

Definition medizinischer Qualitätszirkel – ein Vernehmlassungstext¹

Eine Neuorientierung der Empfehlungen für die medizinische Qualitätsarbeit in der Schweiz

Die wesentlichen Merkmale von medizinischen Qualitätszirkeln in ihrem Umfeld werden dargelegt und diskutiert sowie eine Definition vorgeschlagen. Der Text dient auch zur Vernehmlassung bei den entsprechenden Berufsorganisationen.

*Tutorengruppe für die Ausbildung
von Qualitätszirkel-Moderatoren*

Einführung

Diese Empfehlung ist das Resultat eines mehrjährigen Diskussionsprozesses. Wir verweisen auf die Moderatorenumfragen 2002 und 2004² sowie auf die Artikel von A. Dahinden [1] und M. Zoller [2]. Es ging uns darum, die sich ändernden Rahmenbedingungen zu berücksichtigen und einige mögliche Szenarien für die Qualitätszirkel zu charakterisieren. Heute arbeiten die Qualitätszirkel in folgendem Spannungsfeld:

■ Qualitätszirkel können dann am motiviertesten und produktivsten arbeiten, wenn die Mitglieder eigenverantwortlich über Themenwahl und Arbeitsweise bestimmen.

■ Um das Potential von Qualitätszirkeln als Schnittstelle zwischen den Praxis-Alltagsproblemen und deren wissenschaftlicher Aufarbeitung und vor allem Umsetzung nutzen zu können, sind auch darstellbare Resultate erforderlich. Um diese Resultate zu erreichen, braucht es bestimmte Vorgehensweisen, welche über die Kernbedürfnisse der Qualitätszirkel hinausgehen. Dennoch können wir heute unter gewissen Bedingungen auf dieses gesundheitspolitische Anliegen eingehen.

Das vorliegende Modell wurde in mehreren Schritten unter Einbezug von nationalen und internationalen Erfahrungen erarbeitet und in den Grundzügen an der Tutorensitzung vom 23.12.2004 in Olten formuliert. Es trägt einerseits dem ausgewiesenen Bedürfnis einer breiten Basis nach einer nicht einschränkenden Definition Rechnung, will jedoch auch den Qualitätszirkeln mit erweiterten Leistungen explizit die Möglichkeit geben, diese deklariert und mit einem gemeinsamen Nutzen umzusetzen.

Der Unterschied zur bisherigen Handhabung liegt denn auch weniger in der Basisdefinition als vielmehr in den modularen, zusätzlichen Deklarationsmöglichkeiten. Wir müssen beachten, dass zusätzliche Leistungen auch einen grösseren Bedarf an logistischer und finanzieller Unterstützung mit sich bringen.

Der Vorschlag geht in die Vernehmlassung bei:

- SGAM-Vorstand;
- KHM;
- Moderatoren der Qualitätszirkel;
- Swisspep;
- Med-swiss.net;
- FMH und via FMH Fachgesellschaften;
- Chiropraktorengesellschaft;
- Fizio Verband.

Die bisherige Definition

Ausgangspunkt ist die bisher verwendete Definition in den Moderatoren-Ausbildungskursen:

Zu einem QZ schliessen sich 5–10 *PraktikerInnen* zusammen, die aus der Isolation ihrer Praxis ausbrechen wollen und den offenen (Erfahrungs-)Austausch mit gleichgesinnten KollegInnen suchen. Sie arbeiten

- selbstbestimmt und als gleichberechtigte Experten ihrer Praxis, Leitung durch ModeratorIn / Co-Moderator;
- kontinuierlich (alle 4–6 Wochen ca. 1–2 Std. Treffen);
- themenzentriert und strukturiert («Audits») mit dem Ziel, Verbesserungen in klinischer, organisatorischer und/oder kommunikativer Hinsicht zu erreichen;

¹ La version française de cet article sera publiée dans le numéro 17 de PrimaryCare.

² Moderatorenumfrage 2002, Moderatorenbrief SGAM 2002; Moderatorenumfrage 2004, Moderatorenbrief SGAM 2004.

- mit Hilfe von Handlungsleitlinien (EBM-Guideline und Konsens), die in der eigenen Praxis überprüft werden (nachweisbare Resultate).

