

Kuhn, Rita / Schmidt, Ulrike / Bahrs, Ottomar und Riehl-Emde, Astrid
**Beratung zu Pränataldiagnostik: Ein Modellprojekt zur
Verbesserung der Kooperation zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und
psychosozialen Beraterinnen**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56 (2007) 9, S. 772-794

urn:nbn:de:bsz-psydok-47755

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Beratung zu Pränataldiagnostik: Ein Modellprojekt zur Verbesserung der Kooperation zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und psychosozialen Beraterinnen¹

Rita Kuhn², Ulrike Schmidt³, Ottomar Bahrs³ und Astrid Riehl-Emde²

Summary

Counselling regarding prenatal diagnostic: A model project to enhance cooperation between medical and psychosocial consultants

Although according to § 2 of the Pregnancy Conflicts Law, there is a legal claim to psychosocial counselling and although its benefit has been proven empirically, pregnant women rarely draw upon it in the context of prenatal diagnostics (PND). One of the reasons is probably that physicians are not sufficiently aware of this counselling offer. By means of the model project "Interprofessional quality circles in prenatal diagnostics" an attempt was made to counteract this deficit. For this purpose, interprofessional quality circles have been established in six different places in Germany in order to motivate medical and psychosocial consultants to an increased cooperation. The effects and realization of the quality circle efforts have been evaluated. For this purpose, structural characteristics such as cooperation practice and utilization of psychosocial counselling have been assessed using a questionnaire before and after the introduction of the quality circles. All sessions have been documented; in addition, they have been evaluated by the participants using another shorter questionnaire. The results show that the quality circles led to an improved cooperation between the different professional groups and an increased utilization of psychosocial counselling. The work of the quality circles has been evaluated positively. It was regarded as conducive to cooperation, emotionally exonerative and extremely helpful with respect to the daily counselling work. Most of all, its practicality and case management were appraised. Thus, interprofessional quality circles prove to be an adequate instrument to advance the interprofessional and aim-oriented cooperation in such a way as demanded emphatically by the German Expert Advisory Board of Community Health in its recent experts report.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 56/2007, 772-794

Keywords

prenatal diagnostic counselling – advancement of cooperation – interprofessional quality circles

¹ Kooperationsprojekt zwischen den Universitäten Heidelberg (Projektleitung: PD Dr. A. Riehl-Emde, Prof. Dr. M. Cierpka) und Göttingen (Projektleitung: Dr. O. Bahrs), gefördert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

² Inst. für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Psychosoziales Zentrum des Universitätsklinikums Heidelberg.

³ Abt. für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Göttingen.

Zusammenfassung

Obwohl Schwangere nach § 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung haben und deren Nutzen empirisch belegt ist, nehmen sie diese im Kontext von PND selten in Anspruch. Eine Ursache wird in der geringen Bekanntheit des psychosozialen Beratungsangebots bei Ärztinnen und Ärzten gesehen. Mit dem Modellprojekt „Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“ wird versucht, diesem Defizit entgegen zu wirken. Dazu wurden an sechs verschiedenen Standorten in Deutschland interprofessionelle Qualitätszirkel initiiert, um ärztliche und psychosoziale Fachkräfte aus diesem Feld zu einer vermehrten Zusammenarbeit zu motivieren. Effekte und Umsetzung der Qualitätszirkelarbeit wurden evaluiert. Dazu wurden vor und nach Qualitätszirkelarbeit strukturelle Merkmale wie Kooperationspraxis und Inanspruchnahme psychosozialer Beratung mittels Fragebogen erfasst. Alle Sitzungen wurden inhaltlich dokumentiert und aus Teilnehmendensicht mittels Kurzbeurteilungsbögen bewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass durch die Qualitätszirkelarbeit die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen verbessert und die Inanspruchnahme psychosozialer Beratung erhöht werden konnte. Die Qualitätszirkelarbeit wurde sehr positiv bewertet. Sie wurde als kooperationsförderlich, emotional entlastend und äußerst nützlich für die alltägliche Beratungsarbeit erlebt. Insbesondere wurden deren Praxisnähe und Fallbezug geschätzt. Interprofessionelle Qualitätszirkel erweisen sich somit als geeignetes Instrument zur Förderung einer berufsübergreifenden und zielorientierten Kooperation, wie sie im jüngsten Gutachten des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen nachdrücklich gefordert wird (SVR, 2007).

