs- und Verhaltensveränderung zum Ziel.

Das setzt vom Patienten eine Entscheidung (Auftragsklärung) voraus, was er will, die in der Beratung vorher erfolgen muß.

Schwelligkeitsproblem in der Diabetikerschulung

	Beratung (niederschwellig)	Schulung (höherschwellig)
<i>Auftragsstatus</i>	<i>Besucher / Klagende</i>	<i>Kunden</i>
Absicht	Klärung der Fragen: <ul style="list-style-type: none"> • Was für grundlegende Beschränkungen hat der Patient (HOPS)? • Welche Informationen braucht der Patient zur Entscheidung, was er will? • Was will der Patient? 	Erwerb von Handlungstechniken: <ul style="list-style-type: none"> • Abnehmen • Insulinmanagement • Komplikationsprophylaxe
Ziel	Auftragsklärung	Verhaltensveränderung
Umsetzung	Klärungsprozeß <ul style="list-style-type: none"> • Erfahrung • Problem • Wunsch 	Schulung nach Curriculum
Qualitätsmerkmale	Struktur und Prozeßqualität	Ergebnisqualität ???

Die Grundidee muß also lauten: *Beratung und Auftragsklärung vor jeder Schulung!*

Lassen Sie diese wie unten beschrieben ablaufen. Es sei darauf hingewiesen, daß Ihre Haltung wirklich eine neutral offene sein muß, damit der Patient sich frei entscheiden kann.

- **Prozeß der Auftragsklärung**

Vor jeder Auftragsklärung muß strukturiert beraten werden

- o *Erfahrungen des Patienten genau beschreiben*
Was hat bisher funktioniert / nicht funktioniert?
- o *Größtes Problem*
Die Patientenbeschwerde wörtlich nehmen.
- o *Größter Wunsch*
Die Lösungsidee wörtlich nehmen.

- o Klären was der Patient zu einer mündigen Entscheidung im Problem Kontext noch für Informationen braucht und ihm diese wertfrei zur Verfügung stellen.

- **Der Auftragsstatus des Patienten:**

De Shazer (De Shazer 1994) unterscheidet drei Formen des Auftragsstatus von Patienten:

- o *Der Besucher*
Er hat kein Krankheitsproblem und keine Idee, was er an seiner Erkrankung ändern will. Häufig sind diese Patienten in die Therapie geschickt worden (zum Beispiel durch den Hausarzt ins Krankenhaus). Er geht zum Arzt, weil man mit Diabetes zum Arzt geht.
- o *Der Klagende*
Er hat ein Problem, also Krankheitsbewußtsein, aber keine Idee, was er ändern will. Sein Anliegen ist es, daß seine Klage erhört wird.
- o *Der Kunde*
Er hat ein Problem und eine Idee, was er ändern will. Er ist der ideale Patient, denn er hat Problembewußtsein und die Idee, eigenverantwortlich etwas zu verändern.

Nach der Beratung den Auftragsstatus Nach kritischer Reflexion durch den Beraten- den genau definieren

Besucher? / Klagender? / Kunde?

- **Habe ich einen Besucher vor mir?**

Wenn Sie den Eindruck haben, daß Ihr Patient ein Besucher ist, also weder ein Problembewußtsein noch eine Lösungsidee mitgebracht hat, dann machen Sie ihm Komplimente. Bekräftigen Sie, daß Sie es erst einmal gut finden, daß er überhaupt gekommen ist und daß er bei Ihnen jederzeit willkommen ist. In der Hausarztpraxis haben Sie die Möglichkeit, ihn wieder einzubestellen und über einen längerfristigen Kontakt und mehrere Beratungsgespräche unter Umständen seinen Besucherstatus in den eines Klagenden oder Kunden umzuwandeln.

- **Habe ich einen Klagenden vor mir?**

Wenn Sie den Eindruck gewinnen, daß Ihr Patient im Auftragsstatus eines Klagenden steht, dann wird es sehr darauf ankommen, seine Klage zu konkretisieren. Die meisten Patienten, die als Klagender wünschen, daß ihre Wehklage erhört wird, formulieren eine ausgesprochen vage Beschwerde. Im Rahmen des Beratungsprozesses können Sie nun versuchen, aus dieser vagen Beschwerde durch Aufforderung an den Patienten, seine Beschwerde so genau und realistisch als möglich zu formulieren, eine differenzierte, detaillierte und damit lösungstaugliche Beschwerde entwickeln. Zumeist entsteht über das detaillierte und differenzierte Benennen einer realen Beschwerde auch schon eine Idee, was der Patient an Wünschen hat zur Verbesserung seiner Situation. Damit ist oft der Schritt zum Kunden getan.

Ein besonderes Problem von klagenden ist es, daß mit der Besserung oder gar dem Verschwinden ihres Problems, ihre Berechtigung zur „Wehklage“ bei Arzt oder Berater aufhört zu existieren. Deshalb muß man dem klagenden verdeutlichen, daß er auch weiter „Wehklagen“ kann, auch wenn sein (Diabetes)-Problem gelöst wird.

- **Habe ich einen Kunden vor mir?**

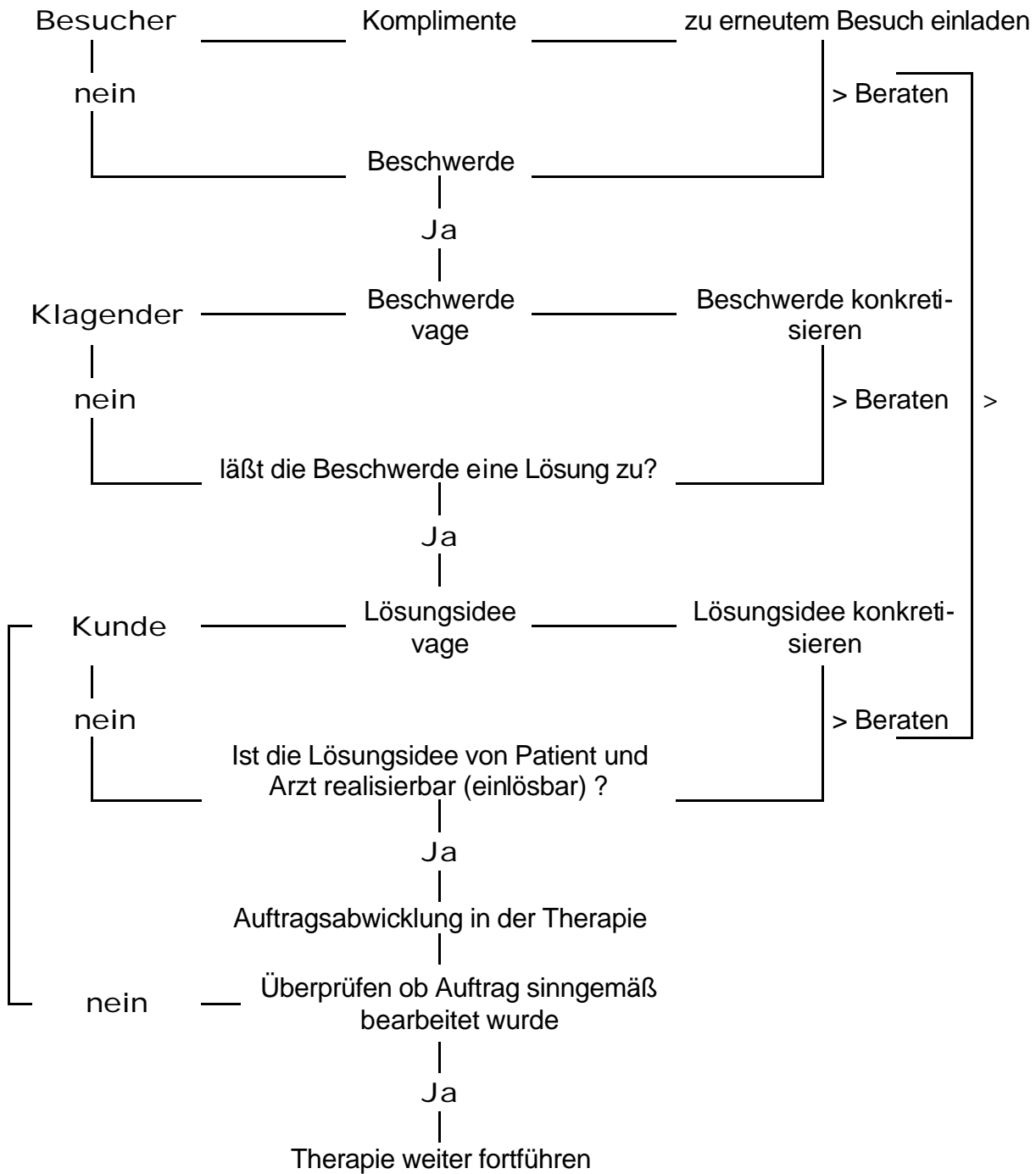
Wenn Sie glauben, daß Ihr Patient im Auftragsstatus des Kunden steht, dann wird es wichtig sein, seine Lösungsideen so genau als möglich zu definieren. Bietet er Ihnen nur vage Lösungsvorstellungen an, so beginnen Sie mit dem Prozeß der Konkretisierung. Versuchen Sie, am Ende eine möglichst detaillierte und differenzierte Vorstellung über mögliche Problemlösungen zu gewinnen. Hier ist die Frage wichtig, ob die Problemlösungsvorstellungen des Patienten schon einmal funktioniert haben oder nicht. Haben Sie nämlich einen Patienten, der schon funktionierende Problemlösungen zur Verfügung hat, können Sie versuchen, diese weiter gezielt einzusetzen. Stellt er Ihnen aber Problemlösungsansätze vor, die nicht funktionieren, insbesondere immer wieder nicht funktionieren, so wissen Sie, daß Sie diese Lösungsansätze in Ihrer Therapie nicht noch einmal versuchen müssen.

Zusammenfassend kann man also sagen, daß im Rahmen des Beratungsprozesses folgende Aufträge definiert werden können: Besucher bleiben Besucher, und Klagende sollen ihre Beschwerde so detailliert als möglich formulieren. Kunden sollen Beschwerde und Lösungsidee so detailliert und lösungstauglich als möglich benennen. Dabei sei noch einmal darauf hingewiesen, nichts in den Patienten hineinzudeuten oder ihm eigene Lösungsvorschläge quasi in den Mund zu legen. Beides wird nicht zu einer realen Lösung beitragen. Der oben beschriebene Sachverhalt ist in der Grafik nächste Seite noch einmal dargestellt.

Weiteres Vorgehen

- Besucher bleiben willkommenerweise Besucher, auch in der Schulung.
- Klagenden und Kunden wird die Schulung angeboten.

Prozeßalgorithmus der Auftragsklärung



Aus „Vagem“ Konkretes machen

Ablauf der Sitzung:

Besprechung eines Patientenfalls, bei dem es um die Frage des Therapieauftrags geht.

Rückmelderunde

Befragen Sie die Teilnehmer, ob sie das Konzept der QZ-Sitzungen verstanden haben.

Erfragen Sie, ob der Ablauf der Patientenfallkonferenz klar ist. Sollten hier Fragen auftauchen, klären Sie diese, denn Verständnisschwierigkeiten bei Sitzungsablauf machen den Start der Gruppe unnötig schwer. Leiten Sie jetzt über zur 1. Patientenfallkonferenz.

Patientenfallkonferenz

Beziehungsproblem:

Fordern Sie jetzt einen der Kollegen auf, einen schwierigen Behandlungsfall zum Thema Therapieziele vorzustellen. In der ersten Stunde werden Sie sicher eine Menge Widerstand verspüren. Die Patientenfallkonferenz ist neu, ungewohnt und erwartet ja von den Hausärzten in einer offiziellen Runde etwas zu tun, was sie wenig kennen und was häufig mit Angst besetzt ist. Besonders ängstigen kann die Vorstellung über Beziehungen zum Patienten zu sprechen, da es auch um eigene Gefühle und Vorstellungen geht. Ermutigen Sie die Kollegen immer wieder einfach zu erzählen, was sie mit dem Patienten erlebt haben, was für Gefühle sie haben und was ihre Probleme sind. Sollte hier die Tatsache Schwierigkeiten machen, daß es um Therapiezielprobleme geht, verweisen Sie darauf, daß ein Vorsteller doch einfach einmal *einen dauerhaft schwer übergewichtigen Patienten vorstellt, bei dem eigentlich die Therapieziele „ganz klar sind“, aber trotzdem keines erreicht wird.* Wenn der vorstellende Arzt den Patienten vorgestellt hat, bringen Sie die Gruppe darüber ins Gespräch. Achten Sie auf die Vollständigkeit der Vorstellung (S. XX). Lassen Sie dann den Kollegen seine Idee zum Beziehungsproblem benennen, dann die Gruppe. Fragen Sie einmal in die Runde, was sie denn glauben, was die Beziehung von Arzt und Patient verbessern könnte. Greifen Sie hier das oben beschriebene Thema auf und fragen Sie, ob mit dem Patienten schon einmal in der Therapie etwas wirklich gut geglückt ist und was denn da so *nützlich* war, eine *Veränderung* zu erreichen. Fragen Sie die Gruppe danach, was für die Verbesserung der Beziehung nützlich sein könnte.

Behandlungsproblem:

Wenn der Vorsteller alle Informationen zum Behandlungsverlauf gegeben hat, werden diese genau protokolliert. Sie überwachen wieder die Vollständigkeit.

Dann benennt er seine Idee zum Behandlungsproblem. Zum Schluß benennt die Gruppe ihre Idee.

Sie können die Gruppe auffordern, bei der Äußerung ihrer Ideen zum Behandlungsproblem einmal „sinnvolle Therapieziele zu formulieren“ und diese im Protokollblatt „detaillierter Behandlungsverlauf“ aufzuschreiben. Wird die Diskussion kontrovers, so sollen die Teilnehmer einmal in den NIDDM-Empfehlungen nachlesen. Der kritische Vergleich beider Positionen hilft der Gruppe ihren eigenen Standort besser zu benennen und sich damit auseinanderzusetzen.

Fragen Sie dann zum Abschluß, „was denn die Patienten denken, was ihre Ärzte denken, was die Ziele der Patienten sind“?

Stören Sie sich an dieser etwas komplizierten Frageform nicht, man nennt sie zirkuläres Fragen, und sie kommt aus der systemischen Familientherapie. Das ganze wirkt etwas gestelzt, zwingt aber den Arzt dazu, in einer für ihn ungewohnten Weise einmal die Sicht des Patienten aufzunehmen. Lassen Sie eine Runde durchlaufen und registrieren Sie die Reaktion in der Gruppe genau. Hier ist entscheidend, daß die Gruppe sich einmal mächtig wundern darf, was denn so für Zuschreibungen bezüglich der Therapieziele unserer Patienten in Ärzteköpfen vorliegen.

Neuer Behandlungsplan:

Bringen Sie die Gruppe jetzt darüber ins Gespräch, wie man das Ergebnis der Behandlungsproblem- und Beziehungsproblemdiskussion zusammenfassen kann und wie daraus ein besserer Behandlungsplan für den vorgestellten Patienten entstehen kann. Bekräftigen Sie alle Ideen der Gruppe nachdrücklich. Wichtig dabei ist, daß der vorgegebene Rahmen, insbesondere die vorgegebenen Schritte exakt eingehalten werden. Tragen Sie zu jedem Schritt die entsprechende Lösungsidee der Gruppe ins Protokoll ein. Gehen Sie jetzt schrittweise vor:

- *Was muß für eine bessere Beziehung von Arzt und Patient getan werden?*
Sprechen Sie an, welches Therapieziel wohl für den Arzt am vordringlichsten ist und welches für den Diabetiker. Überlegen Sie besonders, wie man das gemeinsame

Formulieren eines für beide akzeptablen Therapieziels für die Veränderung festgefahrener Gewohnheiten und für neue Entwicklungsschritte nutzen kann.

- *Schritte, dieses Therapieziel zu erreichen*

Überlegen Sie, welche Schritte sich ergeben müßten, damit die oben definierten Therapieziele erreicht werden können.

- *Wie rede ich mit dem Patienten über die gemeinsamen Therapieziele und deren evtl. Veränderungen?*

Hier können Sie die Gruppe ins Gespräch darüber bringen, wie der vorstellende Arzt mit seinem Patienten in einer ganz normalen Sprechstundensituation über das Thema Therapieziele „ins Geschäft kommen kann“. Fordern Sie die Gruppe auf, mit dem vorstellenden Arzt zusammen eine solche Szene durchzuspielen. Verweisen Sie besonders darauf, daß es helfen könnte, wenn die Gruppe Formulierungen finden kann, die es dem Arzt leichter machen, mit dem Patienten ins Gespräch zu kommen.

- *Wie motiviere ich den Patienten zu Veränderungen in der Krankheitsführung?*

Nutzen Sie hier die Ergebnisse des Abschnitts „Behandlungsproblem“, insbesondere die Abschlußfrage. Die lautet: „Was denn die Patienten denken, was ihre Ärzte denken, was die Ziele der Patienten sind.“ In der Diskussion zu diesem Thema ist es wichtig darauf hinzuweisen, daß ja vielleicht erst einmal der Hausarzt seine Haltung verändern muß. Hier ist es sinnvoll mit den Hausärzten zu überlegen, was es eigentlich für Patienten bedeutet, dauernd nicht erreichbare Therapieziele vorgesetzt zu bekommen. Die Herstellung von Veränderbarkeit beim Patienten setzt oft voraus, daß der Hausarzt sich in seiner Haltung verändert und dem Patienten somit eine Chance zu Veränderung gibt. Lassen Sie diese Feststellung ruhig erst einmal so im Raume stehen. In den weiteren Sitzungen wird es sehr darum gehen, sich gerade mit diesen Gedanken zu beschäftigen. Fragen Sie die Kollegen, wie es ihnen mit der Idee geht, erst einmal mit dem Patienten aus einer Position von „neutraler Neugier“ zu reden, ohne seine Beiträge zu werten oder ohne gleich ein angepeiltes Ziel erreichen zu wollen. Tragen Sie die Vorschläge der Gruppe zu jedem Schritt ins Protokoll ein.

Zum Abschluß der Sitzung bekommt der vorstellende Arzt das nun mittlerweile von Ihnen oder vom Protokollführer vollständig ausgefüllte Protokoll übergeben. Sie sollten den Vorsteller bitten, das Protokoll beim nächsten Mal für jeden Teilnehmer kopiert mitzubringen.

**Thema: Das Therapiezielproblem
- Beziehungsprobleme -**

Patienteninitialen: _____ Alter: _____ M/W

Achtung Moderation
Hier erst protokollieren, wenn dieser Gesprächsabschnitt abgeschlossen ist.

Analyse der Beziehungsprobleme durch die Gruppe

**Lösungsidee der Gruppe für eine bessere Beziehung von Arzt
und Diabetiker im Kontext der Therapiezielproblematik**

Thema: Das Therapiezielproblem - Detaillierter Behandlungsverlauf -
--

Achtung Moderation!
Hier von Anfang an genau protokollieren

Anamnese	Darauf bezogenes Therapieziel	Jahr

Analyse des Therapiezielproblems durch die Gruppe
--

Thema: Das Therapiezielproblem

- Was braucht der QZ an Weiterbildung? -

Achtung Moderation!
Hier von Anfang an genau protokollieren

Fragen zum Therapiezielproblem	Priorität

Braucht der QZ einen Experten, wen, wann?

Wenn der QZ die Fragen selber beantworten kann, wer bereitet welches Thema vor?

	Name

**Thema: Das Therapiezielproblem
- Neuer Behandlungsplan -**

**Definition eines neuen für Arzt und
Diabetiker gemeinsam sinnvollen Therapieziels**

Schritte, dieses Therapieziel zu erreichen

**Wie rede ich mit dem Patienten
über die neuen Therapieziele ?**

**Wie kann ich den Patienten unterstützen, die neuen
Therapieziele umzusetzen ?**

3. Sitzung

Thema: Stoffwechselfelbstkontrolle und Stoffwechselfeldiagnostik

– Das Wahrnehmungsproblem beim Diabetes –

Arbeitsziele:

- Umsetzung der Stoffwechselfelbstkontrolle zusammen mit dem Patienten in der Sprechstundenarbeit
- Sinnvolle diabetologische Diagnostik

Themenhintergrund:

Stoffwechselfelbstkontrolle und Diagnostik sind unbestritten Eckpfeiler der Diabetikerbehandlung. Bei der Stoffwechselfelbstkontrolle wird jedoch häufig nur auf die Bedeutung der Blut- oder Urinzuckerselbstmessung für die Stoffwechselkontrolle gesehen. Letztlich ist keine Diabetesbehandlung ohne Stoffwechselfelbstkontrolle möglich, da dem Patient eine Stoffwechselwahrnehmung fehlt. Diese Wahrnehmung kann er nur durch das künstliche Medium der Stoffwechselfelbstkontrolle ersetzen. Dabei kommt der Stoffwechselfelbstkontrolle eine besondere Bedeutung in der **Krankheitswahrnehmung** des Diabetikers zu.