Neue Definition für die Basis eines medizinischen Qualitätszirkels

- Ein medizinischer Qualitätszirkel entsteht aus dem Zusammenschluss von idealerweise 5–12 *medizinischen Berufsleuten mit vergleichbarem professionellem Hintergrund*, in einer Gruppe, welche auf folgender Grundlage den Erfahrungsaustausch pflegt:
 - Die Mitglieder arbeiten selbstbestimmt und als gleichberechtigte ExpertInnen ihrer Praxis.
 - Die Gruppe wird geleitet durch eine ausgebildete Moderatorin / einen Moderator, idealerweise mit zusätzlicher Unterstützung durch eine Co-Moderatorin/einen Co-Moderator.
 - Um die Kontinuität zu gewährleisten, finden die Treffen regelmässig statt, je nach Arbeitsweise wenigstens 6mal jährlich während 1–2 Stunden.
 - Der Teilnehmerkreis ist fest, die Teilnahme verbindlich.
 - Zu jeder Sitzung wird ein Protokoll erstellt. Damit wird die inhaltliche Kontinuität wesentlich unterstützt.
 - Die Gruppe arbeitet themenzentriert, erfahrungsbezogen und strukturiert auf das Ziel hin, die kritisch beurteilten Haltungen und Abläufe in der Praxis zu verbessern. Dies kann klinische, organisatorische und/oder kommunikative Bereiche betreffen. Es finden effiziente didaktische Methoden Verwendung.
 - Dazu recherchiert der Zirkel – soweit möglich – empirische Daten aus der Medizin, beispielsweise EBM-gestützte Resultate, Guidelines, Konsenspapiere, strukturierte Praxis-Evaluationen und Instrumente zur systematischen Fehlerbearbeitung, und verarbeitet sie nach der Konfrontation mit der persönlichen Erfahrung der Teilnehmer, der inneren Evidenz. Nach Möglichkeit werden die erreichten Veränderungen dokumentiert und in der Gruppenarbeit gewertet.

Diese Definition hat den Charakter von Empfehlungen.

Ergänzende Bemerkungen zur Basisdefinition

Wie auch von Richard Grol [5] wiederholt festgehalten wurde, haben Qualitätszirkel auf freiwilliger und selbstbestimmter Basis die besten Arbeitsvoraussetzungen.

Folgende Umstände können demgegenüber eine optimale Arbeit behindern, sind aber kein grundsätzliches Ausschlusskriterium für eine Tätigkeit als Qualitätszirkel:

- Abhängigkeitsverhältnisse unter den Mitgliedern (z.B. Chefarzt und Assistent, Arzt und MPA oder angestellte Physiotherapeutin usw.);
- fehlende Arbeitsteilung (z.B.: Recherche, Protokoll usw. hängt immer an einer Person);
- finanzielle Abhängigkeit von einer Organisation mit inhaltlichen Interessen (Pharmafirma, Netzwerk, Managed Care-Organisation usw.), dies betrifft auch sanktionierende Auswirkungen der QZ-Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme;
- externe inhaltliche Vorgaben. Selbst wenn diese in einem demokratischen Prozess zustande gekommen sind, kann dennoch die Motivation bei einem Teil der Mitglieder beeinträchtigt werden. Gemildert werden kann dieses Problem, wenn die externen Vorgaben eine befriedigende Wahlmöglichkeit offen lassen.

Qualitätszirkel verwenden erwiesenermassen effiziente pädagogische Methoden wie das Debattieren, das bewusst kontroverse Diskutieren, die Konsensfindung, die Intervision, das «peer reviewing», das Brainstorming, das zirkuläre Denken, die Arbeit mit bewusstem Einbezug der emotionalen Ebene, die Selbstbeobachtung gefolgt vom Austausch im Zirkel, das reflexive professionelle Aufarbeiten einer Situation, den gezielten Beizug von Experten, das Lernen in der Wiederholung mit «Booster»-Effekt.