Schlagwörter

Beratung zu Pränataldiagnostik – Förderung von interprofessioneller Zusammenarbeit – interprofessionelle Qualitätszirkel

1 Problemfeld Pränataldiagnostik

Pränataldiagnostik (PND) ist heute ein selbstverständlicher Bestandteil der ärztlichen Schwangerenversorgung. Seit Beginn der PND in den 60er Jahren hat sich das Spektrum der diagnostischen Möglichkeiten beträchtlich erweitert und die Inanspruchnahme von PND hat stetig zugenommen. So nehmen heute beispielsweise etwa zwei Drittel der über 35-jährigen Schwangeren invasive PND in Anspruch (Richter-Kuhlmann, 2005). Hauptindikationen von PND im engeren Sinne (über den Routineultraschall hinaus) stellen auffällige Vorbefunde und ein erhöhtes Risiko für fetale Fehlbildungen dar.

Trotz erheblicher Fortschritte in der medizinischen Therapie sind längst nicht alle Erkrankungen, die mittels PND festgestellt werden können, behandelbar. Daher wird die Möglichkeit, PND in Anspruch zu nehmen, von vielen Schwangeren sowohl als entlastend, als auch als belastend empfunden (BZgA, 2006). Bei Feststellung eines auffälligen Befundes stehen Betroffene vor der Frage, die Schwangerschaft fortzusetzen oder abubrechen. Laut § 218 a Abs. 2 StGB ist die Durch-

führung eines Schwangerschaftsabbruchs (SSA) nach medizinischer Indikation rechtmäßig, d. h. wenn nach ärztlichem Ermessen eine schwerwiegende körperliche oder seelische Erkrankung der Mutter bei Fortsetzung der Schwangerschaft zu erwarten ist. Beim Ringen um die Entscheidung für oder gegen einen SSA stehen Schwangere in der Regel unter enormen psychischen Druck, der sie nahezu unfähig machen kann, eine tragfähige Entscheidung zu fällen. In einer Untersuchung von Rohde und Woopen (2007) litten mehr als 50 % der Frauen unmittelbar nach Diagnosestellung (7 Tageszeitraum) stark oder sehr stark unter einer Vielzahl an psychischen Symptomen, vor allem unter depressiven Symptomen (z. B. Grübelverhalten, Niedergeschlagenheit, Interesselosigkeit, Schlafstörungen), Angstsymptomen (z. B. innere Unruhe, Angst, Panik) bis hin zu psychotischen Symptomen (z. B. Unwirklichkeitsgefühle).

Die Qualität der Beratung zu PND muss somit auch daran gemessen werden, inwieweit die psychische Dimension des Geschehens in der Beratung Berücksichtigung findet. Entsprechend fordern verschiedene medizinische Fachgesellschaften und politische Entscheidungsträger ein Beratungsangebot zu PND, das neben der medizinischen (einschließlich der humangenetischen) Beratung auch die psychosoziale Beratung umfasst (Zerres, 2003).

2 Beratungsangebote zu PND

2.1 Medizinische Beratung zu PND

Die medizinische Beratung zu PND wird von Fachärztinnen bzw. -ärzten für Gynäkologie durchgeführt und ggf. ergänzt durch eine humangenetische Beratung, die von Fachärztinnen bzw. -ärzten für Humangenetik durchgeführt wird. Bei Feststellung schwerer Erkrankungen des ungeborenen Kindes werden ferner Fachärzte für Kinderheilkunde (Neonatologie) in die Beratung einbezogen.