Beim Diabetes mellitus liegt eine Wahrnehmungsstörung auf drei Ebenen vor. Erstens spürt der Patient seine Erkrankung nicht, was wir als Symptomarmut beschreiben. Einen Zugang zu seinem Kranksein kann er letztlich nur über die Stoffwechselfelbstkontrolle erreichen. Diese unterscheidet sich von der ärztlichen Diagnostik dadurch, daß er sie selber durchführt und somit eine direkte Beziehung für sein Wahrnehmen und Erleben herstellen kann. Die Stoffwechselfelbstkontrolle ist ein entscheidender Schritt zur Stärkung der Krankheitswahrnehmung, die selbst eine wichtige Voraussetzung zur Krankheitsannahme ist. Deshalb ist es nicht sinnvoll, beim Blut- oder Urinzuckermessen immer nur darauf hinzuweisen, daß sie für die Therapie so wichtig ist. Häufig ist es für den Patienten viel einsichtiger, daß ihm ja ein Sinnesorgan für den Blutzucker fehlt und daß er über die Stoffwechselfelbstkontrolle vielmehr wahrnehmen und spüren kann. Außerdem ermöglicht

ihm die Stoffwechselführung, mit dem Arzt über seinen Diabetes zu reden. Sie schafft einen kontinuierlichen Kontakt! Selbstgemessene Blutzuckerwerte ermöglichen die Auseinandersetzung mit dem Diabetes in der Behandlungsbeziehung. Dabei bedeutet das Selbermessen von Urin- und Blutzucker, dem Arzt ein Angebot zu machen, darüber zu reden. Diese Angebotsseite wird viel zu wenig beachtet, sie sollte immer gefördert werden. Für den Arzt bedeutet die Stoffwechselführung eine erhebliche Entlastung, weil er sofort weiß, was mit dem Diabetes des Patienten los ist. Sie bietet auch ihm eine ideale Möglichkeit, mit dem Patienten in ein Gespräch zu kommen. Desweiteren kann die Blut- oder Urinzuckerselbstmessung beim Patienten eine kritische Haltung sich selber gegenüber erzeugen. Diese kritische Haltung entlastet wiederum den Arzt sehr, weil er dann nicht der Mahnende und Benennende sein muß, der auf die Stoffwechselführung hinweist, sondern der Patient ja selber mitbekommt, was mit seinem Zucker los ist. Das macht den Arzt in der Arbeit mit dem Patienten viel beweglicher.

Die sinnvolle metabolische Diagnostik beim Diabetes mellitus ist vom Gesichtspunkt der Beziehungsebene eigentlich weniger bedeutsam. Wer kontinuierlich seine eigenen Urin- oder Blutzuckerwerte aufschreibt, wird bei weitem nicht so angewiesen auf ein HBA_{1c} sein, wie ein Patient, der überhaupt keine eigene Stoffwechselführung betreibt. Ein wichtiger Aspekt beim HBA_{1c} ist es ja, daß man Patienten, die nichtstimmige Werte aufschreiben, mit dem HBA₁ **überführen** kann. Diese Haltung ist ungemein gefährlich. Da die Vorhaltung des Hausarztes, daß die gemessenen Werte des Patienten mit dem HBA_{1c} nicht übereinstimmen, muß dieser als kränkend und entlarvend erleben. Hier kann eine Hilfe sein, dem Patienten immer wieder anzubieten, ob er Interesse daran habe, seinen HBA₁ bestimmen zu lassen, damit man einmal über einen längeren Zeitraum einen Mittelwert für seine Stoffwechselführung bekommen kann. Fällt der HBA₁ dann viel schlechter aus als die gemessenen Werte des Patienten, so kann man mit ihm darüber ins Gespräch kommen, weil er selber diese Untersuchung haben wollte. Häufig lassen sich gerade in einem solchen Kontext Schwierigkeiten mit der **ehrlichen Dokumentation** der Blutzuckerwerte ansprechen oder warum Patienten überhaupt nicht dokumentieren. Das ist allemal besser, als dem Patienten das Gefühl zu geben, er wird durch das HBA₁ **überführt**.

Ablauf der Sitzung:

Rückmelderunde

Fragen Sie den Vorsteller der letzten Sitzung, wie es ihm mit den Arbeitsergebnissen in der akuten Behandlungsarbeit ging. Fragen Sie ihn nicht nur danach, ob die Arbeitsergebnisse etwas in der Verbesserung der Behandlung bewirkt haben, fragen Sie ihn besonders danach, ob er sich in seiner Behandlung entlastet fühlt. Geben Sie der Gruppe 15 Minuten Raum, über den Erfahrungsbericht zu diskutieren.

Patientenfallkonferenz

Beziehungsproblem:

Sprechen Sie jetzt die Kollegen an, einen Behandlungsfall vorzustellen, indem es um Stoffwechselfbstkontrolle geht. Haben die Kollegen keine Idee, welchen ihrer Patienten sie vorstellen, so fragen Sie doch einmal nach einem Patienten, **der überhaupt keine Werte aufschreibt, aber kontinuierlich mißt, oder einen Patienten, bei dem der Arzt die Idee hat, daß er falsche Werte aufschreibt.** Hier kann es spannend sein, auch darauf hinzuweisen, daß es doch bestimmt einen übergewichtigen Diabetiker gibt, der dieses Problem hat. Wenn der vorstellende Arzt seine Vorstellung beendet hat und er seine erste Idee formuliert hat, bringen Sie die Gruppe ins Gespräch über seine Äußerungen. Unterstützen Sie hier wieder alle Ideen, die danach fragen, was eigentlich die Stoffwechselfbstkontrolle für den Patienten bedeutet oder was sie auch dem Patienten direkt nutzen kann. Sie können das unterstützen, indem Sie einmal nach Situationen fragen, in denen der Patient die Stoffwechselfbstkontrolle als sehr nützlich und hilfreich erlebt hat. Versuchen Sie die Gruppe anzuregen, darüber ins Gespräch zu kommen, was hierbei für Veränderungen beim Patienten nützlich war. Fragen Sie auch danach, was denn die Stoffwechselfbstkontrolle eigentlich für den Arzt bedeutet und ob es neben der reinen metabolischen Funktion auch noch eine Bedeutung für die Beziehung hat, wenn der Patient kontinuierlich Blutzucker mißt. Lassen Sie am Ende der Stunde wieder die Gruppenidee formulieren und einen ersten Lösungsansatz suchen. Bekräftigen Sie hier wieder, alle Lö-

sungen, die versuchen herauszuarbeiten, was denn die Stoffwechselfbstkontrolle außer ihrer metabolischen Funktion sonst noch für einen Nutzen für Arzt und Patienten haben könnte.

Behandlungsproblem:

Der Arzt soll seine gesamten diagnostischen Maßnahmen und auch Art und Weise der Stoffwechselfbstkontrolle des Patienten noch einmal vorstellen.

Achten Sie wieder auf Vollständigkeit.

Tragen Sie diese genau im Protokollblatt „***Detaillierter Behandlungsverlauf***“ ein.

Fordern Sie die Gruppe hier auf, einen eigenen Standard für Stoffwechselfbstkontrolle und Diagnostik zu formulieren.

Fordern Sie zum Vergleich mit den NIDDM-Empfehlungen auf und ermutigen Sie die Gruppe zur kritischen Diskussion.

Neuer Behandlungsplan:

Fordern Sie die Gruppe auf, die Erkenntnisse der ersten beiden Schritte in einem neuen Behandlungsplan zu formulieren. Gehen Sie dabei wieder nach dem Protokoll vor, notieren Sie jede Idee der Gruppe im Protokoll.

- **Was muß für eine bessere Beziehung von Arzt und Patient getan werden?**

Bringen Sie die Gruppe darüber ins Gespräch, was denn die Stoffwechselfbstkontrolle sowie ärztliche Stoffwechselfdiagnostik für die Beziehung von Arzt und Patient bedeuten. Versuchen Sie hier den Fokus darauf zu lenken, was denn das Ziel der Stoffwechselfbstkontrolle für den Patienten sein könnte und insbesondere was hier die Bedeutung seiner Stoffwechselfbstkontrolle für eine Veränderung seiner Krankheitsführung bedeuten kann. Sprechen Sie dann die Frage an, was denn die Diagnostik des Arztes für den Patienten bedeuten könnte. Lassen Sie hier ruhig kontroverse Beiträge zu und fördern Sie diese.

- **Definition eines für Arzt und Patienten im Zusammenhang mit der Stoffwechselfselbstkontrolle sinnvollen Therapieziels**

Bringen Sie die Gruppe darüber ins Gespräch, wie der Arzt zusammen mit seinem Patienten ein Therapieziel für die Stoffwechselfselbstkontrolle definieren könnte. Sie können das Thema auch hier erweitern und auch auf weitere Vorsorgediagnostik wie Fußinspektion, Blutdruckmessung, die Augenhintergrundsuntersuchung, EKG, Bestimmung von Blutflecken Nierenwerten zu sprechen kommen.

- **Schritte, dieses Therapieziel zu erreichen**

- o *Welche Diagnostik oder welche Stoffwechselfselbstkontrolle ist notwendig?*

Lassen Sie die Gruppe genau festlegen, welche Stoffwechselfselbstkontrolle sowie welche diagnostischen Maßnahmen für diesen Patienten sinnvoll wären. Fragen Sie hier noch einmal nach, wie es mit der Stoffwechselfdokumentation bestellt ist, wie sie durchgeführt werden soll und wie auch der Arzt mit seinen eigenen Untersuchungsergebnissen in der Beziehung zum Patienten arbeiten soll.

- o *Wie rede ich mit dem Patienten über die Stoffwechselfselbstkontrolle und evtl. Veränderungen?*

Bringen Sie die Gruppe darüber ins Gespräch, ob sie eine Idee hat, wie das Gespräch, das der Vorsteller mit seinem Patienten führen muß, aussehen könnte. Unterstreichen Sie, daß ja die Gruppe dem Vorsteller enorm helfen kann, eine Art und Weise herauszufinden, wie er mit dem Patienten über Stoffwechselfkontrolle und Dokumentation ins Gespräch kommen kann. Ermutigen Sie alle Ansätze zum konkreten Durchspielen einer solchen Gesprächssituation. Fragen sie nach dem Diabetiker-Pass der DDG. Könnte sein führen hier hilfreich sein?

- o *Wie motiviere ich den Patienten zur Veränderung in der Stoffwechselfselbstkontrolle?*

Bringen Sie die Gruppe darüber ins Gespräch, indem Sie fragen, was denn für einen Nutzen der Patienten von der Stoffwechselfselbstkontrolle und Dokumentation haben kann. Lassen Sie die Gruppe noch einmal in die Perspektive des Patienten gehen und formulieren, was jeder einzelne Teilnehmer glaubt, was dem Patienten denn daran nützen kann. Fordern Sie die Gruppe auf zu überlegen, wie man diesen „*Patientennutzen*“ in den neuen Behandlungsplan integrieren kann.

Thema:
Stoffwechselfelbstkontrolle und Diagnostik
- Beziehungsprobleme -

Patienteninitialen: _____ Alter: _____ M/M

Achtung Moderation:
Hier erst protokollieren, wenn dieser Gesprächsabschnitt abgeschlossen ist!

Analyse der Beziehungsprobleme durch die Gruppe

Lösungsidee der Gruppe für eine bessere Beziehung von Arzt und Diabetiker im Kontext Stoffwechselfelbstkontrolle

Thema: Stoffwechselfelbstkontrolle und Diagnostik

- Detaillierter Behandlungsverlauf -

Achtung Moderation:
Hier von Anfang an genau protokollieren!

Anamnese der Stoffwechselkontrolle und Diagnostik	Jahr

Jetzige Form der Stoffwechselfelbstkontrolle

Jetzige Form der Diagnostik	Durchgeführt	Befunde
HB _{A1C}	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>	
Fette	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>	
Creatinin/i.S.	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>	
Microalbumine	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>	
RR	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>	
Augenkonsil	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>	
Stimmgabeltest	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>	
EKG	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>	

Analyse der Gruppe zu Behandlungsproblemen im Kontext Stoffwechselfelbstkontrolle

Thema: Stoffwechselfelbstkontrolle und Diagnostik

- Was braucht der QZ an Weiterbildung -

**Achtung Moderation:
Hier von Anfang an genau protokollieren!**

Fragen zu Stoffwechselfelbstkontrolle und Diagnostik	Priorität

(Alle Teilnehmer nehmen den Diabetespass DDG zur Hand)

Braucht der QZ einen Experten, wen, wann?

**Wenn der QZ die Fragen selber beantworten kann,
wer bereitet welches Thema vor?**

	Name

Thema: Stoffwechselfelbstkontrolle und Diagnostik

- Neuer Behandlungsplan -

Definition eines für Arzt und Patienten im Zusammenhang mit der Stoffwechselfelbstkontrolle sinnvollen Therapieziels

Schritte, dieses Therapieziel zu erreichen

Welche Diagnostik, welche Stoffwechselfelbstkontrolle ist notwendig?

Wie rede ich mit dem Patienten über die Stoffwechselfelbstkontrolle und unterstütze ihn bei deren eventuellen Veränderungen?

4. Sitzung

Thema: Auseinandersetzungen mit dem Übergewicht bei Diabetikern

– Das Diätilemma –

Arbeitsziel:

Erarbeitung von Verfahrensweisen zur Auseinandersetzung mit dem Übergewicht bei Typ-2-Diabetikern

Themenhintergrund:

Im Rahmen der Typ-2-Diabetiker-Behandlung spielt die Behandlung des Übergewichts eine Schlüsselrolle. Macht man sich die Epidemiologie des Typ-2-Diabetes klar, so zeigt sich, daß etwa zwei Drittel der Patienten älter als 65 Jahre sind. Betrachtet man die Ergebnisse der Diabetes-Interventionsstudie aus der ehemaligen DDR, so zeigt sich, daß der durchschnittliche Bodymaßindex dieser Patienten zwischen 28 und 39 lag. Adipositas-Interventionen im Rahmen der Typ-2-Diabetiker-Behandlung heißt also Umgang mit dem erheblichem Übergewicht älterer Menschen. Betrachtet man die Literatur, so zeigt sich ein widersprüchliches Bild. Im Lancet, 1995, 346: S. 134-135, wird ein Leitartikel mit dem Thema "The ultimate Triumph of obesity" veröffentlicht. In dieser umfassenden Literaturstudie wird deutlich, daß alle bisher durchgeführten Interventionsprogramme zur Adipositasbehandlung weltweit in der Masse der Patienten und über einen längeren Zeitverlauf gewertet als gescheitert gelten müssen. Dagegen zeigen sich in der Diabetologie mannigfaltige Studien, die darlegen, daß bei entsprechender Interventionstechnik Gewichtsreduktionen durchaus zu erzielen sind. In Mehnerts Lehrbuch aus dem Jahr 1995 (Schofflink, Usadel, Standel, Mehnert 1994) wird die Adipositas-Intervention so dargestellt, daß bei entsprechendem "pädagogischen Geschick" und nicht nachlassendem Einsatz aller Beteiligten jeder Adipöse letztlich zu verschlanken sei. Die einzige in der Masse bisher durchgeführte Interventionsstudie zur Gewichtsreduktion bei älteren Typ-2-Diabetikern ist das Schulungsprogramm von Berger, Standel, Jörgens und Grüßer, das in niedergelassenen Praxen auch als "Ziffer-15-Schulung" bekannt ist. Es bringt zwar kurzfristig durchaus akzeptable Ergebnisse, nach einem Jahr sind jedoch sowohl Körpergewicht wie HbA_{1c} wieder beim Ausgangswert oder sogar verschlechtert (siehe hierzu die Medias-II-

der beim Ausgangswert oder sogar verschlechtert (siehe hierzu die Medias-II-Studie, Kulzer 1996). Die einzigen, scheinbar Erfolg versprechenderen Ansätze, kommen aus dem Bereich der verhaltensmedizinischen Interventionen. Hierbei scheinen geringe Gewichtsverluste möglich, die Langzeitevaluation von Gewichtsverläufen über mehr als ein Jahr liegt jedoch nicht vor. Nebenbei ist der Aufwand bei dieser Form der Adipositasbehandlung erheblich und für die Massenintervention kaum tauglich (siehe Tewes 1995/Herrmanns 1996).

Theoretische und praktische Grundlagen

Zur Theorie des Wandels und ihre Anwendung im Zusammenhang mit dem Adipositasproblem von Typ-2-Diabetikern

- **Theorie der ressourcenorientierten Therapie**

Unter ressourcenorientierter Therapie versteht man eine therapeutische Grundhaltung, die davon ausgeht, insbesondere bei der Therapie chronischer Erkrankungen, deren Verlauf maßgeblich am Verhalten des Patienten bestimmt werden, nur das einzusetzen, was in der Person des Patienten oder in seinem sozialen Umfeld bereits vorhanden ist. Die Vorstellung, die dahintersteht, ist, daß Patienten oft schon über Lösungskompetenzen für Probleme verfügen, diese aber nicht nutzen. Für die Diabetologie wäre dieses insofern von großer Bedeutung, da – wie oben beschrieben – Schulung und Beratung davon ausgehen, daß durch Zurverfügungstellen von "neuem und richtigem Wissen" Verhaltensänderungen herbeigeführt werden können. Dies zeigt sich im Kontext der Typ-2-Diabetiker-Behandlung als ein Trugschluß und ist erwiesenermaßen, gerade im Bereich der Adipositasbehandlung und der damit verbundenen Stoffwechselrekompensation, unwirksam. Eine ressourcenorientierte Therapie würde weitestgehend auf Belehrungen verzichten und sich wesentlich mehr darum bemühen, die beim Patienten vorhandenen Ressourcen zur Problemlösung zu erkennen, dem Patienten zur Verfügung zu stellen und ihm bei der Umsetzung dieser Ressourcen zu unterstützen.

- **Theorie des Wandels in der Behandlung von adipösen Typ-2-Diabetikern**

Die Veränderung des Körpergewichts bei einem älteren Typ-2-Diabetiker, wie bei jedem anderen übergewichtigen Menschen, bedeutet einen Wandlungsprozeß. Dieser Wandlungsprozeß ist komplex, da er ja vom Patienten Veränderung von Einsichten, Gefühlen, Einstellungen, sozialen Beziehungen, von Verhalten erfordert, im späteren Verlauf die Entscheidung zur Stabilisierung des veränderten Verhaltens und damit zu einem selbstverantworteten und selbstbestimmten Therapiemanagement. Diese Wandlungsprozesse führen dann in der Folge zu einer Rekompensation der Stoffwechsellage. Sie werden im Rahmen der klassisch-diabetologischen Therapietheorie „mechanistisch“ verstanden. Die Theorie des Wandels aus systemischer Sicht würde hier wesentlich komplexere Wandlungsprozesse unterstellen und diese mit sys-

temischen Methoden darstellen und bearbeiten. Dabei wäre für den Systemiker die entscheidende Frage nicht, ob durch die Einführung eines Adipositasbehandlungskonzeptes eine Wandlung eintritt, dies ist ja ein Phänomen, das in den oben zitierten Studien hinreichend belegt ist, sondern wie solche Wandlungsprozesse funktionieren, und wie mit ihnen theoriegeführt verstandenerweise umgegangen werden kann. Modelle hierfür finden sich in der Literatur, wie beschrieben, bei Wazlawik (Wazlawik 1992). Übersetzt man diese wieder auf die Typ-2-Diabetologie, so würde man Arzt und Patient, sowie die Lebensumwelt in der beide agieren, als System verstehen. Ziel der therapeutischen Intervention wäre es dann, dieses System so zu beeinflussen, daß sich langfristig Veränderungen und Wandlungen des Systemsverhaltens – bezogen auf das Problem der Adipositas – ergeben. *Dabei ist wiederum entscheidend, daß das, was der Patient will, Maß dieser Systemveränderung ist.*

Nutzung der systemischen Wandlungstheorie zur Problemanalyse des weit verbreiteten Verschlankungswahns in der Diabetologie

Wie beschrieben, sind alle Versuche der Adipositasbehandlung in der Masse der älteren stark übergewichtigen Patienten gescheitert. Wie nun kann dieses Scheitern verstanden werden?

