

Editorial

Mehr privat, weniger Staat – und die Folgen

Dr. Susanne Rabady



© Scheinast

In letzter Zeit häufen sich Berichte in vielen wichtigen Massenmedien, die sich mit den Marketingstrategien der Industrie, und dem Bereich des Sponsorings von medizinischer Forschung und Weiterbildung auseinandersetzen.

Thematisiert werden nun auch die neueren Marketingaktivitäten, die sich über medizinisches Personal hinaus, zunehmend direkt an den Patienten wenden, über Selbsthilfegruppen und Laienmedien.

All diese Zielgruppen, sowohl wir medizinisch Tätigen, als auch Patientenselbsthilfegruppen, stehen vor dem immer größer werdenden Problem, dass die öffentliche Hand immer weniger öffentliche Aufgaben (Forschung, Lehre, Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildung...) finanzieren möchte. Folgerichtig nimmt der Einfluss der Industrie zu. Im ärztlichen Bereich betrifft das vor allem Fremdmittelfinanzierung an öffentlichen Forschungseinrichtungen, Privatuniversitäten, und den gesamten Bereich der Weiterbildung.

Dabei decken sich nicht selten die Interessen von Industrie und Adressaten: ohne – gesponserte – Weiterbildungsaktivitäten hätten sich sinnvolle therapeutische Strategien (Asthma, Diabetes, ...) sehr viel langsamer durchgesetzt, ohne Industrie keine Entwicklung neuer Medikamente, ohne Sponsoring kaum große Studien. Auch die ÖGAM hätte viele ihrer Publikationen und sonstigen Aktivitäten, die zur Profilierung, und damit zu einer zunehmenden Wahrnehmung der Allgemeinmedizin erforderlich waren, ohne Zusammenarbeit mit Sponsoren nicht verwirklichen können.

Aber wer zahlt, verbindet damit auch Interessen. Die zentralen Interessen der Privatwirtschaft liegen,

natürlich, in der Gewinnmaximierung. Das ist primär wohl kaum etwas, was man in einer liberalisierten Marktwirtschaft der Industrie vorzuwerfen hätte, die selbstverständlich und legitimerweise dieser Marktlogik folgt – und den Interessen ihrer Eigentümer, der Aktionäre.

Mit diesen Interessen müssen wir umzugehen lernen. Es ist selbstverständlich, dass die individuelle Integrität gewahrt werden muss, dafür gibt es für den ärztlichen Bereich Verhaltenskodizes, die einzuhalten sind.

Aber es ist nicht sinnvoll, die Augen vor der Tatsache zu verschließen, dass Sponsoringgelder gebraucht werden, und zu meinen, man könne durch besondere Abstinenz diesem Problem entkommen. Durch die Hintertüre holt es jeden von uns wieder ein, direkt oder indirekt: Über die großen Studien, die, pharmainanziert, Evidenz begründen und damit unser ärztliches Handeln mitbestimmen, und über Forderungen von Patienten und den Druck der Laienmedien auf Zulassung und Verschreibung von Medikamenten.

Nicht Abstinenz ist zu fordern, sondern Transparenz: es ist gut, wenn die Industrie sich ihrer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung bewusst ist, und sinnvolle Aktivitäten mit ihren Erträgen fördert.

Es ist notwendig, dass dies auf nachvollziehbare und sozial zuträgliche Weise erfolgt:

Es ist die Aufgabe von Politik und Öffentlichkeit, die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, - oder die Mittel bereitzustellen, mit denen die notwendigen Aktivitäten industrieunabhängig finanziert werden können, auch und gerade in der Forschung im Bereich der Grundversorgung.

Sind Verhaltensänderungen bei Patienten erreichbar?

Im Zusammenhang mit dem zunehmenden Stellenwert chronischer Erkrankungen und ihrer umfassenden Prävention und Therapie werden von Ärzten, Gesundheitspolitikern und insbesondere von Public Health Experten **Änderungen im Lebensstil und im Verhalten** der Bevölkerung gefordert. Wie realistisch ist eine derartige Zielsetzung? Ist diese Forderung umsetzbar? Wenn ja, unter welchen Umständen und Rahmenbedingungen?