Ziele und Inhalte der medizinischen Beratung sind in den Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) beschrieben: Vor PND hat die medizinische Beratung primär zum Ziel, Ratsuchende über Anlass, Ziel, Risiken und Grenzen von PND sowie über die Sicherheit möglicher Untersuchungsergebnisse und über alternative bzw. weiterführende pränataldiagnostische Vorgehensweisen aufzuklären. Nach Feststellung eines auffälligen Befundes beinhaltet sie Aufklärung über die Bedeutung des Befundes, über Ursache, Art und Prognose der vermuteten Erkrankung des Kindes und über mögliche Komplikationen. Darüber hinaus informiert sie über prä- und postnatale Therapie- und Förderungsmöglichkeiten, über Konsequenzen für die Geburtsleitung, über Möglichkeiten der Inanspruchnahme weiterer medizinischer und sozialer Hilfen und vermittelt ggf. Kontakte zu gleichartig Betroffenen (Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, 2003).

2.2 Psychosoziale Beratung zu PND

Psychosoziale Beratung wird in Schwangerschafts- bzw. Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen staatlicher, kirchlicher und freier Träger (SKF, pro familia, Diakonie, Caritas etc.) und in den Beratungsstellen humangenetischer Institute einiger Universitätskliniken (z. B. in Heidelberg und Freiburg) angeboten. Sie wird zumeist von Fachpersonal aus der Sozialpädagogik, Sozialarbeit oder Psychologie durchgeführt, die über spezielle Qualifikationen in Schwangerenkonfliktberatung und in jüngster Zeit vermehrt über spezifische Fortbildungen zu PND (z. B. angeboten am Evangelischen Zentralinstitut für Familienberatung in Berlin) verfügen. Viele der Beraterinnen haben weitere Zusatzqualifikationen, z. B. in der Paarberatung, systemischen Beratung und/oder in klientenzentrierten Gesprächsführung.

Anliegen und Inhalte psychosozialer Beratung vor, während und nach PND sind klar beschrieben (Lammert u. Neumann, 2002), der gesetzliche Anspruch darauf ist in § 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) geregelt. Psychosoziale Beratung beinhaltet demzufolge vor allem psychologische Krisen- und Konfliktberatung, aber auch rechtliche, medizinische und soziale Informationen sowie die Vermittlung entsprechender Hilfen. Sie wird als ein eigenständiges Beratungs- und Hilfsangebot verstanden (Lammert u. Dewald, 2002) und erfolgt idealerweise unabhängig von der medizinischen Behandlung und Beratung.

2.3 Psychosoziale Beratung – eine hilfreiche, aber selten genutzte Ressource

Psychosoziale Beratung im Kontext von PND ist äußerst hilfreich, wie die Untersuchung von Rohde und Woopen (2007) bei Schwangeren mit auffälligem Befund zeigt: 82 % der untersuchten Frauen gaben an, dass sie die angebotene psychosoziale Beratung nach Diagnosestellung durch PND als „ziemlich“ bzw. „sehr hilfreich“ erlebt haben. Als besonders hilfreich empfanden sie z. B. folgende Aspekte: „neutraler Platz“, „persönliches Verständnis“ und „Reflexion eigener Gefühle“. Mehr als $\frac{3}{4}$ der Frauen gaben an, ihr psychisches Befinden habe sich durch die Beratung verbessert. Etwa $\frac{1}{4}$ der Befragten meinte, die Beratung habe einen zusätzlichen positiven Einfluss auf die Sicherheit ihrer Entscheidung gehabt.

Im Kontext von PND wird psychosoziale Beratung bisher jedoch eher selten genutzt. Wenn sie in Anspruch genommen wird, dann nach Feststellung eines auffälligen Befundes, insbesondere wenn es um die Frage der Fortführung der Schwangerschaft geht. Fast gar nicht genutzt wird sie vor oder während PND (BMFSFJ, 2001; Dewald, 2001; Dewald u. Cierpka, 2001; Geier, 2001).

Die Gründe für die geringe Inanspruchnahme psychosozialer Beratungsangebote sind auf verschiedenen Ebenen zu suchen. Zum einen spielen strukturelle Faktoren eine Rolle, wie z. B. die räumliche Nähe des Beratungsangebots zum medizinischen Versorgungssystem; zum anderen aber auch psychische Barrieren der Schwangeren,

wie z. B. die Vermeidung einer intensiven emotionalen Auseinandersetzung oder eine generelle Zurückhaltung gegenüber psychosozialen Hilfsangeboten.