- **Von der Idee des pädagogischen Paradoxes**

Wie beschrieben, befinden sich nach systemischer Sicht Behandelnder und Patient in einem System. System heißt, es gibt wechselseitige Beeinflussungen, die sich nicht mehr isoliert nach Ursache und Wirkung trennen lassen. Wazlawik beschreibt das pädagogische Paradox, das sich sehr gut auf die Probleme der Diabetologie anwenden läßt (Wazlawik 1992). Dieses Paradox besteht im Kontext Adipositasbehandlung darin, daß Behandelnde ihre Berechtigung, einen Dicken behandeln zu können, darin sehen, daß dieser Patient mit seinem Dicksein ein Problem hat. Nun ist die Sozialisation, Ausbildung und der Arbeitsalltag aber davon bestimmt, daß sie nur ganz bestimmte Formen von Problemen im Kontext Adipositas als für die Behandlung passend und richtig anerkennen. Solche Probleme sind meist rein körperlicher Natur, beziehen sich auf die Gefährdung der Patienten durch die schlechte Stoffwechsellage und der daraus resultierenden Gefahr der Entstehung von diabetischen Folgeerkrankungen. Solche Probleme werden als wissenschaftlich bedeutsam und richtig anerkannt. Andere Probleme, wie sie in der Evaluation erfaßt werden konnten, nämlich Sorge um soziale Kontakte, materielle Verelendung,

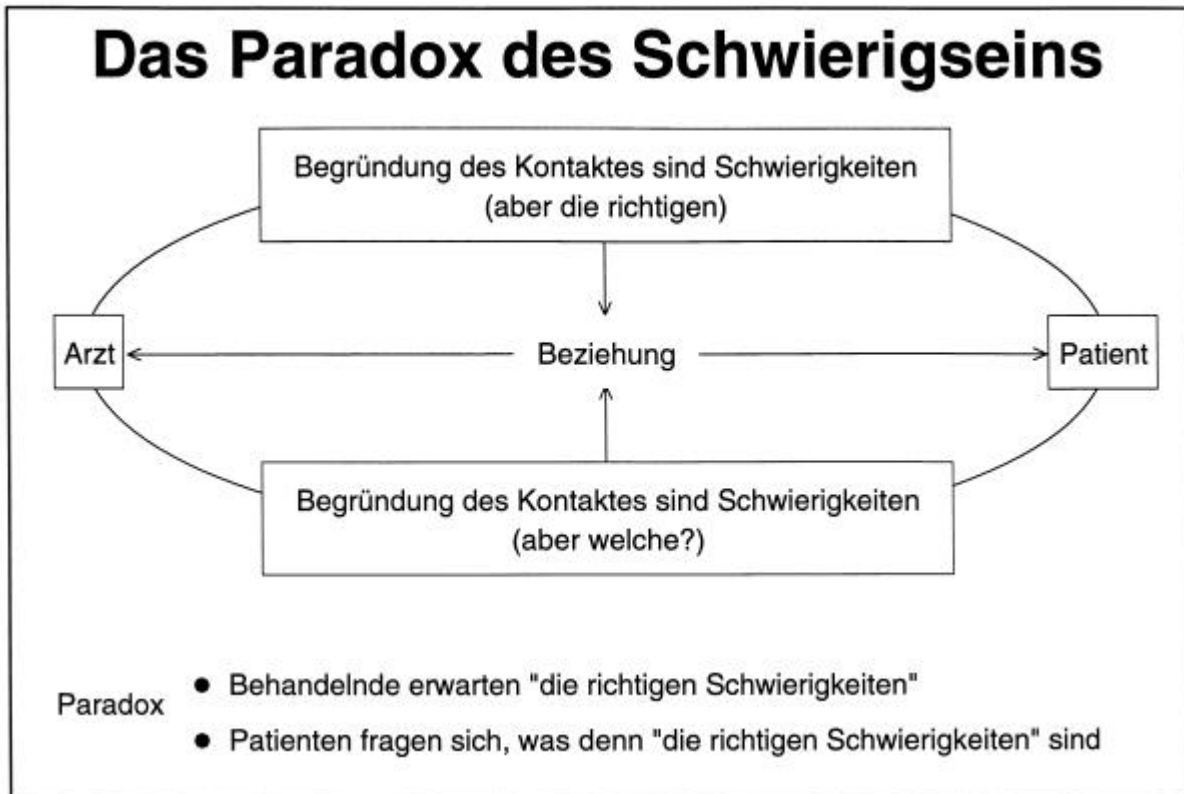
konnten, nämlich Sorge um soziale Kontakte, materielle Verelendung, Pflegeabhängigkeit im Alter, werden als nicht bedeutsam eingestuft. Behandelnde gehen bei den dicken Diabetikern davon aus, daß die Patienten genau solche Probleme als für sich wichtig anerkennen, und daß die Behandelnden diese Probleme lösen können. Auf der anderen Seite stehen die Patienten. Sie haben oft ganz andere Probleme mit dem Übergewicht, die sie mit den Problemmustern der Behandelnden, nämlich den körperbezogenen Problemen, nicht in Übereinstimmung bringen können. Ihre Probleme sind überwiegend psychosozialer und biographischer Natur. Neben den oben beschriebenen Problemen älterer Typ-2-Diabetiker geht es um das Gefühl des Sich-Wohlfühlens, des Zurechtkommens mit schwierigen Gefühlen, bei denen ja Essen eine wichtige Rolle spielt. Es geht um Probleme sozialer Anerkennung und Ausgrenzung oder auch sehr stark um Paar-Probleme. Es stellt sich den übergewichtigen Diabetikern oft die Frage, was denn von ihren vielen nicht-naturwissenschaftlichen Problemen das richtige sei, mit dem sie in der Behandlung oder in der Schulung "landen können". Das Paradox entsteht in der realen Beratungs- und Schulungssituation dadurch, daß der Arzt natürlich die Autonomie des Patienten achtet und ihn beraten will, damit der Patient sich selbst für die für ihn stimmigste Lösung seines Problems entscheidet (individuelle Therapieziele in der Diabetologie), aber unbewußt immer wieder geleitet wird von der Vorstellung, daß die Problemdefinition des Arztes im Kontext des Übergewichtes die eigentlich richtige sei. Dies setzt den Patienten einer erheblichen Doppelbotschaft aus:

Du bist frei, wir akzeptieren deine Entscheidung für oder gegen dein Übergewicht und wollen dich zur Mündigkeit hin beraten (letztlich die Grundidee des Empowerments in der Diabetologie), aber löse doch bitte deine Probleme so, wie es uns als Behandelnden richtig erscheint. Nehme ab, damit dein Stoffwechsel besser wird und diabetische Folgeerkrankungen verhindert werden, dann sind wir nämlich erfolgreiche Therapeuten.

- **Von der Idee der doppelseitigen Fixierung**

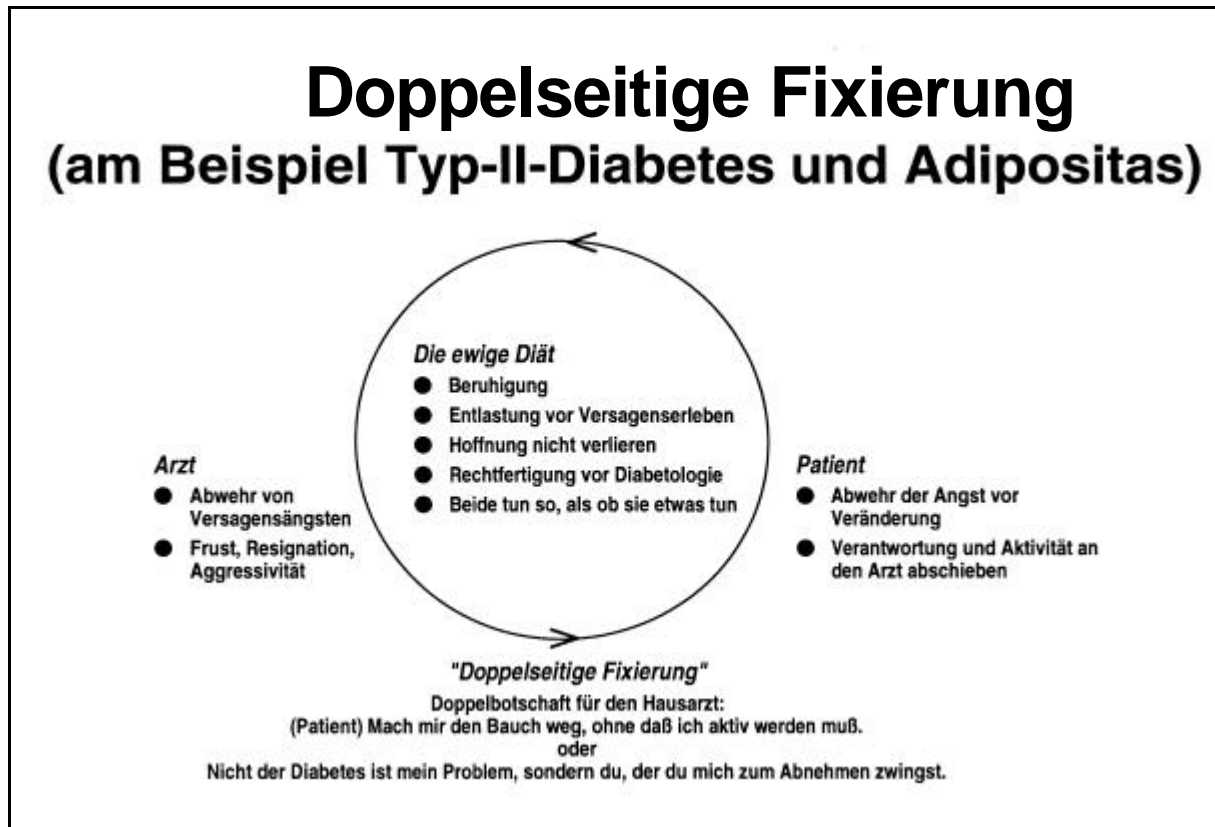
Wie man sehen kann, verbindet nun das Paradox des Schwierigseins Arzt und Patient in dieser doppelseitigen Fixierung in einer sehr ungnädigen Weise. Der Arzt hat die Idee, welche Lösungen er für die richtigen für die Probleme des Patienten hält, der Patient versucht, dem Arzt diese akzeptierten Lösungsmuster anzubieten. Dies

ist übrigens die Ursache, warum uns Patienten in der Evaluation immer wieder berichtet haben, daß man Ärzten das sagen soll, was man glaubt, was Ärzte hören wollen. Denn nur, wenn man sich so verhält, bekommt man eine stabile und wertgeschützte Beziehung zu seinem Arzt.



Es stellt sich nun die Frage, warum so viele unendliche Versuche des Abnehmens vorgenommen werden. Denkt man doch, daß bei unserer Befragung die mittlere Anzahl der durchgeführten Diäten bei den Patienten im Behandlungskontext 7 war. Hier kommt das Problem der doppelseitigen Fixierung zum Tragen. Arzt und Patient nämlich scheitern an der Aufgabe, erfolgreich die Adipositas zu behandeln. Damit der Arzt nicht als „Versager“ und der Patient nicht als „incompliant“ erscheint, müssen beide sich vor eigenen Versagens- und Ohnmachtsgefühlen schützen. Aus diesem Grunde einigt man sich auf ein sogenanntes *"Als-Ob-Spiel"*. *Man tut nämlich immer so, als ob man etwas an der Adipositas tut.* Diese unendlichen Versuche sind zwar nutzlos, aber machen klar, daß man bis zum Tode am Problem der Adipositas kämpft und deshalb für das Versagen nicht verantwortlich gemacht werden darf. Auf der anderen Seite gibt es nichts wandlungshemmenderes als sich darauf zu einigen, daß man immer wieder Unnützes tut, um das Gefühl des Versagens besser aushalten zu können. *Man ist dann quasi in diesem "Als-Ob-Spiel" vollständig gefangen und ver-*

sucht letztlich mit dem Motto "mehr des gleichen" immer wieder gegen ein an sich von beiden als unlösbar erkanntes Problem anzukämpfen. Dieses Problem "mehr des gleichen" ist in den Wandlungstheorien von Wazlawik eine der wichtigsten Ursachen für das Beibehalten eines Problems.



Diese "Als-Ob-Therapie" ist deshalb so verhängnisvoll, weil letztlich ja gerade die Chance, die in einer Wandlung läge, in diesem Beharren im „Als-Ob-Therapieren“ verhindert, ja sogar verunmöglicht wird.

So ist das Beharren auf der unendlichen Diät eigentlich die beste Garantie für ewiges Dickbleiben

Praxisorientierte Lösungsansätze

Hier ist entscheidend, theoriegeführt vorzugehen. Das wissenschaftliche Vorgehen im Rahmen der Begleitung adipöser Typ-2-Diabetiker ließe sich so formulieren:

- **Wissenschaftlich geführter Umgang mit elementarer Begrenztheit.**
(*Patienten-Assessment*)

Im Sinne von systemverändernden Verhaltens wäre die entscheidende wissenschaftliche Frage erst einmal herauszufinden, was unter keinen Umständen geht. Denn was unter keinen Umständen mit den gegebenen Ressourcen geht, ist unmöglich und soll praktisch nicht versucht werden.

Deshalb sollte jeder ältere Typ-2-Diabetiker ein Patient-Assessment durchlaufen, das prüft, welche Fähigkeiten er überhaupt noch hat, um etwas an seinem Übergewicht zu ändern.

Die Prüfung von:

- o sensorischen und motorischen Begrenzungen
- o sozialen (lebensumfeldbedingten) Begrenzungen
- o Hinweisen auf ein chronisches hirnorganisches Psychosyndrom (HOPS).

Sind diese Begrenztheiten vorhanden, dann sollte eine Intervention nicht mehr versucht werden oder die Erwartungen an den Erfolg können auf ein realistisches Maß heruntergeschraubt werden. Ein gutes Beispiel für die Anwendung solcher wissenschaftsgeführter Techniken ist die Geriatrie, in der es heute zum Standard gehört, jeden älteren Patienten durch ein Assessment-Verfahren zu begleiten.

Systemische Adipositasintervention

Es konnte deutlich werden, daß die Behandlung des Übergewichtigen aufbauend auf systemischen Wandlungstheorien durchgeführt werden kann. Wie nun kann aber eine solche Wandlungstheorie in einem alltagstauglichen Adipositasberatungskonzept genutzt werden?

Es geht um Veränderung! Veränderung soll auf drei Ebenen hergestellt werden:

- **Verzicht auf neue Diäten**

Es wird im Rahmen einer komplexen Intervention gearbeitet. Da nicht mehr von definierten Diäten gesprochen wird, ist die Bedeutung der Struktur dieser Beratung entscheidend. Die Struktur der Beratung baut sich wie folgt auf:

- **Beratung vor Schulung oder jeder anderen Intervention**

Wie nun verstanden wurde, muß, bevor überhaupt mit einer Adipositasintervention begonnen wird, geklärt werden, *was ein Patient kann (Assessment) und was er eigentlich will (Auftragsklärung)*. Dieses Vorgehen wird auch von der Arbeitsgruppe Schulung und der Europäischen Diabetesgesellschaft empfohlen (Assal 1997).

Dies wird in einem einfachen beraterischen Fünfschrittverfahren umgesetzt.

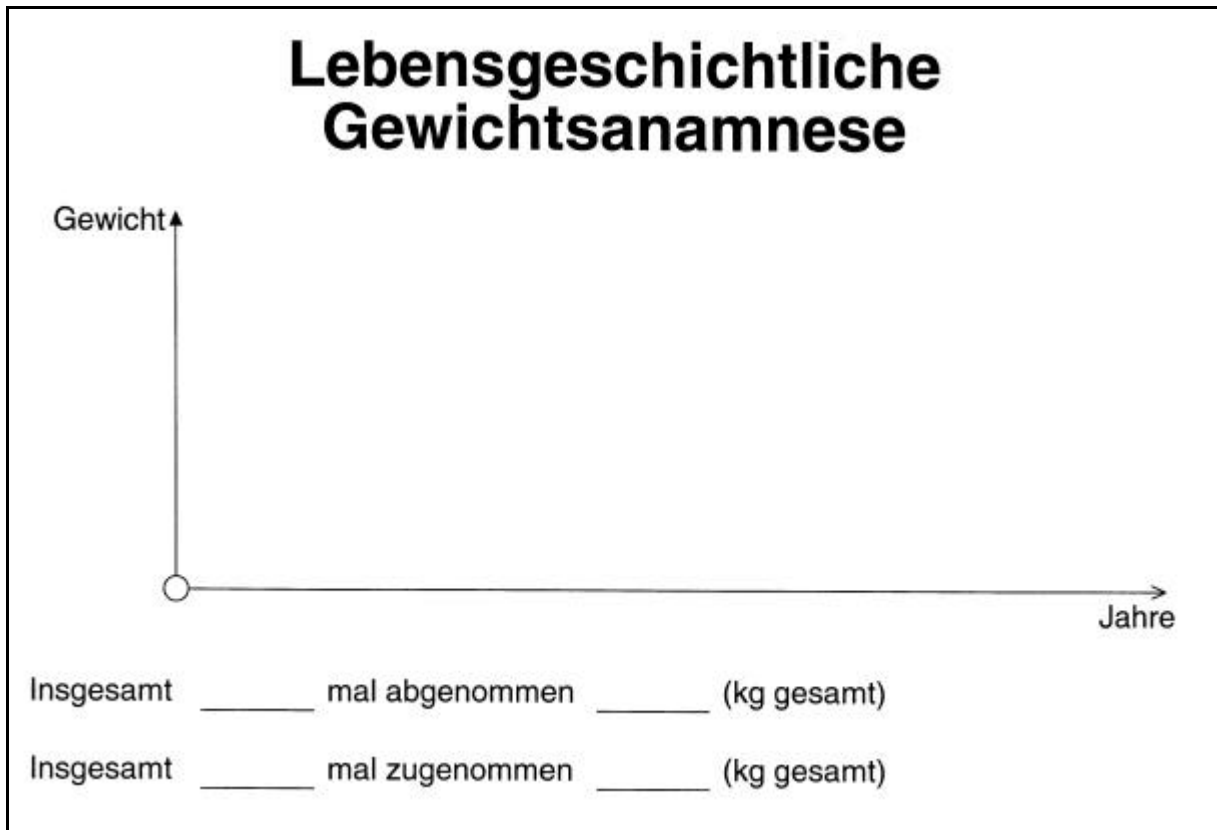
- 1) **Erfahrung des Patienten mit der Adipositasbehandlung**

Es wird mit dem Patienten besprochen, wieviel strukturierte längerfristige Versuche der Gewichtsreduktion er bisher unternommen hat und wie deren Erfolg war. Das wird am besten auf einem standardisierten Formblatt erhoben, auf dem eine graphisch dargestellte lebensgeschichtliche Gewichtsanamnese mit dem Patienten zusammen erarbeitet wird. Es wird mit dem Patienten besprochen, was bisher im Rahmen der Adipositasbehandlung nicht funktioniert hat und was funktioniert hat.

- 2) **Probleme mit der Adipositasbehandlung (Assessment)**

Zu Beginn soll der Patient darstellen, welche Probleme aus seiner Sicht für das Bestehen seines Übergewichtes verantwortlich sind. Es sind zwei Fragen spannend: Die eine ist, den Patienten zu fragen, was er glaubt, was der Behandelnde oder Schulende denkt, was das Adipositasproblem des Patienten ist. Die andere ist, den Patienten zu fragen, wie denn das Problem beschaffen sein müßte, damit er eine Chance sieht, es zu lösen.

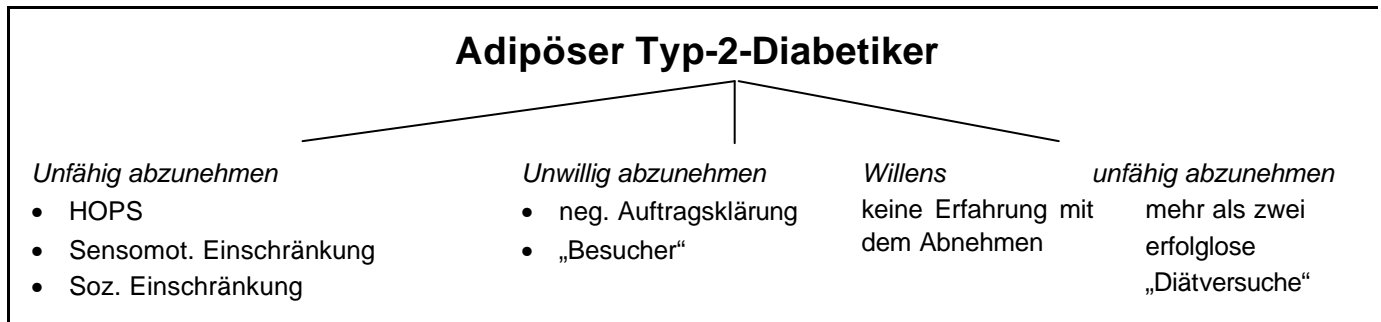
Daran anschließend sollte das Assessment ablaufen. Fragen des Assessments, die nicht in dieser Beratungssequenz beantwortet werden können (Eßbeobachtung, HOPS-Diagnostik), müssen ergänzend im weiteren Verlauf der Behandlung überprüft werden.



3) Wunsch des Patienten zur Adipositasbehandlung (Auftragsklärung)

Mit dem Patienten wird besprochen, was er sich wünscht, um besser mit seinem Übergewicht klarzukommen. Hier kann auch thematisiert werden, ob er überhaupt etwas an seinem Übergewicht verändern will oder nicht. Wenn der Patient Schwierigkeiten hat, sich etwas zu wünschen, dann hilft die 'Wunderfrage'. Es wird gefragt, woran er, wenn heute nacht ein Wunder geschehen würde und sein Übergewicht verschwinden würde, erkennen könnte, daß das Wunder eingetreten wäre.