Zu diesen Fragen sind vor kurzem in einer bekannten allgemeinmedizinischen Fachzeitschrift zwei Publikationen aus den USA erschienen (JABFM 2006; Vol.19,3:215 und 224). Im Hinblick auf zukünftige Entwicklungen auch in unserem Gesundheitssystem – Stichwort Disease Management Programme – erscheint es informativ und sinnvoll, sich mit den Ergebnissen dieser beiden Studien zu beschäftigen.

Vorausgeschickt werden können bekannte Fakten: Chronische Erkrankungen sind eng mit grundsätzlich modifizierbarem Verhalten des Individuums, wie körperlicher Inaktivität, ungesunder Ernährung oder Tabakkonsum verknüpft. Trotz dieser bekannten Gegebenheiten ist andererseits die ärztliche Beratung dieser Patienten hinsichtlich Lebensstiländerungen nicht adäquat. Le-

diglich 30–40% der Ärzte sprechen in den Konsultationen mit den Patienten diese Risikofaktoren und Möglichkeiten zu ihrer Behebung an. Meist ist es Zeitnot, die als Grund dafür angeführt wird, allerdings fühlen sich viele Ärzte für derartige Beratungen auch nicht ausreichend geschult.

Beiden genannten Publikationen liegt eine **Beratungsmethode** zugrunde, bei der die Patienten Änderungen ihres Verhaltens oder des Lebensstils aktiv mitgestalten und mitverantworten. Und zwar durch die gemeinsame Festlegung einer individuellen Zielsetzung (z.B. Gewichtabnahme) und durch die Konzeption eines dafür notwendigen individuellen Aktionsplans. Die theoretische Basis für diese Methode ist das Konzept der Selbsteffizienz. Darunter versteht man das in sich selbst gesetzte Vertrauen, sich so zu verhalten, dass ein bestimmtes definiertes Ziel erreicht werden kann. Diese Selbsteffizienz wird durch das Erreichen kleiner und kleinster Schritte erhöht und damit gestärkt.

Das für die Dokumentation des Patientengesprächs notwendige **Formblatt** beinhaltet auf einer übersichtlichen A4-Seite drei Bereiche. Zum einen geht es um das Ziel, nämlich das Verhalten, das geändert werden soll (körperliche Aktivität, Compliance mit der Medikamen-

teneinnahme, Ernährungsgewohnheiten, Stressreduktion, etc.). Zum anderen wird an Hand einer Skala festgehalten, wie sicher sich der Patient fühlt, die geplanten Änderungen durchzuführen und einzuhalten. Im dritten Teil wird der Aktionsplan detailliert angegeben, mit dem das Ziel erreicht werden soll: Welche Aktivität wird in welchem Ausmaß und in welchem Zeitrahmen durchgeführt (z.B. 2x pro Woche kein Abendessen). Das Formblatt wird von Arzt und Patient gemeinsam ausgefüllt und unterschrieben.

In der ersten Studie wird eine derartige Intervention in der medizinischen Grundversorgung implementiert und hinsichtlich ihrer **Machbarkeit seitens der Ärzte** analysiert. Insgesamt 43 vorher geschulte Allgemeinärzte und 274 Patienten mit koronaren Risikofaktoren nahmen an dieser Studie teil. In 83% kam es zu einer Diskussion über Zielsetzungen von Verhaltensänderungen und den dazugehörigen Aktionsplan mit dem Hausarzt. Bei jenen Konsultationen, bei denen es nicht zur Besprechung über Ziele und Aktionsplan kam, wurde als Hauptgrund „Mangel an Zeit“ oder „zu schwere Erkrankung“ angegeben. Nehezu die Hälfte der Ärzte beurteilte die strukturierte Diskussion mit den Patienten als zufrieden stellender als bis dahin