Eine weitere Ursache wird in der geringen Bekanntheit dieser Beratungsangebote bei Ärztinnen und Ärzten gesehen (vgl. BMFSFJ, 2001). Zwar besteht laut Gesetzgeber ein Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung zu PND, im Gegensatz zur Beratung nach § 218 StGB ist diese jedoch freiwillig. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass betroffene Frauen von sich aus oder auf ärztlichen Rat entsprechende Beratungsangebote in Anspruch nehmen. Diese Empfehlungen scheinen aber nicht regelmäßig ausgesprochen zu werden. Eine repräsentative Untersuchung der BZgA (2006) belegt, dass rund die Hälfte der befragten Schwangeren vor Durchführung einer PND-Maßnahme keinerlei Hinweise auf derartige Beratungsangebote erhalten haben.

3 Qualitätszirkel zur Förderung von Qualität und Zusammenarbeit

Ein Großteil der bisher diskutierten Aspekte stützt sich auf die Ergebnisse des Modellprojekts „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“ (BMFSFJ, 2001). Eine Schlussfolgerung des Projekts lautete daher, die Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und psychosozialen Fachkräften in der Schwangerschaftsberatung zu fördern. Eine dafür geeignete Methode stellen interprofessionelle Qualitätszirkel dar, die gleichzeitig eine hervorragende Plattform für eine praxisnahe Weiterbildung und Qualitätsentwicklung der Beratung zu PND bieten.

3.1 Was sind Qualitätszirkel?

Der Begriff Qualitätszirkel steht für eine spezielle Form der Kleingruppenarbeit und hat seinen Ursprung in der Arbeits- und Organisationsentwicklung in der Industrie. Ausgehend von Japan sind Qualitätszirkel seit Anfang der achtziger Jahre ein auch in Deutschland häufig eingesetztes Instrument zur Verbesserung von Arbeitsabläufen und Arbeitsqualität, dessen konkrete Ausgestaltung bereichsspezifisch variiert. Qualitätszirkel gelten als kooperationsförderliche Arbeitsstruktur (z. B. Schweitzer, 2002) und bieten die Möglichkeit zur kollegialen kritischen Überprüfung der eigenen Arbeit (Qualitätssicherung).

Der Begriff Qualitätszirkel ist ursprünglich nicht geschützt. In der Praxis werden vielerlei Gruppenaktivitäten, die formal dem fachlichen Austausch und der Qualitätssicherung dienen, als Qualitätszirkel bezeichnet. Die konkrete Ausgestaltung derartiger Treffen ist vielfältig und reicht von einfachen „Stammtischrunden“ bis hin zu sehr strukturierten Konzepten. Bereichsspezifisch sind Qualitätszirkel inzwischen geschützt, wie z. B. „Qualitätszirkel im Gesundheitswesen“ (QUIG).

3.2 Instrument zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

Seit Anfang der 90er Jahre werden Qualitätszirkel im Bereich des Gesundheitswesens eingesetzt. Seit 1993 sind sie in der Qualitätssicherungsrichtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verankert. Mittlerweile hat sich das Verfahren so etabliert, dass ca. 35 bis 50 % aller niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte regelmäßig an Zirkeltreffen teilnehmen (Bahrs, Nave, Zastrau, 2005). In jüngster Zeit gelten Qualitätszirkel auch in der psychotherapeutischen Versorgung als wichtiges Instrument der Qualitätssicherung.

Das Konzept von Bahrs et al. (vgl. Bahrs, Gerlach, Szecsenyi, Andres, 2001; Bahrs et al. 2005) hat besondere Anerkennung und Akzeptanz in der medizinischen Versorgung gefunden. Es ist durch eine klare Beschreibung von Zielsetzungen, Rahmenbedingungen, Ablauf und Arbeitsweise gekennzeichnet und wird im vorliegenden Modellprojekt erstmals im Bereich PND und zur Förderung einer interprofessionellen Zusammenarbeit eingesetzt. Positive Erfahrungen mit dem Konzept liegen bereits im Bereich der hausärztlichen Versorgung (Bahrs et al., 2001, Bahrs u. Matthiessen, 2007), der Pflege (Görres, Luckey, Stappenbeck, 1997) und in der Gesundheitsförderung vor (Bahrs et al., 2005).