Am Ende des Assessments und der Auftragsklärung können folgende Gruppen von Diabetikern unterschieden werden:



4) Information zur mündigen Entscheidung

Wenn der Patient die ersten drei Schritte durchlaufen hat, wird klar, wer überhaupt für eine erneute Adipositas-Intervention geeignet ist. Das sind Patienten, die keine Einschränkungen haben, sich nach Auftragsklärung für einen Versuch entscheiden. Dieses Verfahren differenziert die Masse der älteren, adipösen Diabetiker und ermöglicht so eine wirklich patientenorientierte Begleitung. Es schützt Patienten vor Überforderung und die Therapeuten vor unnützen therapeutischen Arbeiten.

5) Idee, das Besprochene selbst umzusetzen

Am Schluß des Beratungsgesprächs ist mit dem Patienten zu besprechen, was für Ideen er hat, das, was in der Beratung erarbeitet wurde, für sich zu nutzen. Er soll sich äußern, ob er abnehmen will oder nicht. Dies führt zur ersten Auftragsklärung. Er sollte sich überlegen, was der erste Schritt sein soll, den er unternehmen möchte, um das Abnehmen zu leisten. Der Patient soll dann einschätzen, wie hoch er die Wahrscheinlichkeit des Erfolges seiner Bemühungen einschätzt. Dazu soll er sich einer Skala von 1 bis 100 (Prozentskala) bedienen und soll eine Prognose wagen, wie erfolgreich er sein könnte.

Das zwingt den Patienten, sich intensiv mit den Erfolgsaussichten zu befassen. Dadurch werden unrealistische Vorhaben möglicherweise relativiert, sehr unsichere Diabetiker können bestärkt werden.

- **Adipositasinterventionskonzept**

Das Interventionskonzept der Adipositas richtet sich nun nach dem Status des Patienten. Es lassen sich grundsätzlich zwei Ausgangssituationen beschreiben:

- **Der Patient, der noch nie den Versuch einer Gewichtsreduktion unternommen hat und auch nichts über Gewichtsreduktion weiß.**

Diese Patienten sollte man in standardisierter Weise ernährungsberaten und sie in einem ganz normalen Diabetesschulungskonzept mitlaufen lassen. Es sei aber darauf hingewiesen, daß es die wirkliche Ausnahme ist, da fast alle Patienten schon Gewichtsreduktionsversuche vorgenommen haben. Häufig tritt hier wieder das Schulungsparadox ein, nämlich daß bei den Beratenden die Überzeugung vorliegt, daß es ja letztlich doch nur an Wissensdefiziten liegt, die man auffüllen muß. Hier ist wichtig, während der Beratung nichts in den Patienten hineinzufügen.

- **Der Patient, der schon wiederholt erfolglos Gewichtsreduktionsprogramme durchgeführt hat.**

Im folgenden soll ein einfaches Begleitungsprogramm für diese Patienten vorgestellt werden.

Diät- und Wiegeverbot

Es wird verständlich, warum Diät- und Wiegeverbot nichts mit einer paradoxen Intervention zu tun haben, sondern erst einmal festschreiben, daß eine ganz bestimmte Vorgehensweise – nämlich das Durchführen von Diäten – definitiv nicht funktioniert hat. In dem Augenblick, in dem der Beratende dies deklariert, setzt er eine tiefgreifende Veränderung. Denn es wird nicht mehr getan, was eindeutig nicht gewirkt hat. *Dadurch wird die doppelseitige Fixierung und das Problem der Als-Ob-Therapie aufgelöst und wirkliche Veränderung und Wandlung wird möglich.* Patienten sind oft sehr irritiert über ein solches Vorgehen. Wichtig ist, wieder wörtlich zu bleiben und ihnen einfach nur zu erklären, daß man nicht mehr versuchen will, was sich als definitiv unwirksam erwiesen hat. Daß man dem Patienten dies weder zumuten möchte, es noch für erfolgreich hält. Diese Deklaration beschreibt nichts als die reale vorliegende Situation. Dieser erste entscheidende Wandlungsschritt wird nun in einer wei-

teren Intervention genutzt. Die oben im Beratungsprozeß erarbeitete lebensgeschichtliche Gewichtsanamnese wird noch einmal hervorgeholt und mit dem Patienten zusammen besprochen. Wichtig ist nun, zu überlegen, was eigentlich dazu geführt hat, daß das Dicksein funktioniert, also weiter bestehen bleibt. Die Frage ist deshalb so wichtig, weil man sich unter dieser Sehweise wirklich angucken kann, was den Patienten dick hält. Man wird erstaunt sein, was für Ideen zum Funktionieren des eigenen Dickseins Patienten entwickeln. Über das Besprechen dessen, was zum funktionierenden Dicksein gehört, wird dem Patienten sehr viel von der Art und Weise deutlich, wie er mit seinem Dicksein umgeht.

Jetzt kommt es zur entscheidenden dritten Intervention, der Führung des Eß- und Befindlichkeitstagebuches. Das Eß- und Befindlichkeitstagebuch sollte mindestens über sechs Monate geführt werden. Es wird regelmäßig vom Patienten geführt und mit dem behandelnden Arzt in regelmäßigen Abständen besprochen. Der Arzt enthält sich jeder Deutung und Interpretation des Dargestellten. Hier sollte darauf hingewiesen werden, daß bis zu 10 Prozent der Patienten de facto Analphabeten sind, die entweder nicht richtig oder gar nicht schreiben und lesen können. Aus diesem Grunde empfehlen wir, daß Eß- und Befindlichkeitstagebuch nicht regelhaft zu lesen, sondern den Patienten daraus berichten zu lassen. Es entlastet die Patienten sehr vor der Scham ungenügende Orthographie oder sogar die vorhandene Analphabetie bekennen zu müssen. Alles, was der Patient nun vorstellt, wird reflektiert vor dem Hintergrund, was man aus solchen Äußerungen für Schlüsse ziehen kann, die eine Wandlung, also die Förderung des Abnehmens, verbessern kann. *Dieses Sich-Zurücknehmen des Beratenden auf eine Position dessen, der nur Fragen zurückspielt*, erleichtert den Umgang mit den Patienten sehr, weil der Patient nun in eine Rolle versetzt wird, in der er arbeiten und sein Problem selbständig lösen muß und nicht mehr darauf hoffen kann, daß der Arzt das für ihn tut. Dies ist ein zweiter, nachhaltiger Prozeß der Wandlung.

Diese Arbeit mit dem Eß- und Befindlichkeitstagebuch sollte mindestens 6 Monate fortgeführt werden. Es genügt, wenn der Patient nach einer Anfangsphase, in der er täglich schreibt, es jeden zweiten Tag führt. Das Eß- und Befindlichkeitstagebuch sollte bei jedem Arztbesuch besprochen werden. Der Erfolg – oder auch Mißerfolg – wird ohne Wiegen ermittelt. Auch hier geht es um Wandlung. Statt abstrakter Ge-

wichtsverläufe wird hier der Patient befragt, woran er persönlich merkt, ob er abnimmt oder nicht.

Dies eröffnet dem Patienten eine neue Dimension seines Körpergewichtsverlaufes.

Kann der Patient keine Veränderung beobachten, heißt das, daß sich für ihn keine Wandlung ergibt. Und so läßt man ihn phantasieren, woran er denn eine Veränderung erkennen würde.

Wenn er eine solche Vorstellung entwickelt hat – was meist funktioniert – kann der Behandelnde nun wieder fragen, was der Patient für Ideen hat, diese vorgestellte Veränderungsphantasie zu erreichen. Dieses "Spiel" wird bei jedem Kontakt wiederholt.

Es sei nicht verschwiegen, daß Patienten sich meist heimlich wiegen. Da sie aber beim Arzt damit nicht "landen" können und auf ihren Gewichtswerten "quasi sitzen bleiben", läuft ein sehr intensiver Selbstbeobachtungs- und Reflexionsprozeß ab, der das Fortdauern des Dickseins in Frage stellt.

Wie hier deutlich wird, stellt der Beratende nicht mehr technisch das Abnehmen her, sondern wird Förderer von Wandlungsprozessen bei den Übergewichtigen.

Eigene Untersuchungen zeigen, daß Ärzte und Beratende das als ungemein entlastend erleben.

Eine genauere Darstellung findet sich im Handbuch zur Typ-2-Diabetiker-Gruppensprechstunde (Siebolds 1995).

Patientenfallkonferenz

Beziehungsproblem:

Fordern Sie jetzt einen Kollegen auf, einen problematischen Behandlungsfall mit einem übergewichtigen Diabetiker vorzustellen. Weisen Sie darauf hin, daß es spannend sein könnte anzuschauen, warum bei diesem Diabetiker so oft diätetische Abnehmversuche nicht gelungen sind. Gehen Sie jetzt in klassischer Weise vor, lassen Sie den Vorsteller seine Problemidee formulieren und geben Sie dann der Gruppe Raum zur Diskussion.

Wahrscheinlich werden Sie eine Reaktion bekommen, die relativ pessimistisch auf die Möglichkeiten der Gewichtsreduktion zeigen werden. Es ist lohnend, wenn Sie einmal den oben geschilderten Gedanken, der Herstellung von Veränderbarkeit durch Ablassen von unnützen *Haltungen* in die Gruppe einbringen. Verstehen Sie sich dabei ruhig als einen „*Agent provocateur*“, der die Gruppe erst einmal irritiert und verunsichert. Gerade das kann die Diskussion sehr rege machen. Haben Sie dann keine Angst vor Äußerungen wie „Na, das ist ja ziemlicher Blödsinn.“ „Das kann gar nicht gehen“, oder „Wir müssen die Patienten doch durch Diät zum Abnehmen bringen“!

Sie stehen auf einem sicheren Boden, denn erwiesenermaßen funktionieren ja diese immer wieder vorgestellten Maßnahmen nicht, und die Gruppe kann es wagen, darüber nachzudenken, ob nicht ein anderer Weg hilft. Lassen Sie die Gruppe ruhig einmal darüber phantasieren, was passieren würde, wenn der Hausarzt seinen vorgestellten Patienten zum Diätexperten erklärt und wenn er ihn fragt, wie es ihm damit geht, daß der Hausarzt von ihm erst einmal Diät und Wiegeverbot erteilt und mit ihm schauen will, warum er eigentlich übergewichtig ist. Lassen Sie die Gruppe darüber ins Gespräch kommen und fördern Sie alle Beiträge, die sich damit beschäftigen, daß diese Veränderung bei Arzt und Patient *positiv wahrgenommen* wird. Betonen Sie immer wieder die Frage, ob die Gruppe weitere Ideen hat, wie man Veränderungen bei diesem Patienten, insbesondere Veränderung der Arzt-Patienten-Beziehung herbeiführen kann.

Behandlungsproblem:

Gehen Sie in klassischer Weise vor und lassen Sie den Behandlungsverlauf darstellen und im Blatt „*Detaillierter Behandlungsverlauf*“ dokumentieren. Erzählt der Arzt nichts über die Anzahl der bisher durchgeführten Diäten und die Gewichtsab- und zunahme pro Diät, so fragen Sie die Gruppe, ob sie Interesse daran hat, einmal genau zu hören, was die „*Abnehmggeschichte*“ des Patienten ist. Kommt hier keine Reaktion, so fragen Sie den Vorsteller danach, ob er eine Idee hat, wieviel Diäten der Patient bisher durchgeführt hat und wieviel Kilo er dabei jeweils ab- und zugenommen hat. Tragen Sie das im entsprechenden Protokoll ein. Fordern Sie ihn und die Gruppe auf, einmal zusammenzuzählen, wieviel Kilo Gewichtsabnahme und -zunahme das sind. Unterstreichen Sie dann, daß das ja eigentlich eine enorme Leistung des Patienten ist, so etwas hinzubekommen. Bringen Sie Arzt und Gruppe wieder darüber ins Gespräch. Die Gruppe soll dann das Behandlungsproblem formulieren.

Bringen Sie die Gruppe in ein Gespräch über ihre eigenen „Standards“ bei der Gewichtsabnahme. Fordern Sie sie auf, ruhig mal einen „Ideenplan“ dazu aufzustellen.

Am Ende der Diskussion können Sie auffordern nachzuschauen, was die NIDDM-Empfehlungen vorschlagen.

Bringen Sie die Gruppe über die Idee, mit dem Eß- und Befindlichkeitstagebuch zu arbeiten, ins Gespräch.

Hintergrundinformationen entnehmen Sie dem Themenhintergrund, den auch die Kollegen im Begleittext vorliegen haben.

Wie vermitteln Sie das den Hausärzten?

Versuchen Sie im Rahmen des nächsten Schrittes mit den Hausärzten zu überlegen, ob Sie in solches Vorgehen in einen neuen Behandlungsplan einbauen können.

Behandlungsplan:

Erstellen Sie nun mit den Kollegen gemäß den vorgegebenen Schritten einen neuen Behandlungsplan. Überlegen Sie dabei, wie Sie die Ergebnisse der ersten beiden Abschnitte nutzen können:

1. **die Herstellung von Veränderbarkeit**
2. **die Benutzung des Eß- und Befindlichkeitstagebuches**

Bekräftigen und ermutigen Sie die Kollegen diese für sie sicher völlig ungewohnte Sehweise des Diätproblems einmal in ihrer Hausarztpraxis anzuwenden. Unterstreichen Sie noch einmal, daß gerade Hausärzte mit ihrer wirklich intensiven und langjährigen, zumeist sehr wertschätzenden Beziehung zu den Patienten hier eine große Chance haben.

Setzen Sie dies in den üblichen Schritten um:

- **Was muß für eine bessere Beziehung von Arzt und Diabetiker getan werden?**
Führen Sie anhand dieser Frage das Problem der Herstellung von Veränderbarkeit ein. Insbesondere können Sie mit den Kollegen darüber diskutieren, wie es ihnen mit der Idee geht, von der Diät als Schritt zur Gewichtsreduktion abzulassen. Geben Sie der Gruppe Raum, um über dieses Thema ins Gespräch zu kommen.
- **Definition eines für Arzt und Patienten in der Gewichtsreduktion sinnvollen Therapiezieles**
Besprechen Sie mit den Kollegen, ob sie ihre Patienten einmal fragen, was denn subjektive Therapieziele für die Patienten seien. Verweisen Sie insbesondere auf Ihre Äußerungen zur Benutzung des Eßtagebuchs. Ermutigen Sie die Kollegen, einmal wirklich genau mit den schwer übergewichtigen Patienten hinzuschauen, was das Übergewicht auch an Behinderungen mit sich bringt. Sprechen Sie die Teilnehmer an, ob sie sich vorstellen können, daß sich daraus Ideen für persönliche Therapieziele ihrer Patienten ergeben könnten, wie z. B. eine längere Gehstrecke bewältigen können oder weniger schnell bei der Hausarbeit erschöpfen.

Schritte, dieses Therapieziel zu erreichen

- **Wie rede ich mit dem Patienten über neue Wege zur Gewichtsreduktion und evtl. Veränderungen?**

Hier sollten Sie die Gruppe auffordern, mit dem Vorsteller einmal durchzuspielen, wie er mit dem Patienten über neue Wege in der Gewichtsreduktion reden könnte. Insbesondere sollte die Gruppe durchspielen, wie der Hausarzt mit seinem Patienten darüber ins Gespräch kommen kann, daß er keine neue Gewichtsreduktion durch „Diät“ mit ihm erreichen will, sondern daß sein Angebot ein anderes wäre: nämlich „Diät- und Wiegeverbot“. Die Gruppe sollte überlegen, welche Reaktionen vom Patienten kommen können und mit dem Vorsteller durchspielen, wie er mit Reaktionen des Patienten klarkommen kann.

- **Wie motiviere ich den Patienten zur Veränderung der Krankheitsführung?**

Hier sollten Sie mit der Gruppe zusammen über die Einführung und Benutzung des Eß- und Befindlichkeitstagebuches in ein Gespräch einsteigen. Bekräftigen Sie, daß ja alle bisher vorgenommenen Maßnahmen der Gewichtsreduktion gescheitert sind und daß es ziemlich unsinnig ist, dort weiterzumachen. Unterstreichen Sie, daß die Führung des Tagebuchs eine wirklich neue Form ist, mit diesen Problemen umzugehen. Bekräftigen Sie alle Beiträge der Gruppe, die sich damit auseinandersetzt, daß die Hausärzte sich eigentlich schon immer für den Patienten interessiert haben und von ihm etwas über seine Ernährung wissen wollen. Bekräftigen Sie, daß das Eßtagebuch eigentlich nichts anderes ist als ein neuer Rahmen für das, was die Hausärzte schon oft mit Patienten gemacht haben. Bekräftigen Sie, daß die Wirksamkeit dieser Maßnahme gerade darin besteht, sie langfristig und dauerhaft mit den Patienten durchzuhalten.

Thema: Auseinandersetzung mit dem Übergewicht

- Beziehungsprobleme -

Patienteninitialen: _____ Alter: _____ M/W

**Achtung Moderation: Hier erst protokollieren,
wenn dieser Gesprächsabschnitt abgeschlossen ist!**

Analyse des Beziehungsproblems durch die Gruppe

Lösungsidee der Gruppe für eine bessere Beziehung für Arzt und Diabetiker

Thema: Auseinandersetzung mit dem Übergewicht

- das Behandlungsproblem -

*Achtung Moderation:
Hier von Anfang an genau protokollieren!*

Detaillierter Behandlungsverlauf im Kontext Gewichtsreduktion

Lebensgeschichtliche Gewichtsanamnese



Insgesamt _____ mal abgenommen _____ (kg gesamt)

Insgesamt _____ mal zugenommen _____ (kg gesamt)

Analyse der Behandlungsprobleme durch die Gruppe im Kontext der Gewichtsreduktion

Thema: Auseinandersetzung mit dem Übergewicht

Neuer Behandlungsplan

Definition eines für Arzt und Patienten im Zusammenhang mit dem Übergewicht sinnvollen Therapieziels (Auftragsklärung)

Schritte, dieses Therapieziel zu erreichen

Wie motiviere ich ihn zu Veränderung in der Krankheitsführung, insbesondere für die Arbeit mit dem Eß- und Befindlichkeitstagebuch?

5. Sitzung Thema: Medikamentöse Therapie bei Typ-2-Diabetes

Arbeitsziele:

- Erarbeitung der grundlegenden Probleme in der medikamentösen Therapie des Typ-2-Diabetes in der Alltagsarbeit mit älteren, zumeist übergewichtigen Typ-2-Diabetikern.
- Erarbeitung von Ideen zur strukturierten medikamentösen Therapie älterer, adipöser Typ-2-Diabetiker, aufbauend auf den NIDDM Policy-Group Empfehlungen.

Themenhintergrund:

Die medikamentöse Therapie des nicht primär insulinpflichtigen Typ-2-Diabetes ist in der Bundesrepublik kontrovers diskutiert und wird von den Hausärzten als unbefriedigend bis frustrierend erlebt.

In diesem Kapitel soll es darum gehen, sich mit der Differenzialtherapie des primär nicht insulinpflichtigen Diabetes (NIDDM) zu beschäftigen. Dabei sollen rein krankheitsbezogene somatologische Aspekte den realen Behandlungsproblemen in der Hausarztpraxis gegenübergestellt werden.

In der Insulintherapie stehen sich in Deutschland wie in keinem anderen europäischen Land zwei verschiedene Lehrmeinungen unversöhnlich und nicht integriert gegenüber.