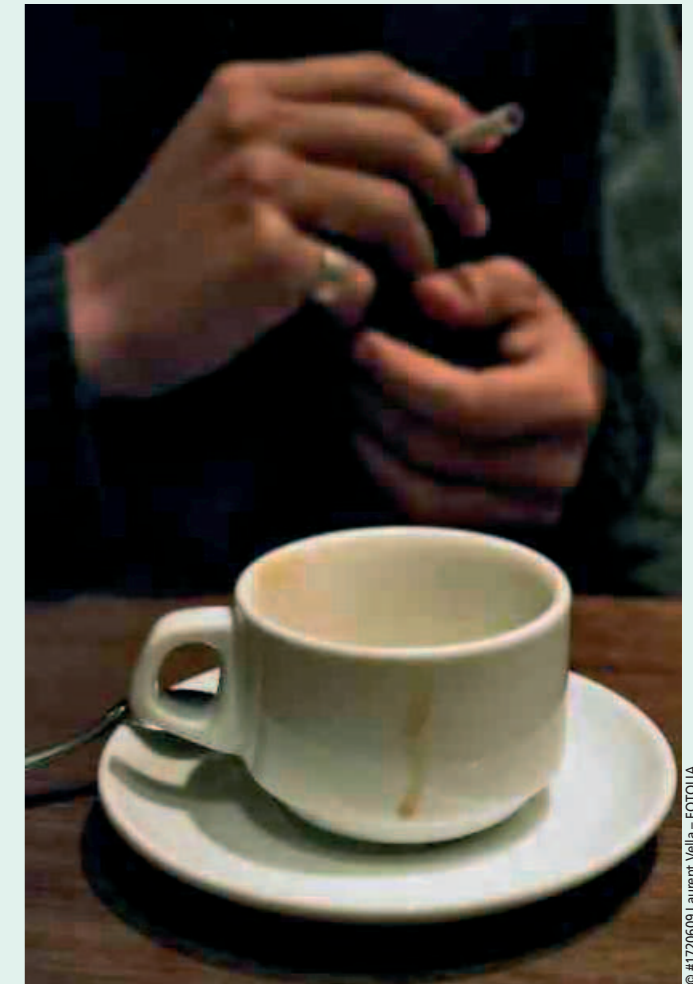
praktiziert, _ davon gaben an, dass die spezielle Schulung für diese Studie ihren Kommunikationsstil im Hinblick auf Lebensstiländerungen deutlich beeinflusst hat, die meisten wollten diesen Stil fortführen. Etwa 40% der Ärzte bedauerten die durch das Vorgehen verursachte bürokratische Mehrarbeit. Die Gespräche für die Festlegung von Zielen und Aktionsplan dauerten im Schnitt etwa 6,9 Minuten.

Die zweite Studie berichtet über die **Auswirkungen** der genannten Beratungsinitiative **bei den Patienten**. Ziel war es, festzustellen, ob es für Patienten im Rahmen der primärmedizinischen Versorgung Sinn macht, gemeinsam mit dem Arzt Ziele und Maßnahmen zu Änderungen des Lebensstils und Verhaltens festzulegen. Nach Beginn der Aktionsphase wurden die Patienten drei Wochen später telefonisch kontaktiert; 80% davon konnten sich noch gut an ihre Vereinbarung mit dem Arzt erinnern, mehr als die Hälfte davon konnten Details der vereinbarten Maßnahmen bezeichnen und mehr als die Hälfte gab an, die vereinbarten Lebensstiländerungen durchgeführt zu haben. Die überwiegende Mehrzahl der festgelegten Ziele und Aktionspläne bezog sich auf körperliche Aktivität (38%), gefolgt von Diät (30%).

Dieser Studie zufolge scheint es also auch in der medizinischen Grundversorgung durchaus nachhaltig machbar zu sein, unter Verwendung des genannten Formblatts mit Patienten über Änderungen des Lebensstils zu sprechen. Das gemeinsame Definieren eines Gesundheits-

ziels und die gemeinsame Besprechung der für seine Erreichung notwendigen Schritte scheint eine **sinnvolle Strategie** für Verhaltensänderung darzustellen. Offensichtlich sind auch viele Patienten für diese Methode zu gewinnen und halten sich an ihre getroffenen Vereinbarungen. Vorbehalte an diesen Ergebnissen sind natürlich angebracht: zum einen handelt es sich um freiwillig teilnehmende Ärzte, d.h. sicherlich um eine positive Selektion. Gleiches trifft auch auf die Patienten zu; damit könnte auch der erhobene Zeitaufwand möglicherweise unterschätzt worden sein.