Ein Qualitätszirkel besteht idealtypisch aus 10-12 Personen. Die Gruppe trifft sich idealerweise alle 4-6 Wochen auf freiwilliger Basis. In den jeweiligen Sitzungen beschreiben, analysieren und bewerten die Teilnehmenden exemplarisch ihre eigene praktische Tätigkeit und Handlungsrouinen anhand von Fällen unter dem Blickwinkel eines vorab gewählten Themas. Kernelement des Konzepts ist die Fallarbeit, wobei „Fall“ die explizite Darstellung des eigenen Alltagshandelns (hier der Beratung zu PND) meint, und nicht mit einer Patientenvorstellung zu verwechseln ist. Idealerweise bringen sich alle Zirkelmitglieder gleichermaßen als Expertinnen und Experten in die Diskussion ein. Die Qualitätszirkel werden von zwei Personen (hier: je eine pro Berufsgruppe) geleitet, die vorab bzw. Qualitätszirkel begleitend zu Moderatorinnen bzw. Moderatoren eines Qualitätszirkels ausgebildet werden. Im Qualitätszirkel werden gemeinsam typische Probleme identifiziert sowie Qualitätskriterien, Ziele und Lösungsvorschläge zur konkreten Verbesserung der eigenen Arbeit formuliert, die fortlaufend (über mehrere Sitzungen) auf ihre praktische Umsetzbarkeit überprüft werden (vgl. Abb. 1, folgende Seite). Eine ausführliche Darstellung des Konzepts findet sich in Bahrs et al. (2005).

4 Das Modellprojekt „Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“⁴

Das Modellprojekt wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gefördert und von zwei Projektgruppen wissenschaftlich begleitet. Es wurde von Oktober 2002 bis August 2007 durchgeführt und war in zwei Projektphasen gegliedert.

⁴ Ausführliche Darstellung in Kuhn et al. (2008).

Qualitätskreislauf

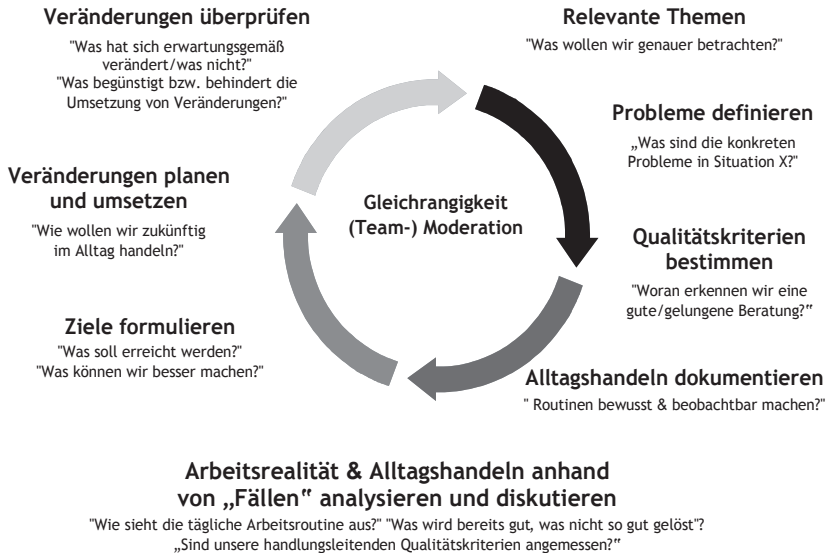


Abbildung 1: Der Qualitätszirkelkreislauf nach Bahrs et al. (2001)

4.1 Ziel

Das Ziel des Projekts bestand darin, den praxisnahen Austausch und die Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und psychosozialen Berufsgruppen im Kontext von PND anzuregen, um im Interesse der Schwangeren die psychosoziale Beratung vermehrt in die Versorgungsstruktur zu PND zu verankern.