- **Stufentherapieschema mit oralen Antidiabetika gemäß den NIDDM Policy Group Empfehlungen.**

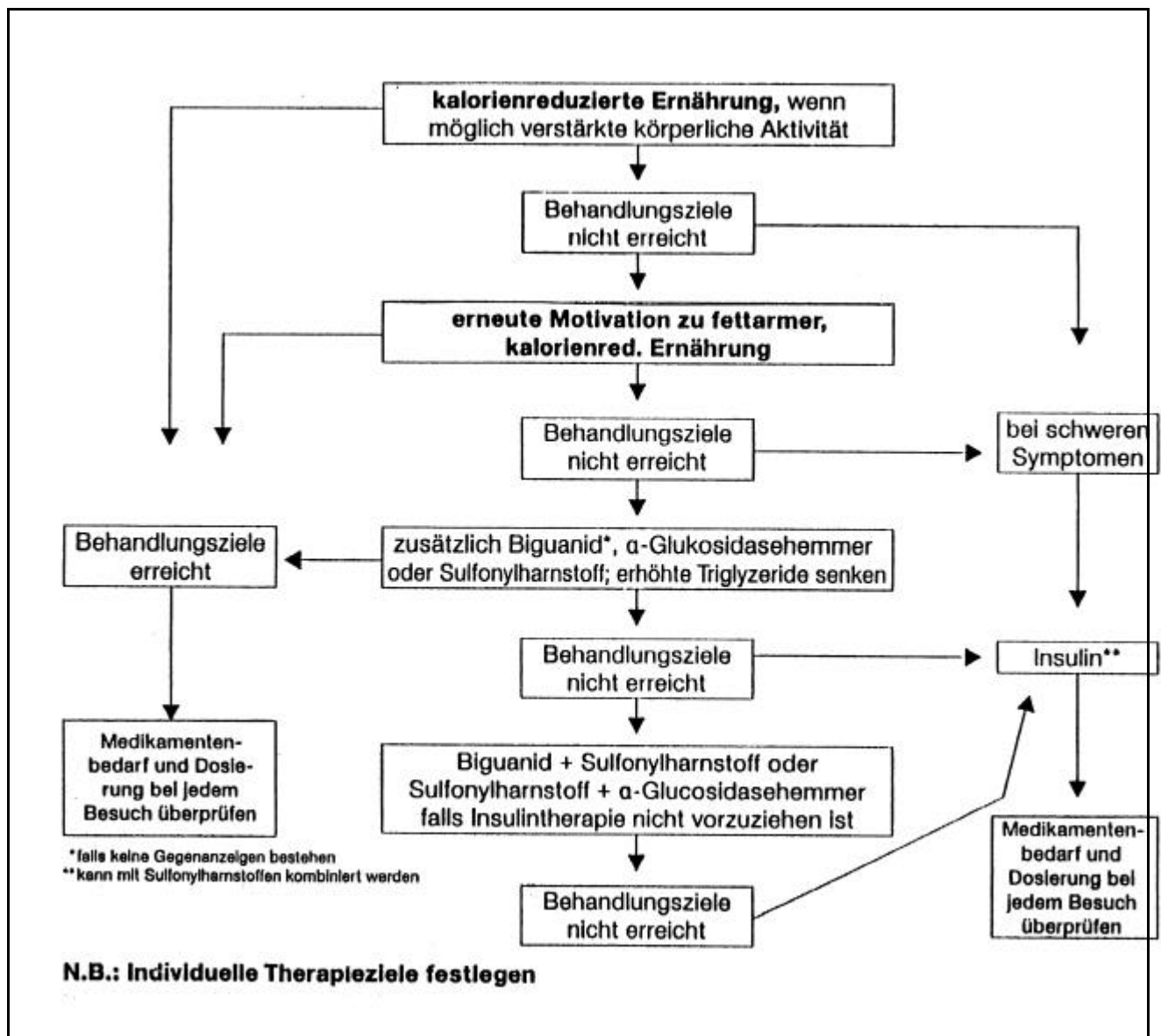
Die Grundvorstellung dieser therapeutischen Idee ist das Vorliegen einer Insulinresistenz, bei der die insulinbedürftigen Zellen, insbesondere Muskel- und Fettzelle insulinresistent sind und dadurch die noch voll funktionstüchtige Bauchspeicheldrüse erhöhte Insulinmengen produziert, die im freien Blut zu erhöhten Insulinspiegeln führt. Trotz des überreichlichen Insulinangebotes kann das Insulin aber aufgrund der Rezeptor-Störung nicht korrekt wirken.

Die daraus abgeleitete Therapie geht ganz klar davon aus, daß die Patienten abnehmen und sich mehr bewegen sollen (über die weitestgehende Unmöglichkeit dieses Vorgehens wurde ja im 4. Kapitel diskutiert). Dann sollen Medikamente eingesetzt werden, die die Bauchspeicheldrüse nicht zur Sekretion von mehr Insulin anregen (non insulinotrope Me-

dikamente), wie Akabose oder Metphormin und erst bei erwiesenem Versagen der ersten beiden Schritte soll entweder die Bauchspeicheldrüse durch Sulfonylharnstoffe zu mehr Produktion von Insulin angeregt werden oder der Patient letztlich insuliniiert werden.

Dieses Vorgehen ist noch einmal in einer Übersicht aus den NIDDM Policy Group Empfehlungen dargestellt.

Behandlungsschema (Adipöse Diabetiker)



Das Ganze sieht theoretisch gut aus, bereitet aber praktisch mannigfache Schwierigkeiten, die im zweiten Abschnitt des Kapitels besprochen werden sollen.

Die Strategie der frühen Insulinierung

Dieses Therapiekonzept interessiert sich wenig für die Idee der Insulinresistenz. Hier steht ganz im Vordergrund, daß die Blutzuckerwerte und daraus folgen das HBA_{1C} normalisiert werden sollen. Wie das erreicht wird, ist für diese Schule klar.

Durch Schule sollen Patienten zum Abnehmen und mehr Bewegung angehalten werden. Reicht dies letztlich nicht aus und dekompensiert der Stoffwechsel dauerhaft, so soll mit einer konventionellen Insulintherapie früh insulinisiert werden. Auch dieses Vorgehen ist für seine Anhänger völlig klar und unwidersprochen, für die Vertreter der Stufentherapie mit oralen Diabetika völlig untragbar. Letztlich auch hier zeigt sich als zentrale Schwierigkeit weniger die pharmakotherapeutische Dimension, sondern die Probleme, die sich beim Umsetzen solcher Ideen in der realen Arbeit mit älteren Typ-2-Diabetikern zeigen.

Vom Mythos der Wirksamkeit pharmakotherapeutischer Diabetestherapie

- Die Protagonisten beider Therapieansätze haben eines gemeinsam!

Sie glauben daran, daß adipöse Typ-2-Diabetiker dünner werden können! Wie wir zeigen konnten, ist das jedoch in der übergroßen Zahl der älteren adipösen Typ-2-Diabetikern nicht der Fall. Stellen sich Erfolge in der Adipositas-Behandlung ein, so hören diese meisten schlagartig mit dem Ende der Intervention auf, in deren Rahmen sie erreicht wurden. Dies können Schulungs- oder Diätprogramme, Kuren oder auch Besuche bei Selbsthilfegruppen sein.

Die zweite Übereinstimmung besteht darin, daß Patienten ihre Medikamente immer korrekt einnehmen und die nötigen Veränderungen der Lebensführung, insbesondere des Eßverhaltens, unwidersprochen täglich bis an ihr Lebensende durchführen. Auch dies kann nicht unwidersprochen gelten, denn eigenen Untersuchungen zeigen, daß z.B. insulinbehandelte Diabetiker in der Regel nicht BE-bilanziert essen und in vielen Fällen nicht ausreichend über die Früherkennung und Handhabung von Hypoglykämien informiert sind. Auch messen die wenigsten älteren Patienten kontinuierlich ihren Blutzucker als Möglichkeit der Therapiegefährdung durch Unterzuckerungen, frühzeitig und besser begegnen zu können.

Sulfonylharnstoff behandelte Patienten werden in der Regel nicht oder nur unzureichend geschult. Es besteht kein Bewußtsein dafür, wie gefährlich Sulfonylharnstoffe sind und daß sie gerade bei älteren Patienten zu schwersten, teilweise lebensbedrohlichen Hypoglykämien führen können. Die Patienten messen in der Regel den Blutzucker nicht oder

halten eine angepaßte Kohlenhydratverteilung bezogen auf die Sulfonylharnstoffharnstoff-Therapien nicht ein.

Es zeigt sich also, daß die Grundhaltung beider therapeutischer Schulen sehr ähnlich ist, daß lediglich andere pharmakotherapeutische Ansätze vorliegen. Sofern Therapien korrekt indiziert und durchgeführt werden, kann es letztlich egal sein, womit eine ausreichend Stoffwechselrekompensation erreicht wird, wenn dem erreichten Effekt der Stoffwechselverbesserung ein möglichst nebenwirkungsarmes Profil der eingesetzten Pharmaka gegenübersteht.

Scheitern diese Therapien, so wird dies meistens als therapeutische Unfähigkeit Hausärzten zugeschrieben. Über die vorgestellte Diskussion und der ihr zugrundeliegenden empirischen Forschung konnte klar werden, wie verwirrend die Situation für Hausärzte ist, weil beide Schulen wissenschaftlich bis ins Letzte abgesichert, sich unversöhnlich und abgrenzend gegenüberstehen. Eine einfache, der hausärztlichen Tätigkeit mit ihrer Vielschichtigkeit und ihrem Arbeitsdruck in der Alltagspraxis gerecht werdende Therapieempfehlung, die einfach, sicher und schnell zu handhaben ist, fehlt Hausärzten vollständig. Der NIDDM Policy Group Standard ist sicher nicht in allen Teilen perfekt, stellt aber zwischen beiden Schulen einen relativ brauchbaren Kompromiß her. Auffällig ist, daß ein solch simpler, einigermaßen anwendbarer Standard in Deutschland nur 10% der befragten Hausärzten überhaupt bekannt ist.

Wird die alleinige Schuld nicht dem Arzt zugeschrieben, so wird der Patient für das Therapie Scheitern verantwortlich gemacht. Er wird dann mit dem Begriff "Non Complines" belegt. Dabei wird dann so getan, als ob der Patient, wenn er nur wolle, die Therapie in jedem Falle perfekt führen könne. Die Frage, ob der Patient überhaupt emotional, intellektuell und sozial in der Lage ist, die Therapie durchzuführen, und ob er sie bezogen auf seine eigene Lebenspläne überhaupt durchführen will, stellt sich nicht.

Ablauf der Sitzung:

Rückmelderunde

Sicher die schwierigste Rückmelderunde!. Befragen Sie den Vorsteller vom letzten Mal wie es ihm in der Arbeit mit seinem vorgestellten Patienten ging. Befragen Sie ihn besonders, wie es ihm gegangen ist, die Ideen der letzten Sitzung im Behandlungsalltag einzuführen. Sie müssen hier erst einmal auch mit sehr kritischen und negativen Rückmeldun-

gen rechnen. Hausärzte sind der in Umsetzung dieser Ideen ungeübt und unsicher. Lassen Sie sich davon nicht entmutigen!. Unterstreichen Sie daß es schwer ist, erst einmal mit den Patienten über diese neue Art der Auseinandersetzung mit dem Übergewicht ins Geschäft zu kommen und daß dieser neue Ansatz zu arbeiten für Arzt und Patient sicher eine gewisse Eingewöhnungszeit braucht. Bringen Sie die Gruppe kurz darüber ins Gespräch, wichtig sind alle Rückmeldungen, in denen sich Gruppenmitglieder für die Art und Weise, wie es dem Arzt bei der Umsetzung Ihrer Ideen ging, interessieren.

Patientenfallkonferenz

Beziehungsproblem:

Fordern Sie einen Teilnehmer auf, einen schwierigen Behandlungsfall zum Thema medikamentöse Therapie bei übergewichtigen Typ-2-Diabetikern vorzustellen. Wenn sich die Teilnehmer schwertun, fragen Sie einmal, ob Patienten in der Praxis sind, von denen der Arzt denkt, daß sie die Medikamente oder das Insulin nicht richtig einnehmen, oder ob es Patienten gibt, die immer nach einer „Blutzuckersenkung durch den Arzt“ verlangen. In der Regel sollten dann einige Rückmeldungen kommen. Lassen Sie diesen Abschnitt dann wie gewohnt ablaufen, fordern Sie den Vorsteller auf, seine erste Idee zum Beziehungsproblem zu benennen und bringen Sie die Gruppe darüber ins Gespräch. Achten Sie wieder auf Vollständigkeit der Beschreibung. Fragen Sie besonders danach, was die Umstellung von Medikamenten oder Dosisveränderung aus der Sicht des Patienten bedeuten können. Bringen Sie darüber die Gruppe wieder ins Gespräch. Lassen Sie die Gruppe ihre Idee zum Beziehungsproblem formulieren sowie in einigen kurzen Sätzen ihre Idee zur Beziehungsverbesserung.

Dokumentieren Sie wieder alles im Protokoll!

Behandlungsproblem:

Achten Sie bei der Vorstellung des Kollegen hier besonders darauf, wie dezidiert er den Werdegang der medikamentösen Therapie des Patienten in seiner Praxis beschreibt. Hier kommt es sehr darauf an, die Behandlungsgeschichte und alle Einzelheiten minutiös im Protokoll auf dem Blatt „Detaillierter Behandlungsverlauf“ zu protokollieren. Bringen Sie die Gruppe darüber ins Gespräch, ob sie noch mehr über den objektiven, medizinischen Be-

handlungsgang wissen will. Sollten hier gemäß des bekannten Schemas noch Fragen offenbleiben, fragen Sie nun als *letzter* danach. Achten Sie dabei auf die Frage, wann der Patient welches Medikament mit welcher Dosis bekommen hat und ob der Patient dem Hausarzt schon einmal gesagt hat, warum ihm die medikamentöse Therapie so schwer falle. Achten Sie bei den Teilnehmern darauf, welche Ideen sie zum Thema medikamentöser Therapie mitteilen.

Lassen Sie die Gruppe ihre Therapiestandards zu medikamentösen Therapie des Typ-2-Diabetes formulieren.

Fordern Sie die Gruppe auf, die Standards, die sie formuliert hat (siehe spez. Formblatt im Protokoll), mit denen der NIDDM-Policy-Group zu vergleichen. Schlagen Sie vor, kritisch zu prüfen, ob und wie diese praktisch umzusetzen sind, und wie die Kollegen sie bewerten.

Lassen Sie sich von diesen „außerordentlich schwierigen therapeutischen Problemen“ nicht schrecken. Die Typ-2-Diabetesbehandlung ist, was sie immer schon war, nämlich eigentlich denkbar einfach. Wichtig für Sie ist nur, mit den Kollegen kritisch die einzelnen Therapiemöglichkeiten zu diskutieren und dabei bezogen auf den vorgestellten Behandlungsfall immer daran zu denken, wie bei diesem Patient *eine Verbesserung der medikamentösen Therapie* erreicht werden kann. Bitten Sie am Ende der Diskussion die Gruppe, ihre Idee zum Behandlungsproblem vor dem Hintergrund der jetzt besprochenen Therapiestrategien zu definieren und eine erste Idee zu formulieren, wie man dieses Problem angehen kann.

Behandlungsplan:

Bringen Sie die Gruppe wieder darüber ins Gespräch, indem Sie sie darauf verweisen, was sie ja schon an Lösungsansätzen in den ersten beiden Schritten erbracht hat. Gehen Sie jetzt wieder nach dem Schema des Protokolls vor:

- **Was muß für eine bessere Beziehung von Arzt und Diabetiker getan werden?**
Fokussieren Sie dabei die Diskussion darauf, was denn eine verbesserte Beziehung für die Veränderung der medikamentösen Therapie bedeuten könnte. Gehen Sie besonders darauf ein, was für eine Bedeutung hier für die „Therapiekoooperation“ des Patienten entstehen könnte.

- **Definition eines für Arzt und Patienten im Zusammenhang mit der medikamentösen Therapie sinnvollen Therapieziels**

Besprechen Sie mit der Gruppe, was denn das Therapieziel ärztlicherseits und was das Patiententherapieziel sein könnte (Auftragsklärung). Bringen Sie die Gruppe darüber in die Diskussion, was denn ein für beide sinnvolles Ziel bei der medikamentösen Therapie sein könnte.

Schritte, dieses Therapieziel zu erreichen

- **Welche medikamentösen Therapien sollen wann angewandt werden?**

Bringen Sie die Gruppe darüber ins Gespräch, wie nun die medikamentöse Therapie des Patienten aufbauend auf den Diskussionsbeiträgen aussehen soll. *Versuchen Sie eine so exakt als möglich definierte Therapieanweisung für den vorstellenden Arzt zu erarbeiten.*

- **Wie rede ich mit dem Patienten über die medikamentöse Therapie und evtl. Veränderungen?**

Besprechen Sie mit der Gruppe, wie man dem Patienten die Arbeitsergebnisse mitteilen kann. Überlegen Sie Gesprächsszenen, in denen der Hausarzt in seinem Gespräch mit dem Patienten nutzen kann, was die Gruppe miteinander erarbeitet hat. Fordern Sie die Gruppe einmal auf, Sätze zu formulieren, in denen man die Arbeitsergebnisse dem Patienten vorstellen und mit ihm besprechen kann. Geben Sie diesem Überlegen „*Wie sage ich es meinem Patienten*“ viel Raum.

- **Wie unterstütze ich ihn zur Veränderung in der Krankheitsführung?**

Überlegen Sie jetzt mit der Gruppe zusammen, wie man im oben beschriebenen Kontext Veränderbarkeit für den Patienten herstellen kann. Hier könnte eine Frage lauten: „Wie kann der Patient eine Idee davon bekommen, was ihm die Medikamentenumstellung, die Sie jetzt miteinander besprochen haben, nutzen könnte.“ Lassen Sie die Gruppe mit dem Vorsteller zusammen wieder Sätze entwerfen, mit denen der Arzt den Patient in diesem Kontext ansprechen kann. Fokussieren Sie dabei immer, daß es darum geht, *den Patienten zu Veränderungen zu ermutigen.*

**Thema: Medikamentöse Therapie
bei Typ-2-Diabetes
- Beziehungsprobleme -**

Patienteninitialen: _____ Alter: _____ M/W

Achtung Moderation: Hier erst protokollieren, wenn dieser Gesprächsabschnitt abgeschlossen ist!

Analyse des Beziehungsproblems durch die Gruppe

**Lösungsidee der Gruppe
für eine bessere Beziehung von Arzt und Diabetiker im
Kontext der medikamentösen Therapie**

Thema: Medikamentöse Therapie bei Typ-2-Diabetes

- Das Behandlungsproblem -

Achtung Moderation:
Hier von Anfang an genau protokollieren!

Detaillierter Behandlungsverlauf

Anamnese	Jahr

Medikamentöse Therapie	Dosis	Jahr

Analyse des Behandlungsproblems im Kontext medikamentöser Therapie

Thema: Medikamentöse Therapie bei Typ-2-Diabetes

- Was braucht der QZ an Weiterbildung? -

**Achtung Moderation:
Hier von Anfang an genau protokollieren!**

Fragen des QZ zur medikamentösen Therapie des Typ-2-Diabetes	Priorität

Braucht der QZ einen Experten, wen, wann?

Wenn der QZ die Fragen selber beantworten kann, wer bereitet welches Thema vor?	Name

**Thema: Medikamentöse Therapie
bei Typ-2-Diabetes**
- Neuer Behandlungsplan -

**Definition eines für Arzt und Patienten
im Zusammenhang mit der medikamentösen Therapie
sinnvollen Therapieziels**

**Welche Umstellungen
der medikamentösen Therapie sind notwendig?**

**Wie motiviere ich ihn zu Veränderung und Verbesserung
der Kooperation
im Rahmen der medikamentösen Therapie?**

6. Sitzung

Thema: Der diabetische Fuss und andere Folgeerkrankungen

Arbeitsziel:

- Erarbeitung eines Behandlungsplanes zur Prävention diabetischer Fußkomplikationen bei Typ-2-Diabetikern
- Umsetzung eines Vorsorgeprogramms für diabetische Folgeerkrankungen

Themenhintergrund:

Das diabetische Fußsyndrom ist die teuerste, den Patienten am meisten invalidisierende und dabei doch am einfachsten zu verhindernde Folgeerkrankung des Diabetes mellitus. Es ist erstaunlich, wie häufig das diabetische Fußsyndrom heute noch auftritt, wenn man bedenkt, mit welcher einfachen Präventionsmaßnahmen es sicher zu verhindern ist. Etwa 25 % aller Diabetiker sind betroffen.

Hierbei ist eine pathophysiologische Bemerkung sehr wichtig.

Unter einem diabetischen Fußsyndrom verstehen wir in der Regel Fußveränderungen, die durch die Diabetes assoziierte peripher-sensorische Polyneuropathie hervorgerufen wird. Diese peripher-sensorische Polyneuropathie liegt etwa in 2/3 aller Fälle vor und führt zu drei bedeutsamen Effekten:

- Minderung oder Aufhebung der Schmerzempfindung am Fuß
- Veränderung der Fußarchitektur durch die abnehmende oder fehlende Innovation der kleinen Fußmuskeln, die damit ihre aktive Stützungs- und Federungsfunktion des Fußes verlieren
- eine arterielle Gefäßweitstellung, die im Gegensatz zur arteriellen Verschlusskrankheit zu einer „Überdurchblutung“ des Fußes führt. Aus diesem Grunde sind klassisch diabetische Füße immer warm, bei ihnen liegt im Gegensatz zur langläufigen Vorstellung keine Durchblutungsstörung im Sinne einer Micro- oder Macroangiopathie vor. Bei stark erhöhten BZ-Werten kommt es aber zu einer funktionellen Durchblutungsstörung, da die Erythrozyten bei hohen BZ-Werten deutlich schlechtere Fließeigenschaften haben. Deshalb soll bei einem akuten Fußsyndrom der BZ normoglycä-

misch eingestellt werden, um die Durchblutung zu optimieren. Die Prognose des diabetischen Fußes ist deshalb bezüglich Abheilung vorhandener Wunden günstig.

Schulungskonzepte zur Prävention des Diabetischen-Fußsyndroms

Einleitung

Schulung, speziell zur Prävention des diabetischen Fußsyndroms (DFS) heißt, Auseinandersetzung mit der Wahrnehmungsstörung durch die diabetische Polyneuropathie und Aufklärung über den richtigen Umgang mit den Füßen der Diabetiker.