Das **Potential von Lebensstiländerungen** wurde auch in einer kürzlich zur Inzidenz des Diabetes Typ 2 im „LANCET“ veröffentlichten Studie aus Finnland demonstriert. Dabei wurde das Ausmaß erfasst, mit dem Lebensstiländerungen auch nach Beendigung der dafür durchgeführten Lebensstilintervention das Risiko für einen Diabetes nachhaltig reduzieren. Dazu wurden Patienten 3 Jahre nach Beendigung einer vorangegangenen vierjährigen Phase der aktiven Lebensstilintervention nachuntersucht. Im Vergleich zur Kontrollgruppe war in der Interventionsgruppe das relative Risiko für Diabetes um 43% reduziert! Diese bemerkenswerte Risikore-



Auf Basis von Studienergebnissen kann die Realisierbarkeit von Lebensstiländerungen bei Patienten grundsätzlich positiv gesehen werden.

duktion ist dabei darauf zurückzuführen, dass die Änderungen des Lebensstils auch nach Beendigung der aktiven Interventionsphase von den Patienten beibehalten wurden. Damit wird deutlich, dass bei Personen mit hohem Risiko für Diabetes Typ 2 geeignete Interventionen zum Lebensstil nachhaltig zu Änderungen des Lebensstils führen und damit eine primäre Prävention des Diabetes Typ 2 erreicht werden kann.

Auf Basis dieser Studien kann daher die Realisierbarkeit von Lebensstiländerungen grundsätzlich positiv gesehen werden. Derartige Aufgaben werden auf den Hausarzt zumindest bei bestimmten Patienten mehr und mehr zukommen. Auf die Auswahl zeitgemäßer Methoden und adäquater Rahmenbedingungen wird dabei zu achten sein.

Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier

Critical Incident Analyse im Qualitätszirkel

Patientensicherheit und Fehler in der Medizin sind medienwirksame Dauerthemen unseres ärztlichen Alltags. Das Bemühen um sichere, fehlerfreie Arbeit ist zwar seit jeher Kennzeichen der Medizin, die zunehmende Arbeitsteiligkeit, die immer komplexer werdenden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, der Druck aus ökonomischer und juristischer Richtung haben jedoch den Bedarf nach wirksamen Fehlervermeidungsstrategien gesteigert. Nicht unbeträchtlich gestiegen ist auch die emotionale Belastung vor allem in der Primärversorgung, die durch ein hohes Maß an diagnostischer Unsicherheit, wie es für den Erstkontakt natürlich ist, charakterisiert ist. Berufsverdrossenheit wird gerade im Zusammenhang mit der Fehlerdiskussion nicht selten mitgeteilt und ist hier durchaus als Kehrseite übertriebener Qualitätssicherung zu sehen.

Zur Auseinandersetzung mit problematischen Ereignissen sind 3 Ebenen anzuführen:

1. Fehlerkultur innerhalb der Ordination
2. Qualitätszirkel
3. überregionale Fehlerberichts- und Lernsysteme. Letztere werden in der verwaltenden Öffentlichkeit als wesentliche Chance erachtet, können aber bisher ihre Verheißungen nur zum Teil erfüllen. Die Bedeutung des Qualitätszirkels als qualitätssicherndes Werkzeug zur Verhinderung problematischer Ereignisse im niedergelassenen Bereich wird aus der Außensicht hingegen eher unterschätzt.

Die erste Ebene einer funktionierenden Fehlerkultur, die Auseinandersetzung mit problematischen Ereignissen innerhalb des Ordinationsteams, erfordert eine sanktionsfreie Atmosphäre, die Meldung, Analyse und gemeinsame Problemlösung als Teil der internen Qualitätssicherung

fördert. Die Frage "was war schuld?" muss der Frage "wer war schuld?" übergeordnet werden. Der Fehler als Chance für Verbesserung, die Fehlervermeidung als Königsweg muss den Mitarbeitern glaubhaft vermittelt werden.