Qualitätszirkel können sich über die Basisdefinition hinaus freiwillig für umschriebene Module entscheiden. Diese Module beinhalten ausdrücklich keine Wertung der QZ-Arbeit, sondern sollen einerseits die Qualitätszirkelarbeit selbst sowie den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen interessierten Zirkeln ermöglichen und fördern und zum andern die Abbildung von Qualitätszirkelarbeit gegen aussen erleichtern. Dies ist berufspolitisch eine ausserordentlich wichtige Aufgabe, wenn wir die zunehmenden Anforderungen in der Qualitätsentwicklung eigenverantwortlich mitsteuern wollen und nicht mehr und mehr bürokratisch angeordneten und fragwürdig fundierten Regelungen unterworfen werden wollen.

Folgende Zusatz-Optionen sind ab 2005 vorgesehen

- *Feedback-Modul* (meldet 2mal jährlich auf Anfrage die bearbeiteten Themen und allfällige Indikatoren sowie Ansprechperson. Diese werden auf einer geschützten Homepage für Moderatoren publiziert,

so dass interessierte QZ nachfragen können). Aufwand und Nutzen für alle stehen hier in einem ausgezeichneten Verhältnis, die Nutzung ist für die weitere Entwicklung zentral.

■ *Publikationsmodul* (strebt an, alle 1–2 Jahre über einen Audit zu berichten, indem eine Arbeit z.B. bei Primary Care eingereicht wird. Nach den geltenden Regelungen werden solche Arbeiten aus dem Pfizer-Fonds mit Fr. 500.– entschädigt).

■ *Projekt-Modul* (erklärt Bereitschaft, gelegentlich an gemeinsamem [Forschungs-]Projekt mitzumachen. Vorschläge für solche Projekte sollen an die Tutorengruppe gerichtet werden, die Ansprechperson wird auf der Homepage publiziert; solche Projekte benötigen im allgemeinen eine Vorlaufstrecke von mindestens einem halben Jahr [Ausarbeitung, Timing in den einzelnen QZ etc.]).

■ *Nachwuchs-Modul* (erklärt Bereitschaft, gelegentlich interessierte Assistenten oder fortgeschrittene Studenten in klinischen Semestern hospitieren zu lassen, um Einblicke in diese Seite ärztlicher/medizinischer Tätigkeit zu geben).

■ *«Critical appraisal»-Modul* (beteiligt sich an Überprüfung und evtl. Überarbeitung von Konsens-Richtlinien, Guidelines und ähnlichen Unterlagen nach einem ausgearbeiteten Kriterienraster zwecks Beurteilung bzw. Erhöhung der Praxistauglichkeit [klinische Relevanz, Umsetzbarkeit, Verständlichkeit]. Die so geprüften Dokumente werden auf dem Internet zur Verfügung gestellt in einem praxistauglichen Instrument. Ein entsprechender Fortbildungsgang für interessierte QZ-Mitglieder wird angeboten).

■ *Assessment-Module* (setzen Instrumente für das systematische Praxis-Assessment ein wie auch solche zur Reduktion der Fehlerhäufigkeit).

Selbstverständlich sind diese Module nicht ausschliessend, d.h. ein Zirkel kann etwa zugleich rückmelden, sich an Projekten beteiligen, Nachwuchsgäste aufnehmen und Guidelines redigieren.

Ein aktuelles, von der FMH unterstütztes Instrument für das Praxisassessment ist beispielsweise das EPA-Instrument für Hausarztpraxen, vgl. www.swisspep.ch/pages/Pilot.html bzw. das VISOTOOL-Qualitätsmanagementsystem. (Ein Beispiel einer VISOTOOL-Auswertung kann unter www.swisspep.net/visotool mit dem Login 876jk769x eingesehen werden.) Um systematisch aus Fehlern lernen zu können, hat die SGAM die passwortgeschützte website www.cirsmedical.ch aufgeschaltet.

Vernehmlassungsantworten sind willkommen an das Sekretariat SGAM, Stichwort «Definition Qualitätszirkel».

Literatur

- 1 Dahinden A. Qualitätszirkel in Deutschland, Österreich und der Schweiz. *PrimaryCare* 2003;3:1020–2.
- 2 Zoller M. Qualitätszirkel in der Schweiz: Wohin geht die Entwicklung? *PrimaryCare* 2004;4:663–5.
- 3 Groi R, Lawrence M. Quality Improvement by Peer Review. *Oxford General Practice Series* 1995/2004;32.