Die Wahrnehmungsstörung bei der peripher-sensorischen Polyneuropathie

Die Einschränkung oder Aufhebung der Schmerzempfindung ist hier der klinisch bedeutendste Befund. Dieser abstrakte Sachverhalt zeigt seine wahre Bedeutung erst an einem praktischen Beispiel. Kein Gesunder würde auf einer trockenen Erbse in seinem Schuh auch nur 10 m gehen. Ein Diabetiker mit ausgeprägter diabetischer Neuropathie würde aber einen ausgedehnten Spaziergang mit einer solchen „Erbse im Schuh“ durchführen. Neben dieser rein sensorischen Wahrnehmungsstörung bestehen oft weitere nicht neuropathische Wahrnehmungsstörungen. Viele ältere Diabetiker leiden z. B. im Rahmen einer macula Degeneration oder einer diabetischen Retinopathie an einer nicht korrigierbaren Fehlsichtigkeit. Sie können trotz Brille ihren Fuß nicht mehr ausreichend genau inspizieren. Auch können sie aufgrund multipler Bewegungseinschränkungen ihren Fuß nicht mehr anfassen. Sie sind nicht in der Lage, den Fuß so zu bewegen, daß sie ihn „in beide Hände nehmen können“.

Fußwahrnehmung schützt den Gesunden vor Fußverletzungen. Beim Diabetiker ist sie oft gestört. Dadurch ist der Fuß enorm verletzungsgefährdet. Neben dem Ausgleich der Wahrnehmungsstörung durch Sensibilisierung anderer Sinne ist deshalb die Schulung über die Vermeidung von Verletzungen am Fuß der zweite Schulungsschwerpunkt.

Didaktisches Vorgehen:

Diabetes ist eine Volkskrankheit älterer Menschen. Die Schulungsinhalte müssen dem altersspezifisch veränderten Lernverhalten angepaßt sein. Bei der Bedeutung der Prävention des DFS müssen griffige, auf ein Mindestmaß reduzierte Lerninhalte vermittelt werden.

Lerninhalte sollen *in der Beziehung* von Schulenden und Patienten so „hautnah“ als möglich vermittelt werden. Der Arzt nimmt hier eine eher ungewohnte Rolle ein, wenn er mit dem Patienten die Wahrnehmungsschulung durchführt. Er geht eine „Wahrnehmungsbeziehung“ mit dem Patienten ein. Beide führen die gleichen Bicke und Griffe durch und nehmen so den Fuß *gemeinsam wahr*.

Der Arzt *teilt* die alltägliche Sorge um den diabetischen Fuß *mit* dem Patienten.

Die Wahrnehmungsstörung im Rahmen der Diabetischen Polyneuropathie wird da überwunden, wo Patient und Arzt gemeinsam beginne, die „Füße wahrzunehmen“.

Wahrnehmungsorientiertes Schulungskonzept zur Verhinderung des DFS

Dieses Schulungskonzept gliedert sich in zwei Phasen:

Erste Phase. Wahrnehmungsschulung

In dieser Wahrnehmungsschulung nehmen Arzt und Patient gemeinsam alles, was zum DFS gehört, wahr.

Diese läuft in drei Schritten ab:

- **Erfassen der realen Wahrnehmungsstörung**

Vergewissern Sie sich, ob der Diabetiker seinen Fuss gut sehen kann. Brillenträger müssen dabei ihre Brille tragen!! Prüfen Sie, ob er ihn ohne Probleme in beide Hände nehmen kann. Kann er eines von beiden Dingen nicht, benötigt er die Hilfe Dritter und muß die Fusspflege von Fußpflegern durchführen lassen, die über eine spezielle Ausbildung für die Fusspflege bei Diabetikern verfügen.

- Am noch mit dem Schuh bekleideten Fuss beginnen Arzt und Patient mit dem praktischen Teil der Wahrnehmungsschulung.

Regel der fünf Blicke und fünf Griffe

Erster Blick: der angezogene Fuß

Sieht man am Oberleder sich abdrückende Zehen oder sieht man eine an der Ferse einschneidende Fersenkappe, ist der Absatz höher als zwei Finger, so ist dieser Schuh ungeeignet.

Erster Griff: Betasten des angezogenen Fußes

Am beschuhten Fuß wird das gesamte Oberleder abgetastet, lassen sich abmodellerte Zehen an der Schuhkappe oder eine einschneidende Fersenkappe tasten, so ist der Schuh ungeeignet.

Zweiter Blick:

Nachdem der Patient Schuhe und Strümpfe ausgezogen hat, schaut er auf den Strumpf, *ob er Sekret- oder Blutspuren findet*. Dieses Vorgehen soll er jeden Abend durchführen. Es gibt Hinweise auf eine evtl. bestehende Fußverletzung.

Zweiter Griff:

Nachdem der Schuh ausgezogen wurde, wird das Innere des Schuhs genau ausgetastet. Tasten Sie harte Stellen, harte Übergänge von der Innensohle zum Fussbett oder aufgerissenes Innenfutter im Schuh, so ist dieser Schuh für Diabetiker ungeeignet.

Dritter Blick: Ansehen des nackten Fußes

Der Patient inspiziert den nackten Fuß und achtet vor allem auf Hornstellen und Verletzungen. Alles, was er sieht, wird genau beschrieben. Der Arzt stellt seine Wahrnehmung des Fußes dem gegenüber.

Dritter Griff:

Der ausgezogene Strumpf wird abgetastet. Lassen sich **nasse Stellen** an der Fusssohle tasten, ist dies ein Hinweis auf eine Fussverletzung. Lassen sich harte, hervorstehende Nähte tasten, so ist der Strumpf ungeeignet.

Vierter Blick: Inspizieren der Zehenzwischenräume

Die Zwischenräume der Zehen werden durch Spreizen genau inspiziert. Der Patient wird auch auf das Aussehen von Fussmykosen hingewiesen, hat er selbst welche, beschreibt er diese genau. Er soll auf weiße und nässende Hautstellen zwischen den Zehen achten.

Vierter Griff: der nackte Fuss wird betastet

Der Patient soll auf die Feuchte und Temperatur der Haut achten. Hat er eine trockene und raue Haut, besonders an der Fußsohle, so weiß er, daß er täglich mit Melkfett cremen muß.

Fünfter Blick: Inspizierung der Nägel

Die Nägel werden inspiziert. Dann beschreibt der Patient die Nagelform. Der Arzt weist darauf hin, daß evtl. zu tief eingeschnittene Nägel oder eingefeilte Nägel gefährlich sind. Er achtet weiter auf eine möglicherweise bestehende Nagelmykose.

Fünfter Griff: Betasten der Fußsohle

Die Fußsohle und die Zehenspitzen werden genau abgetastet. Es soll auf Hornschwielen, evtl. auf Narben oder Unebenheiten an der Fußsohle geachtet werden. Die Ausdehnung der Hornschwielen, deren Dicke und Beschaffenheit sollen genau beschrieben werden. Der Arzt tastet selber ab und stellt seine Wahrnehmung gegenüber.

2. Zweite Phase: Schulung über den Umgang mit dem diabetischen Fuß

Das eigentliche Problem des Diabetikers ist, daß kleinste Verletzungen an seinem Fuß- verheerende Folgen haben können. Er muß sich davor schützen, indem seine anderen Sinne seine verlorengegangenen Schmerzwahrnehmung ersetzen.

Es soll einmal pro Woche die mit ihnen erlernte Fußwahrnehmung als Fusskontrolle durchführen. Kann er dies nicht selbst, so soll ein Angehöriger oder Betreuer dies durch- führen. Erklären Sie ihm, daß Sie bei jedem Arztbesuch mit ihm zusammen die Füße an- sehen werden.

Erster Schritt: Fusspflege

Für die Fußpflege am Diabetischen Fuss sind folgende Regeln unverzichtbar:

- Patienten, die ausreichend sehen können und geschickt genug sind, sollten die Fuß- pflege selbst durchführen. Alle anderen Patienten sollten die Fusspflege von einem speziell ausgebildeten Fusspfleger durchführen lassen.
- Einmal pro Woche Fusspflege.
 - o Füße bei max. 37 Grad (evtl. Badethermometer) baden. Bei eingeschränkter oder aufgehobener Temperaturwahrnehmung bei der Diabetischen Neuropathie droht sonst Verbrühungsgefahr.
 - o Nach dem Fussbad zwischen den Zehen gut abtrocknen.
 - o An den Diabetischen Fuss gehört kein Stahl!!!
 - o Die Verwendung von Nagelschere oder Hornhauthobel mit einer Rasierklinge ist am Diabetischen Fuss verboten !!!!
 - o Zur Fusspflege Sandpapiernagelfeile und weiche Kunststoffhornhautschmier- gelsteine verwenden. Keine Bimssteine verwenden, da diese zu hart sind.
 - o Die Zehennägel der Zehenform entlang feilen, nicht in die Nagelecken hineinfei- len. Die Hornhaut einmal in der Woche mit dem Schmiergelstein entfernen, war- tet man länger, ist sie so dick, daß sie sich nicht leicht entfernen läßt.
 - o Die Füße jeden Tag morgens mit konservierungsstofffreiem Melkfett eincre- men.

Zweiter Schritt: Schuh und Strümpfe

- Keine spitzen Schuhe mit hohen Absätzen kaufen. Nur Schuhe mit weichem Oberleder und einer relativ steifen Sohle kaufen. Die Schuhe müssen bereits beim Kauf perfekt sitzen. Man sollte nur am Nachmittag Schuhe einkaufen, da die Füße dann leicht angeschwollen sind.
- Dreimal täglich Schuhe wechseln !
- Schuhe, die Sie schon besitzen, sollen gem. den Regeln der fünf Blicke und Griffe auf ihre diabetische Tauglichkeit geprüft werden. Von ungeeigneten Schuhen sollte man sich sofort trennen!!

Dritter Schritt: Verhalten bei diabetischen Fussverletzungen

- Bemerkt man eine Verletzung am Fuss, sofort zum Arzt. Sie muß sofort richtig behandelt werden.
- Der verletzte Fuß muß unbedingt ruhiggestellt werden, da sonst die Verletzung nicht abheilen kann. Sie dürfen auf diesem Fuss nicht mehr auftreten.
- Patienten, die schon einmal ein Druckgeschwür hatten, müssen speziell für sie angefertigte Schuhe tragen, um vor neuen Geschwüren geschützt zu sein.

Für die Durchführung dieser Fußschulung in der niedergelassenen Praxis benötigt man mit etwas *Übung etwa 10 Minuten*. Die Patienten empfinden es als sehr dankenswert, daß die Ärzte sich für ihre Füße interessieren, und sehen besonders das Beziehungsangebot, gemeinsam den Fuß anzusehen und anzufassen, als eine besondere Qualität ihres Arztes an.

Ablauf der Sitzung:

Rückmelderunde

Besprechung der Erfahrungen, die der Vorsteller in der 5. Sitzung mit den Veränderungen der medikamentösen Therapie bei seinem vorgestellten Patienten gemacht hat.

Eröffnen Sie die Rückmelderunde mit der Frage, wie es dem Vorsteller mit Umsetzen der Arbeitsergebnisse bei seinem Patienten ergangen ist. Bringen Sie danach die Gruppe in

ein Gespräch. Dies können Sie tun, indem Sie nachfragen, ob die Gruppenmitglieder die Wirkung des neuen Behandlungsplanes so erwartet hätten. Fordern Sie sie auf, ihre Vorstellungen, wie der Behandlungsplan beim Patienten hätte wirken können, in der Gruppe mitzuteilen.

Beziehungsproblem:

Fordern Sie einen Teilnehmer auf, einen schwierigen Behandlungsfall im Kontext des diabetischen Fussyndroms oder Diabetes assoziierter Folgeerkrankung vorzustellen. Wundern Sie sich nicht, wenn keiner in Ihrer Gruppe ist, der spontan etwas zu einem diabetischen Fussyndrom berichten kann. Häufig findet dieses Krankheitsbild in Hausarztpraxen wenig Wahrnehmung. Wenn dies so ist, stellen Sie die Frage, ob Teilnehmer Patienten vorstellen möchten, bei denen es schon zu anderen Folgeerkrankungen gekommen ist. Lassen Sie den Vorsteller wieder den Patientenfall schildern, achten Sie in gewohnter Weise auf die wichtigen Punkte der Vorstellung. Lassen Sie ihn wieder eine erste Idee zum Beziehungsproblem formulieren. Bringen Sie die Gruppe dann darüber ins Gespräch. Dies können Sie sehr gut tun, indem Sie einmal in die Gruppe hineinfragen, was denn die diabetischen Komplikationen für den vorstellenden Arzt und was sie aus der Sicht des Patienten für diesen selbst bedeuten. Lassen Sie die Gruppe an dieser Frage arbeiten. Achten Sie besonders auf Beiträge, die sich mit der Angst sowohl des Arztes wie des Patienten vor den teilweise schlimmen Folgeerkrankung geht. Immer wenn das Thema *Angst angesprochen* wird, sollten Sie den Beitrag fördern und bemüht sein, die Gruppe darüber ins Gespräch zu bringen. Lassen Sie am Ende des Abschnitts die Gruppe ihre erste Idee zum Beziehungsproblem sowie ihre erste Idee zur Verbesserung der Beziehung äußern. Fördern Sie hier wieder alle Beiträge, die etwas mit der *Verbesserung der Wahrnehmung* von Folgeerkrankungen und dem Umgang mit der Angst, die Arzt und Patient vor Folgeerkrankungen haben.

Behandlungsproblem:

Lassen Sie den Arzt wieder dezidiert den Behandlungsverlauf vorstellen. Achten Sie auch hier wieder auf die Vollständigkeit seiner Schilderung. Ist sie unvollständig, fragen Sie wieder in der Gruppe hinein, bleiben dann noch Fragen offen, so sollten Sie den Vorsteller fragen, ob es nützlich sein könnte, die noch offenstehenden Fragen zu klären. Dann dokumentieren Sie wieder genau. Lassen Sie den Vorsteller dann seine erste Idee zum Be-

handlungsproblem definieren. Bringen Sie ihn und die Gruppe dann ins Gespräch. Dies können Sie gut mit folgender Frage erreichen.

Diabetische Folgeerkrankungen sind in Hausarztpraxen häufig. Haben Sie eine Idee, wieviele Ihrer Patienten an Folgeerkrankungen leiden und welche Folgeerkrankungen dies sind? Bringen Sie die Gruppe darüber ins Gespräch. Achten Sie hier besonders auf Beiträge, in denen es um Resignation geht. Häufig besteht nämlich gerade bei Hausärzten, die den langjährigen, oft tragischen Verlauf von „Diabetes-Karrieren“ miterleben mußten, die Einstellung, daß sich Folgeerkrankungen kaum verhindern läßt. Fragen Sie dann in die Gruppe, ob die Gruppenteilnehmer diese eher pessimistische Haltung teilen und fragen Sie danach, *ob sich diese ärztliche Haltung ändern ließe*.

Fordern Sie am Ende der Runde die Gruppe auf ihre Idee zum Behandlungsproblem zu definieren. Dann soll die Gruppe ihre eigenen Standards zur Behandlung und Prävention von Folgeerkrankung definieren und wie in der letzten Sitzung mit denen der NIDDM-Empfehlungen vergleichen und kritisch diskutieren. Lassen Sie die Ergebnisse ebenso auf dem Formblatt „Standards zur Behandlung von Folgeerkrankungen“ dokumentieren.

Behandlungsplan:

Bringen Sie die Gruppe mit den Arbeitsergebnissen der ersten beiden Abschnitte wieder ins Gespräch. Fragen Sie wie man die Idee der Beziehungsverbesserung mit der einer besseren Prävention zusammenbringen kann. Gehen Sie wieder nach dem altbekannten Raster vor:

- Was muß für eine bessere Beziehung von Arzt und Diabetiker im Sinne der Prävention Diabetes assoziierter Folgeerkrankungen getan werden?

Sprechen Sie hier an, ob die Gruppe eine Idee hat, wie der Diabetiker besser auf seine Füße achtgeben kann. Sprechen Sie auch noch an, was die Angst vor Diabetes assoziierten Folgeerkrankungen bei Arzt und Patient mit deren Ansprechbarkeit im Praxisalltag macht.

- Definition eines für Arzt und Patient im Kontext Prävention von Folgeerkrankungen sinnvollen Therapieziels

Sprechen Sie hier an, ob die Präventionsziele des Arztes sich mit denen der Patienten decken. Überlegen Sie, wie Arzt und Patient ganz formell in einem Gespräch gemeinsame Ziele zur Verhinderung von Folgeerkrankungen miteinander definieren können. Überlegen Sie, wie vor allem der Patient für sich eine Idee bekommen könnte, was er **ändern** kann, um Diabetes assoziierte Folgeerkrankungen besser zu verhindern.

Schritte, dieses Therapieziel zu erreichen

Welche Diagnostik ist notwendig?

Überlegen Sie zusammen mit den Kollegen, wie ein Vorsorgeprogramm sowohl für den diabetischen Fuß als auch für andere Folgeerkrankungen aussehen könnte. Sprechen Sie einmal an, ob die Ärzte ihre Patienten fragen können, wie es ihnen mit diesem Vorsorgeprogramm geht.

Welche Therapie sollte wann angewendet werden?

Überlegen Sie zusammen mit dem vorstellenden Arzt, welche Therapie oder auch welche spezielle Behandlungsmaßnahme beim diabetischen Fussyndrom für den vorgestellten Patienten sinnvoll sein könnte. Wenn der vorstellende Arzt einen Patienten mit einer Fußkomplikation vorgestellt hat, dann sollten Sie mit ihm unbedingt besprechen, ob der Patient rechtzeitig zu ihm gekommen ist, und wie er, wenn das nicht der Fall war, es besser hätte machen können. Dann sollten Sie besprechen, wie erreicht werden kann, daß der Patient auf dem *verletzten Fuss nicht mehr herumläuft*. Hier geht es um die Klärung von pflegerischer Hilfe gerade bei älteren Patienten durch Angehörige oder einen ambulanten häuslichen Pflegedienst. Auch ist zu überlegen, welche Hilfsmittel der Patient braucht, z. B. einen Rollstuhl oder ob ihm eine Krankengymnastin das Gehen auf Krücken erläutern muß. Überlegen Sie, wie diese Maßnahmen in der alltäglichen Situation des Patienten realisierbar sein könnten.

Wie rede ich mit dem Patienten über die Möglichkeiten der Prävention und deren evtl. Veränderungen?

Überlegen Sie zusammen mit der Gruppe, wie man mit dem sehr angstbesetzten Thema der Diabetes assoziierten Folgeerkrankung umgehen kann. Versuchen Sie die Gruppe darüber ins Gespräch zu bringen, was es nutzen könnte, wenn Arzt und Patient einmal über ihre Ängste wirklich offen reden können. Führen Sie hier den Aspekt der **Entlastung** wieder ein. Sie könnte darin bestehen, daß der Arzt aufhört, dem Patienten zu drohen und sich ungeheuer zu bemühen, die Diabetes Folgeerkrankungen verhindern zu wollen. Für den Patienten könnte die **Entlastung** bedeuten, daß der Arzt ihm nicht andauernd Vorwürfe macht. Beide könnten gewinnen, wenn sie erst einmal miteinander darüber ins Gespräch kommen und **machbare** Lösungen anpeilen.

Wie motiviere ich ihn zur Veränderung in der Krankheitsführung?

Besprechen Sie hier besonders, ob die Gruppe eine Idee hat, wie man Patienten dazu bewegen kann, ihre Füße besser zu kontrollieren. Überlegen Sie einmal zusammen mit den Ärzten, was es wohl für die Patienten bedeutet, wenn der Hausarzt sich bei jeder Konsultation für die Füße des Patienten interessiert. Lassen Sie die Gruppe darüber einmal phantasieren. Fokussieren Sie im Gespräch, ob der Patient das Interesse **nicht als Kontrolle und Einmischung erlebt** und ob die Gruppe Ideen hat, was dieses Interesse für den Patienten bedeuten kann.

Diskutieren Sie wieder Ideen, in diesem Kontext fixierte Haltungen aufzugeben und Veränderbarkeit herzustellen.

Abschlußrunde:

Bringen Sie die Gruppe jetzt in eine Abschlußdiskussion von etwa einer Viertelstunde. Fragen Sie die Teilnehmer, wie es ihnen mit der Arbeit im QZ ging. Hängen Sie die beiden Plakate der 1. Sitzung noch einmal auf und bringen Sie die Gruppe darüber ins Gespräch.

Diskutieren Sie, was mit den Erwartungen im Verlauf passiert ist. Dabei können folgende Fragen hilfreich sein:

- Wie ging es den Teilnehmern mit dem Konzept der QZ?

Thema: Der Diabetische Fuß und andere Folgeerkrankungen
- Beziehungsprobleme -

Patienteninitialen: _____ Alter: _____ M/W

**Achtung Moderation: Hier erst protokollieren,
wenn dieser Gesprächsabschnitt abgeschlossen ist!**

Analyse der Beziehungsprobleme durch die Gruppe

**Lösungsidee der Gruppe
für eine bessere Beziehung von Arzt und Patient**

Thema: Der Diabetische Fuß und andere Folgeerkrankungen

Detaillierter Behandlungsverlauf

Achtung Moderation:
Hier von Anfang an genau protokollieren!