Dem Qualitätszirkel kommt als zweite Ebene eine wichtige Funktion der Bearbeitung im kollegialen ärztlichen Bereich zu. Die Erörterung unerwünschter Vorkommnisse, gefährlicher Situationen, beinahe-Fehler, latenter Fehler, potentieller Bedrohungen, von Konflikten und ähnlichen Ereignissen gehört seit jeher zu seinen wesentlichsten Aufgaben. Voraussetzung ist auch hier ein vertrauensvolles Klima, die Grundeinstellung „to err is human“ wie der Titel der Publikation lautet, mit dem das US-amerikanische Committee on Quality and Health Care 1999 einen wesentlichen Impuls zur weltweiten systematischen Beschäftigung mit medizinischen Fehlern setzte.

Die Erörterung problematischer Ereignisse erfolgt im Qualitätszirkel im Wesentlichen in drei unterschiedlichen Arbeitssituationen:

Eine davon ergibt sich - gewissermaßen als Nebenprodukt - im Rahmen der Bearbeitung übergeordneter Themen, wenn diese durch Beispiele aus der Praxis Wirklichkeitsnähe erhalten. Fast gesetzmäßig sind dabei problematische Erlebnisse Grund für die Erinnerung des Berichtenden. Diagnosen, Diagnostik, Medikation, Therapie, Betreuungskonzepte, Kommunikationsaspekte, organisatorische Probleme werden als Rahmenthema bearbeitet. Die Kunst des Moderators ist es dabei, aus den individuellen Berichten für die Gruppe relevante Probleme herauszuschälen und der Erörterung von Lösungsvorschlägen Zeit zu widmen, ohne sich im Detail zu verlieren. Seine besondere Aufgabe ist es dabei die Diskussion vom Allgemeinen ins Spezielle und wieder zurück zu lenken. Dies erfordert vor allem bei der Fehlerdiskussion großes Fingerspitzenge-

fühl um eine „culture of safety“ auch im Qualitätszirkel zu sichern.

Eine zweite Möglichkeit der Bearbeitung problematischer Ereignisse ergibt sich bei Fallbesprechungen. Teilnehmer präsentieren einen oder mehrere Fälle, die primär zwar schwierige und damit interessante Verläufe beinhalten, aber nicht primär problematische Ereignisse zum Inhalt haben. Sie werden von der Gruppe analysiert, verfügbare wissenschaftliche Evidenz wird mit der im Zirkel vorhandenen Erfahrung verglichen, Strategien werden besprochen, die einer besseren Bewältigung derartiger Fälle dienen. Auch hier werden Komplikationen, unerwünschte Ereignisse, Barrieren für die Zielerreichung thematisiert und öffnen sich damit der Bearbeitung in der Gruppe.

Die eigentliche „critical incident“ Analyse widmet sich ausschließlich problematischen Ereignissen. Ein vorbereiteter Fall wird nach dem Schema: Was ist passiert? Wer war daran beteiligt? Welche Umgebungsbedingungen lagen vor? Welche Maßnahmen hätten den problematischen Vorfall verhindern können? dargelegt, analysiert und in Richtung Prävention und Verbesserungen erörtert.

Die Routine des Moderators, die Disziplin der Teilnehmer, die nüchterne, sachliche Auseinandersetzung gewähren die Lern- und Entlastungsfunktion des Qualitätszirkels. Die selbstkritische Reflexion, eine der wichtigsten Voraussetzungen einer Fehlerkultur, wird geübt. Voraussetzung ist der gegenseitige Respekt, die kollegiale Offenheit, sowie Behutsamkeit und nicht zuletzt auch Bescheidenheit der Teilnehmer. Ein nicht unwesentlicher Nebeneffekt beim Bericht eines problematischen Ereignisses ist die Neubewertung der emotionalen Beziehung zum betroffenen Patienten, die wichtiger Teil einer erfolgreichen Aufarbeitung ist.

Dr. Reinhold Glehr
Qualitätszirkel Hartberg