Anamnese der Fußprobleme	Jahr

Diagnostik der Fußprobleme	Jahr

Therapie der Fußprobleme	Jahr

Behandlungsproblem
Analyse des Behandlungsproblems
im Kontext des diabetischen Fußsyndroms

Thema: Der Diabetische Fuß und andere Folgeerkrankungen

- Was braucht der QZ an Weiterbildung -

Achtung Moderation: Hier von Anfang an genau protokollieren!

Fragen des QZ zur Versorgung des diabetischen Fußes	Priorität

Braucht der QZ einen Experten, wen, wann?

Wenn der QZ die Fragen selber beantworten kann, wer bereitet welches Thema vor?	Name

Thema: Der Diabetische Fuß und andere Folgeerkrankungen

- Neuer Behandlungsplan -

Definition eines für Arzt und Patienten im Kontext von Folgeerkrankungen sinnvollen Therapieziels

Welche Diagnostik ist notwendig?

Welche Therapien sollen wann angewendet werden?

Wie rede ich mit dem Patienten über die Möglichkeiten der Prävention und eventuelle Veränderungen?

10. Anhang

- **Moderationsprotokoll zur Themenwahl**
Indikationsübergreifende Moderationsprotokolle
- **Grundlagen der Gruppenleitung**
- **Experteninterview**
- **Leitfaden zur Leitlinienauswahl und Bewertung**
der ÄZQ (wird neu bearbeitet)
- **Folien für die Eröffnungssitzung des Diabetes QZ**

|

|

Thema:	Datum:
- Detaillierter Behandlungsverlauf -	

Achtung Moderation: Hier von Anfang an genau protokollieren!

Anamnese	Jahr

Diagnostik	Jahr

Therapie	Dosis	Jahr

Analyse der Behandlungsprobleme
--

Thema:	Datum:
- Was braucht der QZ an Weiterbildung? -	

Achtung Moderation: Hier von Anfang an genau protokollieren!

Fragen des QZ zum Thema	Priorität

Braucht der QZ einen Experten, wen, wann?
--

Wenn der QZ die Fragen selber beantworten kann, wer bereitet welches Thema vor?	Name	Priorität

Thema:.....**Datum**.....
-neuer Behandlungsplan-

**Definition eines für
Arzt und Patienten sinnvollen Therapieziels**

Welche Diagnostik ist notwendig?

Welche Therapien sollen wann angewendet werden?

Wie rede ich mit dem Patienten über eventuelle Veränderungen?

Grundlagen hausärztlicher Qualitätszirkelarbeit I

Qualitätszirkel vom: _____

Wie würden Sie hausärztliche Behandlungsqualität auf keinen Fall definieren wollen?

Wie würden Sie hausärztliche Behandlungsqualität auf jeden Fall definieren?

Grundlagen hausärztlicher Qualitätszirkelarbeit IV

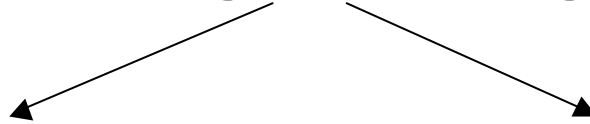
Professionalitätstheorie (nach Schaffer 1994)

1. Gesellschaftliches Mandat	Ärztliches Handeln als Kontrolle des Irrationalen: (Heinemann 1992) Krankheit / Leid / Alter / Verrücktheit / Sucht / Tod
2. Zentralwert bezogene Leistung des Arztes	Alle Leistungen, die Ärzte zur Erbringung des gesellschaftlichen Mandates ausführen <ul style="list-style-type: none"> • Therapie • Begleitung • Umsetzung hoheitlicher Aufgaben • Psych. KG / Gutachten
3. Universelles Wissen des Arztes	Integriert wissenschaftliches Fachwissen und erfahrungsgeführtes Berufswissen (Klinik)
4. Klientenautonomie des Arztes	<ul style="list-style-type: none"> • Unabhängigkeit vom Patient • Kompetenz gesellschaftliche Mandate umzusetzen • Sich vor nicht schuldhaftem Scheitern schützen
5. Institutionsautonomie des Arztes	<ul style="list-style-type: none"> • Unabhängigkeit von Institutionen • Kompetenz gesellschaftliche Mandate umzusetzen • Sich vor nicht schuldhaftem Scheitern schützen

Übersetzen Sie diese Begriffe bitte in Ihre Alltagsarbeit

Grundlagen hausärztlicher Qualitätszirkelarbeit V

Grundmodelle ärztlicher Handlungssteuerung



Sensualistische Reduktion

Reduktion der vollen Fallwirklichkeit auf technisch messbare Größen

Hermeneutische Fallarbeit

Rekonstruktion der Fallwirklichkeit durch umfassende Deutung

Was fällt Ihnen dazu ein?

**Protokoll der Eröffnungssitzung des
diabetologisch hausärztlichen
Qualitätszirkels vom: _____**

Arbeitsabsprachen:

Wie oft und wann will sich der QZ in den nächsten 12 Monaten treffen?

Welche Arbeitsaufträge gibt sich der QZ?

Wie will der QZ die Ziele der Zusammenarbeit von Diabetologe und Hausärzten definieren?

Welche Themen müssen bearbeitet werden um diese Ziele zu erreichen?

Woran erkennt der QZ, dass er die Ziele erreicht hat?

Techniken der Gruppenleitung in Beratungssituationen

Theoretische Grundlagen der Gruppenleitung I

Professionelle Gruppenleitung als Grundlage der erfolgreichen Gruppenberatung

Es lassen sich nach Yalon (Yalon 1989) vier grundlegende Fähigkeiten zur Gruppenleitung beschreiben, die für einen guten Outcome- der Gruppe in starker Weise vorherbestimmend sind.

- Emotionale Anregung (herausfordernde konfrontierende Aktivität, eindringliches Beispielgeben durch das Eingehen persönlicher Risiken und weitgehende Selbstoffenbarung)
- Exekutive Funktion (Grenzen, Regeln, Normen, Ziele setzen, Zeit einhalten, das Tempo des Fortschreitens bestimmen, Verfahren anhalten, unterbrechen und vorschlagen)
Der GL hält den Rahmen, setzt Regeln der Gruppenarbeit und schützt sie.

„Damit stellt er die Gruppe und deren Mitglieder unter den Schutz der Regeln.“

- Authentizität und Anteilnahme (Unterstützung, Lob, Schutz, Wärmeannahme, Echtheit, Besorgtheit) Authentizität beschreibt eine Leitungshaltung, aus der heraus der GL die Gruppe schützt, er die Interessen der Gruppe fördert und die Gruppe so leitet, dass er dabei immer als Person erkennbar bleibt. Er teilt der Gruppe immer und in angemessener Weise mit, was er gerade wahrnimmt. Er signalisiert damit Verantwortung und Sorge für die Gruppe. Er ist damit wertschätzend und allparteiig.
- **„Er regiert die Gruppe nicht, er dient ihr !!!!!“**

- Sinnggebung (Erklären, Darstellen, Interpretieren der Veränderung, einen kognitiven Rahmen geben, Gefühle und Erlebnisse in Ideen übersetzen. Der GL soll in der Lage sein, mit den Gruppenteilnehmern den Sinn und die Bedeutung der Gruppenarbeit für die individuellen Probleme, Kontexte und persönlichen Anliegen zu erarbeiten.
Sinn meint hier bei ein persönliches Verstehen können des Prozesses an sich.
Bedeutung meint ein persönliches Verstehen können, welche Bezüge der Prozess an sich für die vorgegebene Wirklichkeit der Teilnehmer hat.

„Er ist kein Wissensvermittler, sondern einer der die Gruppe unterstützt zu verstehen und zu verändern!!!!“

Die in der Praxis wichtigsten dieser vier Faktoren sind eindeutig Authentizität, Sinnggebung und die exekutive Funktion

Die oben eher abstrakt vorgestellten Modelle sollen im folgenden für die Praxis der Gruppenleitung in Beratungen dargestellt werden.

Authentizität

Bei diesem Punkt kommt es auf Ihre Echtheit an. Wenn Sie ein Projekt vorstellen, dessen Inhalte Sie nicht voll und ganz vertreten können oder von dem Sie letztlich überzeugt sind, das es Schwachstellen hat, die sich offenbaren werden, dann brauchen Sie erst gar nicht zu versuchen eine Gruppe zu beraten. Gruppen spüren diese Unsicherheit oder auch dieses „unechtreden“ sofort und steigen darauf ein. Sie merken das an der großen „Beisslust“ der Gruppenteilnehmer. Diese werden dann sofort versuchen, die Schwachstellen ihrer Authentizität offen zu legen und Sie darüber in er-

heblichen Druck zu bringen. Beraten Sie also prinzipiell nur so, dass Sie, hinter dem was Sie als Berater sagen, voll und ganz stehen können.

Sinnstiftung

Arztgruppen neigen in Beratungen solange miteinander zu verhandeln, bis meistens als vollkommen irrwitzig eingeschätzte Kompromisse zustande kommen. Diese Verfahren nennt man unter altgedienten Gruppenleitern das „Zerberaten“. Unter Zerberaten versteht man, dass jeder in einer Gruppe bemüht ist, dass die Gruppe seine individuelle Handlungsfreiheit nicht einschränkt. Wenn schon Absprachen getroffen werden und Regeln gelten sollen, dann ist das Ziel einer solchen Übung immer, dass diese Absprachen und Regeln immer vollkommener Nonsens und damit unwirksam sind. Das übrigens erklärt auch, warum das Sinnstiften als Beratungshaltung so hilfreich ist, wenn es darum geht, Gruppen auf Kurs zu bringen. Im Sinnstiften kann es, wenn es gut läuft, dazu kommen, dass die Teilnehmer verstehen, warum sie sich und ihr Arzthandeln unter Theorien und Regeln unterwerfen müssen. Was heißt das nun für die Praxis?

Exikutive Funktion

Sie müssen verhindern, dass man versucht, sich um diesen Prozess der Annahme von Regeln, die die Freiheit des eigenen Handelns beschränken, zu drücken, in dem man so lange um Kompromisse ringt, bis diese Kompromisse keinem mehr weh tun. Das bedeutet auch, dass den Druck, den das Einhalten von Regeln erwiesenermaßen, jedem der es tut, bereitet, aushalten müssen. Ein wichtiges Instrument Regeln für Gruppen zu defi-

nieren und anzuwenden, ist das sog. Setting. Sehr flach übersetzt bedeutet der Begriff eigentlich nichts anderes als verbindliche „am jeweiligen Platz (Sett) geltende Regeln“

Settingdefinition:

Unter einem Setting versteht man die Gesamtheit aller Regeln, die das Arbeiten in der Gruppe bestimmen sollen. Der Gruppenleiter vereinbart diese Regel mit der Gruppe und sorgt für ihre Einhaltung.

(Referenzliteratur hierzu: Yalom; D.,I.: Ziele und Praxis der Gruppen Psychotherapie, 469 bis 476; München 1969)

Praktische Grundlagen der Gruppenleitung I

-Das Setting als Gruppenleitungsinstrument--

Das gemeinsame Vereinbaren von Settingregeln durch die Gruppe ist ein wesentlicher Schritt der Gruppenleitung. Der GL zeigt damit die Authentizität seiner Leitungshaltung. Er nimmt die Gruppe ernst und benennt mit ihr zusammen die Settingregeln. Er zeigt damit ein demokratisches Selbstverständnis. Wenn die Gruppe sich so ihre eigenen Regeln gibt kommt er damit sehr elegant aus der Rolle des Gruppenbestimmenden heraus. Er wird im Verlauf der gemeinsamen Arbeit nur für die Einhaltung dieser Regeln sorgen. Damit übt er die oben benannte executive Funktion aus. Er unterwirft sich wie die anderen Mitglieder der Gruppe, diesen Regeln.

Settingregeln die für den gesamten Gruppenprozess Geltung haben sollen:

Am Anfang der Gruppenarbeit werden Grundregeln vereinbart :

- Bedeutung der gemeinsamen Arbeit
- Verschwiegenheit, Wertschätzung
- Termine, Zeitdauer der einzelnen Sitzungen
- Abbruch – Regeln für die Beendigung des Gruppenprozesses

Settingregeln die für die einzelne Sitzung aufgestellt werden:

Am Anfang jeder Stunde sollen folgende Regeln definiert werden:

- Thema und Dauer der Sitzung
- Grobe Darstellung des Ablaufes (Agenda)
- Benennung von Funktionen (z.B. Co-Moderator, Protokoll, externer Beobachter)
- Verteilung von Arbeitsaufträgen (die vorher von der Gruppe definiert wurden)
- Benennung spezieller „Stundenregeln“ (z.B. Aufheben der Verschwiegenheit, Weitergabe von Protokollen, Zulassen externer Teilnehmer ect.)

Praktische Grundlagen der Gruppenleitung II

-Das Modell der vier Grundtätigkeiten in der Gruppenleitung-

Für jeden Anfänger scheint das professionelle Leiten einer Gruppe sehr kompliziert zu sein. Meist benutzt man Leitungsmuster, die man an privaten oder beruflichen Erfahrungen orientiert. Damit bekommt Leitung oft einen privaten oder berufsalltäglichen Charakter. Das erklärt, warum man dann natürlich auch die passenden Probleme in der Leitung bekommt. Eine strukturierte Leitungstechnik schützt den GL vor der Wiederholung solcher privater oder beruflicher Beziehungsprobleme im Gruppenprozess. Um nun einen einfa-

chen Einstieg in eine formal strukturierte Gruppenleitung zu bekommen, sei hier das Modell der vier Grundtätigkeiten eines GL dargestellt:..

1. Benennung klarer Settingregeln mit der Gruppe(s.o.)

2. Mitteilung der GL Wahrnehmung an die Gruppe

- Ansprechen was der GL rational und emotional im Gruppenprozess wahrnimmt. Er wird als Leitungsperson wahrnehmbar und glaubhaft. Er beweist damit seine Authentizität.
- Er signalisiert damit Aufmerksamkeit und Allparteiligkeit. Er zeigt damit, das er die Regeln wart und kompetent seiner exicutiven Funktion nachkommt.
- Er sichert so den Kontakt zu allen Gruppenmitgliedern

3.Konsequents Ansprechen von Themenwechseln

- Der GL schützt damit den Themenrahmen. Er verhindert das die Gruppe den roten Faden verliert. Damit trägt er zur Sinnstiftung bei.
- Er hält die Gruppe auf Arbeitsniveau

4. Konsequente Ergebnissicherung und Dokumentation

- Er zwingt die Gruppe damit Ergebnis orientiert zu arbeiten
- Er sichert so die Arbeitergebnise der Gruppe
- Er schützt de Gruppe vor ihrem all zu kurzen Gruppengedächtnis. Damit kann er die Gruppe immer zur Selbstvergewisserung auffordern. Sie muss so fortlaufend überprüfen, ob die Arbeitergebnise der Gruppe mit dem gewünschten Arbeitsziel übereinstimmen.

Simulationen von Gruppenberatungssituationen an Hand von praktischen Beispielen

-Simulationsaufgabe für den Gruppenleiter-

„Eröffnungssitzung eines Qualitätzzirkels“

Themenhintergrund:

In dieser Sitzung wird das Konzept des QZ zum Thema Diabetes vorgestellt. Dies ist deshalb von großer Bedeutung, weil damit Verständnisprobleme direkt bearbeitet werden können, die sonst die Arbeit in den weiteren Sitzungen erheblich erschweren können.

Arbeitsziel der Sitzung:

- Vorstellung und Kennenlernen der Teilnehmer
 - Erarbeitung der Settingregeln
 - Erfahrungen und Ideen zu QZ Arbeit
 - Welchen Sinn hat die QZ-Arbeit für die Gruppe?
-
- **Vorstellen und Kennenlernen der Teilnehmer**

Begrüßen Sie die Teilnehmer. Kennt sich die Gruppe, gehen Sie zum zweiten Teil weiter. Kennt sich die Gruppe nicht persönlich, beginnen Sie mit einer kurzen Vorstellungsrunde der Teilnehmer.
 - **Erarbeitung der Settingregeln**

Verfahren Sie wie im Kapitel Setting beschrieben. Überlegen Sie welche Grundregeln für die gesamte Gruppenarbeit sie erarbeiten müssen und welche speziellen Stundenregeln Sie benötigen.
 - **Erfahrung und Ideen zur Arbeit in QZ**

Geben Sie der Runde erst einmal Möglichkeiten, über ihre Ideen und Vorstellungen zur Arbeit in QZ zu sprechen. Fördern Sie das Ansprechen kritischer Ideen oder auch Erfahrungen. Unterstreichen Sie, daß letztlich nur der offene und kritische Umgang

mit eigenen Problemen und eigener Unzufriedenheit ein effizientes Arbeiten in der Gruppe möglich machen wird. Schreiben Sie auf dem bereitgestellten Flipchart für jeden Teilnehmer eine für ihn wichtige Erfahrung oder Idee auf einem Plakat auf. Heben Sie das Plakat auf.

- **Diskussion über die „Sinnfrage“ der Arbeit im Qualitätszirkel**

In der Evaluation zeigte sich als entscheidendes Hemmnis zur kontinuierlichen und bejahten Anteilnahme am Qualitätszirkel, daß Hausärzte häufig keine klaren Vorstellungen über Sinn und Bedeutung von Qualitätszirkelarbeit für ihre eigene hausärztliche Tätigkeit haben. Wenn überhaupt, werden solche Diskussionen auf der rein medizinisch-wissenschaftlichen Ebene geführt. Die Sache ist aber, wie im Handbuch beschrieben, viel komplexer.

Moderationstechnik:

Beginnen Sie, indem Sie in die Runde hinein mit folgender Frage einsteigen.

"Was würden Sie Ihrem besten Freund bei einem Glas Wein erzählen, was Sie für den Sinn hausärztlicher Qualitätssicherungsarbeit halten?"

Diese Frageform kommt aus der systemischen Familientherapie und heißt zirkuläre Frage. Indem Sie fragen, was der Hausarzt einem anderen Freund erzählen würde, stellen Sie einen neuen Kontext für die gestellte Frage her. Der Hausarzt wird sich überlegen, was er im Schutz eines vertrauten Gespräches erzählen würde und dies ist unter Umständen etwas ganz anderes, als er in der förmlichen Situation des Qualitätszirkels erst einmal mitteilen würde.

Sammeln Sie die Beiträge der Teilnehmer auf dem Flipchart und hängen sie dieses Flipchartseite gut sichtbar im Raum auf.

Fragen Sie dann weiter, was Hausärzte sich vorstellen, was Qualitätssicherungsarbeit eigentlich für ihr ärztliches und persönlich Erleben hausärztlicher Arbeit bedeutet.

Ihre Kollegen werden vielleicht verwundert sein, daß Sie in aller Offenheit eine solche Sinndiskussion führen, unsere Erfahrung ist jedoch, daß gerade in der Startphase dies Vorbehalte und Hemmungen, sich in den Qualitätsentwicklungsprozessen und Qualitätszirkel einzubringen, abbaut. Es geht hier nicht darum, große Lösungen zu finden, sondern vielmehr erst einmal im geschützten und offenen Raum der Gruppe

über diese zumeist heftig verschwiegenen Fragen nachzudenken. Wenn Sie die Folien präsentiert und die Theorie dargelegt haben, können Sie in einer letzten Frageunde noch einmal abfragen, was denn die Hausärzte glauben, was sie mit diesen Erkenntnissen machen können. Dokumentieren Sie dies wieder auf einem Flipchart, das Sie im Raum aufhängen.

Beobachtungsaugabe für die externen Beobachter

1. Wie ist der GL bei der Benennung klarer Settingregeln mit der Gruppe vorgegangen?(s.o.)

2. Wie ist der GL bei der Mitteilung seiner Wahrnehmung an die Gruppe vorgegangen?

3. Wie ist der GL mit dem .konsequenten Ansprechen von Themenwechseln vorgegangen?

1. Wie ist der GL mit der konsequenten Ergebnissicherung und Dokumentation vorgegangen?

2. Wie beurteilen Sie die Authentizität der Gruppenleitung?

3. Wie beurteilen Sie die Kompetenz zur Sinnstiftung?

„Das Experteninterview“

Ein Modell zur Gestaltung ärztlicher Qualitätszirkel

© Prof. Dr. med. Marcus Siebolds, KFH NW

Fachbereich Gesundheitswesen,

Wörthstraße 10, 50668 Köln

Themenhintergrund

Die Arbeit im Qualitätszirkel führt oft zu der Frage, ob eine Fachweiterbildung durch einen Experten notwendig ist. Denken Sie daran, dass in der Patientenfallkonferenz am Ende jeder Fallkonferenz überlegt wird, welche Fachweiterbildungsthemen anstehen, und ob ein Experte zu Rate gezogen werden soll. Zu ähnlichen Ergebnissen können Sie kommen, wenn Sie im Rahmen von Journal-Clubs oder im Rahmen von Leitlinien-Arbeit an Fragen stoßen, die Sie mit den Kenntnissen, die bei den Teilnehmern Ihrer Qualitätszirkel vorhanden sind, nicht mehr bearbeiten können. Die Problematik ist nun, dass klassische Fachvorträge in der Wertung ihrer Wirksamkeit für die Kompetenzentwicklung bei klinisch tätigen Ärzten sehr umstritten sind. Sackett schreibt in seinem Buch „Evidence basierte Medizin“ hierzu, dass bei klassischen Fachweiterbildungsverfahren durch Vorträge von dem vorgestellten Fachwissen in der medizinischen Praxis des einzelnen anwendenden Arztes wenig Nachweisbares ankommt. In einer eigenen Untersuchung zum Thema Qualitätszirkel haben wir Hausärzte gefragt, wie sie normale Fachvorträge in ihrer Bedeutung für die eigene Kompetenzentwicklung einschätzen. Die Wirksamkeit wurde als niedrig eingestuft.

Die Schlüsselfrage lautet also, wie man Experten dazu bekommt, eine Fachweiterbildung so zu gestalten, dass die Teilnehmer des Qualitätszirkels wirklich etwas für die Kompetenzentwicklung gewinnen können. Das nachstehende Konzept des Experteninterviews versucht, diese Fragestellung der Gestaltung von Fachweiterbildung durch Experten in einer möglichst pragmatischen und einfachen Weise anzugehen.

Moderationsziel

- Der Moderator soll in der Lage sein, ein Experteninterview in vorangehenden Qualitätszirkelsitzungen sinnhaft vorzubereiten. Dazu kann er in der Patientenfallkonferenz die entsprechenden Moderationsplakate nutzen. (Was braucht der QZ an Weiterbildung)
- Er soll einen Einladungsmodus beherrschen, der Experten motiviert, auch unter den neuen Bedingungen des Experteninterviews dem Qualitätszirkel als Experte für die Fachweiterbildung zur Verfügung zu stehen.
- Der Moderator soll die Moderation des Experteninterviews so beherrschen, dass ein strukturierter interkollegialer Austausch zwischen Qualitätszirkelteilnehmer und dem Experten stattfindet.
- Er soll in der Lage sein, eine möglichst praxistaugliche Dokumentation der Ergebnisse des Experteninterviews vorzunehmen.

Moderationsvorbereitung

Vorbereitung im Rahmen der Patientenfallkonferenz

Im Rahmen der Moderation der Patientenfallkonferenz sollte der Moderator versuchen, bei der Bearbeitung des letzten Plakates

„Was braucht der Qualitätszirkel an Weiterbildung?“

möglichst exakte, klinisch relevante Fragen mit dem Qualitätszirkel zu erarbeiten. Bei der Formulierung der Fragen sollte der Moderator darauf achten, dass die Fragen hinreichend Aussicht auf Beantwortung beinhalten. Dann sollte er mit dem Zirkel abstimmen, welchen Experten der Zirkel wünscht. Es hat sich als hilfreich erwiesen, nicht immer unbedingt an von Pharmafirmen vorgeschlagene Experten zu denken. Selbst wenn diese nicht im Interesse der gesponserten Firmen sprechen, so liefern sie in der Regel vorgefertigte „Konservenvorträge“ ab. Sie sind dann für das Experteninterview relativ schwierig zu gewinnen, weil sie natürlich völlig verunsichert sind, denn sie können ja ihren vorbereiteten Vortrag nicht einfach abspulen. Als eine deutlich bessere Alternative hat sich das Einladen von lokal ansässigen, sehr qualifizierten niedergelassenen Fachärzten oder Spezialisten aus lokalen Kliniken erwiesen. Diese sind wesentlich weniger auf das Abhalten von „Vortragskonserven“ festgelegt und oft noch für den interkollegialen Austausch offen. Auch können sich hier sehr gute Kontakte zur weiteren Kooperation entwickeln.

Einladungsverfahren des Experten

Nachdem Sie mit dem Zirkel die klinisch relevanten Fragestellungen an den Experten festgelegt haben und überlegt haben, wen Sie einladen wollen, müssen Sie nun die eigentliche Einladung vorbereiten und durchführen. Für viele Experten ist das Konzept des Experteninterviews sehr irritierend. Geht es doch von der Grundregel aus, dass die Benutzung von Dias und Folien untersagt ist. Der Experte wird also ganz und gar in seiner klinischen Kompetenz und in seiner Kompetenz, Kollegen im interkollegialen Austausch zu beraten, gefordert. Das verunsichert manchen Experten sehr. Deshalb kommt es auf ein möglichst intelligentes Einladungsschreiben an. Dieses Einladungsschreiben haben wir Ihnen beigelegt, sie erhalten zu diesem Modul eine entsprechende Textdatei und können es auf Ihre speziellen Bedürfnisse anpassen.

Einladungsschreiben

Anschrift des Experten

Sehr geehrter Herr/Frau,

wir möchten Sie hiermit herzlich zu unserer Qualitätszirkelsitzung am, in, um ... Uhr, einladen.

Der Qualitätszirkel hat in den letzten Sitzungen sehr intensiv am Thema gearbeitet. Im Rahmen dieser themenbezogenen Arbeit sind die Kollegen auf Fragestellungen gestoßen, die Sie mit Ihren eigenen Fachkompetenzen nicht mehr bearbeiten können. Sie haben mit mir zusammen in der Qualitätszirkelarbeit folgende für uns klinisch relevante Fragen formuliert, die wir gerne mit Ihnen besprechen würden:

-
-
-
-
-

Der Qualitätszirkel versteht sich als eine Gruppe, in der über interkollegialen Austausch eine Kompetenzverbesserung bei den Kollegen entstehen soll. Für uns hat sich gezeigt, dass wir mit normalen Fachweiterbildungsangeboten über Vorträge relativ wenig anfangen können. Wir würden Sie deshalb bitten, auf Dias oder Folien zur Präsentation Ihrer Sach-

verhalte zu verzichten. Es hat sich gezeigt, dass klinische Experten für uns den größten Gewinn an neuen Ideen und Erkenntnissen bringen, wenn die Arbeit mit ihnen im interkollegialen Austausch an sehr konkreten Sachfragen stattfindet. Aus diesem Grunde werde ich als Moderator des Qualitätszirkels Ihre Expertise im Rahmen eines sogenannten Experteninterviews nutzen. Dabei werde ich mit Ihnen zusammen Schritt für Schritt die oben dargestellten Fragen durchgehen und Sie mit den Kollegen zusammen in einen interkollegialen Austausch bringen. Besonders wichtig wird dabei Ihre klinische Expertise als Arzt, der selber mit dem von uns als problematisch erlebten Dingen umgeht, gefragt sein. Meine Aufgabe wird darin bestehen, den Austausch zwischen Ihnen und den Kollegen zu fördern und möglichst konkrete Ergebnissicherung vorzunehmen. Es wäre schön, wenn Sie zu den oben vorgestellten Fragestellungen in maximal fünf Sätzen ihre Empfehlung zum Umgang mit den Problemen schriftlich darstellen würden. Diese Darstellung sollte so abgefasst sein, dass die Kollegen am nächsten Tag in ihren Praxen mit Ihren Empfehlungen klinisch arbeiten kann.

Ich hoffe, Sie sind nicht irritiert über diese Einladung, aber gerade dieses Verfahren hat uns enorme Gewinne im Umgang mit Experten gebracht. Wir freuen uns sehr, mit Ihnen in einen interessanten Austausch einzutreten! Ich würde mich freuen, Sie in unserem Qualitätszirkel begrüßen zu können. Für weitere Fragen stehe ich Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

Moderationsablauf

Eröffnungsrunde

Nachdem Sie die Referenten begrüßt haben, stellen Sie der gesamten Gruppe den Ablauf des Experteninterviews vor:

Kurze Vorstellung der Moderationsplakate der Patientenfallkonferenz. Es soll deutlich werden, wie der Qualitätszirkel in der Patientenfallarbeit zu den klinisch relevanten Fragestellungen für den eingeladenen Experten gekommen ist. Es hat sich dabei als sinnvoll erwiesen, dass Sie noch einmal kurz Plakat für Plakat durchgehen und kurz die Arbeitsergebnisse, die dort dokumentiert sind, kommentieren. Während dieser kurzen Reflexion der Moderationsplakate können Sie immer wieder in die Gruppe fragen, ob Teilnehmer noch ergänzende Informationen dazu geben möchten.

Nehmen Sie sich nun ganz gezielt das Plakat „**Was braucht der QZ an Weiterbildung?**“ zur Hand. Erörtern Sie noch einmal kurz, wie der Qualitätszirkel zu den dort aufgeführten klinisch relevanten Fragestellungen an den Experten gekommen ist.

Beginnen Sie nun mit der ersten Fragestellung an den Experten. Bitten Sie, dass in einer Blitzlichtrunde jeder Qualitätszirkelteilnehmer noch einmal kurz beschreibt, was für ihn an klinischer Problematik hinter dieser Fragestellung steht. Achten Sie hier darauf, dass das Blitzlicht wirklich kurz bleibt und jeder nur stichwortartig seine Ideen beiträgt. Sie sollten für das Blitzlicht zu jeder Frage höchstens fünf Minuten brau-

chen. Notieren Sie die Beiträge der Teilnehmer auf dem vorgefertigten Moderationsplakat „**Eigene Probleme zur Fragestellung an den Experten**“. Wenn Sie das Blitzlicht abgeschlossen haben, beginnen Sie mit dem Experten zusammen Schritt für Schritt die individuellen Fragestellungen der Kollegen abzuarbeiten. Bitten Sie den Experten, anhand der individuellen Probleme der Teilnehmer zur oben dargestellten Fragestellung seinen Fachweiterbildungsvortrag ablaufen zu lassen. Wenn der Experte auf die einzelnen Fragen eingeht, sollten Sie immer wieder versuchen, die Teilnehmer zu Nachfragen zu stimulieren. Stellen Sie sich ihre Moderatorenrolle wirklich so vor, wie in einer guten Talkshow. Sie vermitteln zwischen den Teilnehmern und den Experten. Achten Sie darauf, dass der Experte möglichst zügig die einzelnen Fragen abarbeitet. Denken Sie daran, dass Sie bei maximal fünf klinisch relevanten Fragen, die Sie mit dem Experten besprechen wollen, höchstens eine viertel Stunde Zeit pro klinisch relevanter Frage haben. Ist der Experte nach einer viertel Stunde mit seiner Bearbeitung der Fragen der Kollegen durch, dann bitten Sie ihn, in drei Sätzen eine Zusammenfassung zu geben, mit der die Kollegen Morgen in ihrer Praxis arbeiten können. Dokumentieren Sie diese Antworten auf dem Moderationsplakat „**Dokumentation der Ergebnisse des Experteninterviews**“.

- Führen Sie dieses Verfahren nun für jede der im Plakat „**Was braucht der QZ an Weiterbildung**“ aufgeführten Fragen durch.

Am Schluss können Sie nun noch einmal die nun dokumentierten Arbeitsergebnisse kurz kommentieren und damit die Arbeit im Qualitätszirkel schließen.

- Eine andere Abschlussvariante besteht darin, die Teilnehmer und den Experten, insbesondere wenn dies ein Experte aus der lokalen Umgebung ist, in einen Austausch darüber zu bringen, wie man die Fähigkeiten des Experten für die eigene klinische Arbeit in der Praxis nutzen kann. Dazu gehören vor allen Dingen folgende Fragen
 - Wie erreiche ich den Kollegen?
 - Was für spezielle Angebote hat er für mich?
 - Wie können Termine vereinbart werden?
 - Was hätte der Experte gerne an Informationen zu an ihn überwiesenen Patienten?

Folien für die Eröffnungssitzung des Diabetes QZ

Qualitätszirkelkonzept zur Verbesserung der Betreuung chronisch Kranker in der Hausarztpraxis

— am Beispiel Typ-2-Diabetes —

Konzeptansatz

- Qualitätssicherung durch Entlastung des Arztes im Behandlungsalltag
- Qualitätssicherung durch Förderung spez. hausärztlicher Kompetenzen in Therapie und Begleitung chronisch Kranker

Entlastung wird erreicht durch ...

- ... Verbesserung der Arzt und Patientenbeziehung (Motivation des Patienten zur Veränderung verbessern)
- ... Verbesserung der Behandlung durch klaren Behandlungswissen (NIDDM-Policy-Group)
- ... Verbesserung der Umsetzung durch einen praxisrelevanten, neuen Behandlungsplan

Konzeptrahmen

- 6 QZ-Treffen á 90 Minuten
- Leitung durch einen speziell ausgebildeten Moderator
- Dokumentation der Ergebnisse auf einfachen Protokoll-plakaten

Rolle des Moderators

- Patientendallkonferenz strukturieren
- Am konkreten Fallbeispiel bessere Behandlungsstrategien herausarbeiten
- Ergebnisse genau festhalten
- Bei offenen Fragen die nötigen Informationen bereitstellen

Aufbau der Sitzungen

- Rückmelderunde 15 Minuten
- Patientenfallkonferenz 70 Minuten

Dramaturgie der QZ-Sitzungen

- Rückmelderunde
- Patientenfallkonferenz
- Beziehungskontext vorstellen
(Psychosozialer Aspekt)
- Behandlungsproblem erfassen
(Behandlungstechnischer Ansatz)
- gemeinsam einen Behandlungsplan erstellen

Themen der 6 QZ-Treffen

1. Sitzung Eröffnungssitzung, Sinn der eigenen QZ-Arbeit
2. Sitzung das Therapieziel beim übergewichtigen Typ-2-Diabetes
3. Sitzung Stoffwechselfdiagnostik und Stoffwechselfselbstkontrolle
4. Sitzung das Dilemma bei übergewichtigen Typ-2-Diabetikern
5. Sitzung medikamentöse Therapie des übergewichtigen Typ-2-Diabetikers
6. Sitzung der diabetische Fuß und andere Folgeerkrankungen

Professionen

Status

Berufsgruppe

Hoheitliche Aufgaben + Rechte

Professionen

Ärzte

- Totenschau
- Psych KG
- Ausbildungshoheit
- Ärztegerichtsbarkeit
- QM Hoheit

- Kammerfähigkeit
- KV-en
- Schweigepflicht

Juristen

- Beurkundung (Notare)
- Freie Rechtsgeschäfte
- Geschützter Umgang mit Delinquenz

- Kammerfähigkeit
- Mandantenschutz
- Gerichtsfähigkeit

Theologen

- Ausbildung (Priester)
- Soziale, Rechtsfähige Aufgaben
- Schweigepflicht
- Tendenzschutz

Professionalität

Definition

Übertragung von sonst hoheitlichen Aufgaben auf bestimmte Berufsgruppen. Ziel ist die „Auslagerung“ der Aufgabe, „Irrationale Potentiale der Gesellschaft“ von Professionen kontrollieren zu lassen (Krankheit, Leid, Alter, Verrücktheit, Sucht, Tod, Delinquenz, freier Rechtsverkehr, Metaphysik, Mythos, Mord etc.)

Um dies zu ermöglichen, stattet der Staat die Professionen mit hoheitlichen Rechten aus und gewährt ihnen weitestgehende Unabhängigkeiten von staatlichen und nichtstaatlichen Institutionen. Erwartet werden dafür zentralwertbezogene Leistung auf dem Boden universellen Wissens.
(Siebolds 1997)

Professionalitätstheorie

(nach Schaffer 1994)

- **Gesellschaftliches**

Mandat

Ärztliches Handeln als Kontrolle des Irrationalen: (Heinemann 1992)

- **Krankheit / Leid / Alter / Verrücktheit / Sucht / Tod**

- **Zentralwert bezogene Leistung des Arztes**

Alle Leistungen, die Ärzte zur Erbringung des gesellschaftlichen Mandates ausführen

- **Therapie**
- **Begleitung**
- **Umsetzung hoheitlicher Aufgaben**
- **Psych. KG / Gutachten**

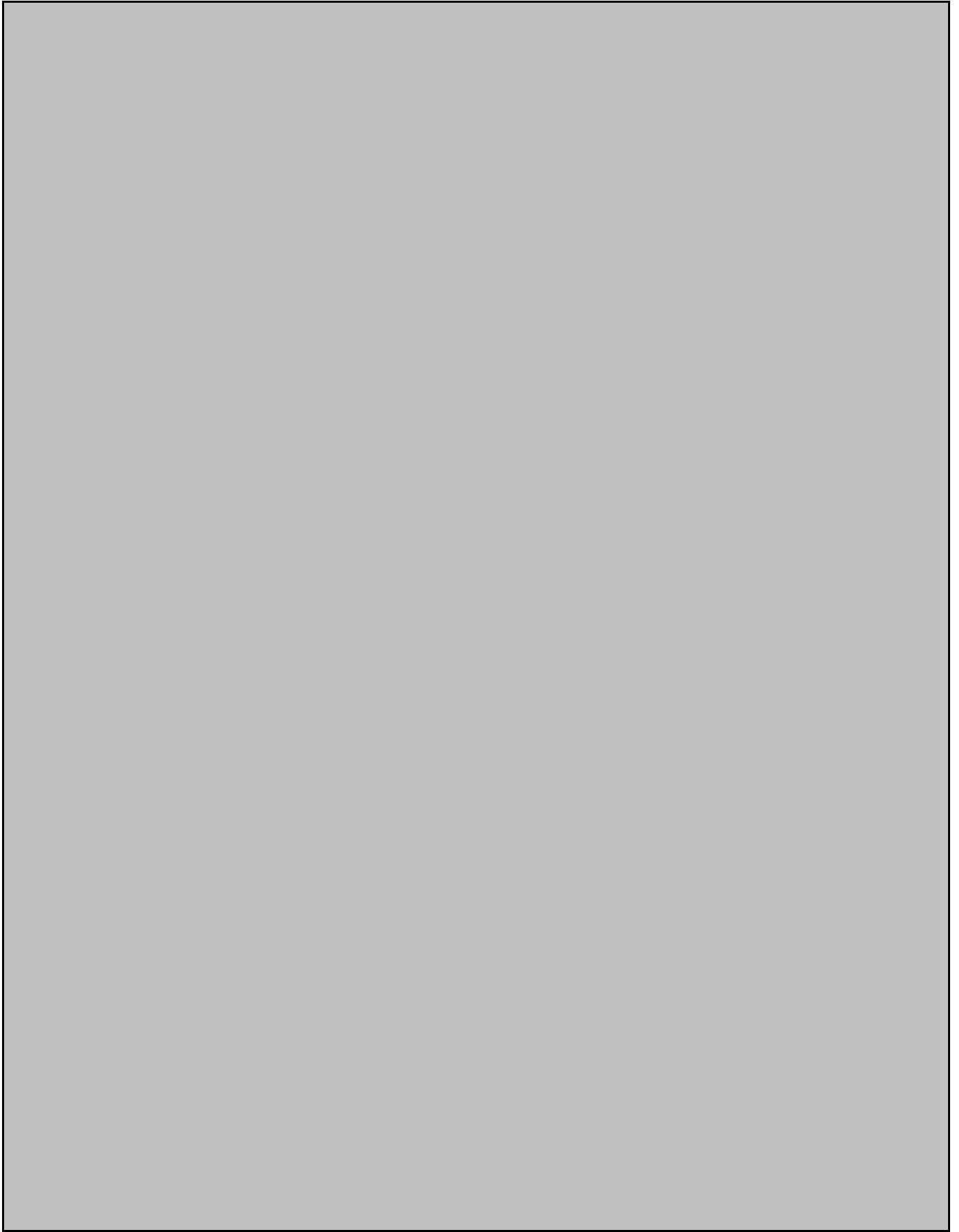
- **Universelles Wissen des Arztes**

Integriert wissenschaftliches

Fachwissen und erfahrungsgeführtes Berufswissen (Klinik)

- **Klientenautonomie des Arztes**
- **Unabhängigkeit vom Patient**
- **Kompetenz gesellschaftliche Mandate umzusetzen**
- **Sich vor nicht schuldhaftem Scheitern schützen**

- **Institutionsautonomie des Arztes**
- **Unabhängigkeit von Institutionen**
- **Kompetenz gesellschaftliche Mandate umzusetzen**
- **Sich vor nicht schuldhaftem Scheitern schützen**





Deprofessionalisierung (im ärztlichen Handeln)

Deprofessionalisierung

Deprofessionalisierung

Experte

Professioneller

Laie

- kann alles erklären
- nicht fähig zu alltäglich realem professionellen Handeln
- kann alles was er tut und plant theoriegeführt erklären und begründen
- kann unter Umständen vieles tun
- kann aber nichts theoriegeführt begründen

- Medizinischer Experte
- Hausarzt
- Patient

(Forscher, Universitäre, Therapeut, Klinikarzt)

Protagonist von reiner Wissenschaft

„Evidence based medicine“

Die Ärzteschaft als Profession dient als Vermittler zwischen Einzelnen, Gesellschaft und Wissenschaft, die selbst Teil der Gesellschaft ist

Therapie mit Hausmitteln