4.2 Modellstandorte und Zielgruppe

Das Modellprojekt wurde an sechs Standorten durchgeführt. In der ersten Projektphase waren mit Freiburg, Mannheim und Heidelberg drei universitäre Standorte aus den alten Bundesländern beteiligt; an der zweiten Projektphase nahmen mit Augsburg, Erfurt und Schwerin zwei nicht-universitäre Standorte aus den neuen Bundesländern und ein Standort aus Bayern teil, der zwar über eine Universität, aber ohne medizinische Fakultät, verfügt.

Zielgruppe von ärztlicher Seite waren Fachärztinnen bzw. -ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie für Humangenetik, die in Kliniken oder in freier Praxis im Bereich PND tätig sind. Von psychosozialer Seite wurde Fach-

personal aus Schwangerschafts- bzw. Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen und aus universitären Beratungseinrichtungen (humangenetische Beratungsstellen) mit einer dafür typischen Berufsausbildung und einer entsprechenden Fortbildung in Schwangerschaftskonfliktberatung bzw. PND in das Projekt einbezogen.

4.3 Ablauf des Modellprojektes

4.3.1 Rekrutierung von Projektteilnehmenden

Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte in mehreren Schritten. Zunächst wurden über örtliche Telefonbücher und Beratungsverzeichnisse (z. B. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e. V.) Personen aus der gewünschten Zielgruppe ermittelt. An Standorten mit eher ländlicher Versorgungsstruktur erstreckte sich die Recherche auf einen Umkreis von bis zu 50 km.

Pro Standort wurden zwischen 45 und 80 Institutionen (Beratungsstellen, Kliniken und Arztpraxen) angeschrieben und deren Mitarbeitende schriftlich zu einer Informationsveranstaltung vor Ort eingeladen. Da an allen sechs Standorten deutlich weniger Beratungsstellen bzw. Beraterinnen als Arztpraxen und klinische Einrichtungen bzw. ärztliche Fachkräfte existierten, die in dem Bereich beratend tätig sind, wurden deutlich mehr Ärztinnen bzw. Ärzte angeschrieben als Fachkräfte aus der psychosozialen Beratung.

4.3.2 Informationsveranstaltungen an allen Standorten

In den Informationsveranstaltungen wurden die Anwesenden ausführlich über Hintergrund, Nutzen, Ziel, Konzept und Ablauf des Projektvorhabens informiert. Die Veranstaltungen dauerten jeweils zwischen eineinhalb bis zwei Stunden und wurden von Projektmitarbeitern und einem Vertreter des Qualitätszirkelkonzepts geleitet. Je nach Standort nahmen zwischen 10 % und 38 % der angeschriebenen Personen daran teil. Im Vergleich zur Anzahl der Eingeladenen war an fast allen Standorten die Teilnahmequote der niedergelassenen Ärzteschaft deutlich geringer als die der Klinikärztinnen und -ärzte. An drei Standorten nahmen deutlich mehr Beraterinnen als Ärztinnen und Ärzte teil. In Augsburg existierte bereits ein interprofessioneller Arbeitskreis zu PND, der als geschlossene Gruppe an der Informationsveranstaltung teilnahm und zu etwa 50 % aus psychosozialen Fachkräften bestand. Auch hier war die Mehrheit der Ärzteschaft in Kliniken tätig.

Da mit den Anschreiben nur ein Teil der Zielgruppe erreicht werden konnte, wurde nach der Informationsveranstaltung die Rekrutierung mit Unterstützung einer örtlichen Ansprechperson fortgesetzt. Dabei wurde gezielt bei niedergelassenen Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen um Teilnahme am Modellprojekt geworben.

4.3.3 Gewinnung von Moderierenden

Die Gewinnung von Moderierenden der Qualitätszirkel erfolgte ebenfalls in mehreren Teilschritten. Zunächst wurden im Rahmen der oben beschriebenen Informationsveranstaltungen alle Anwesenden ausführlich über Ziel, Funktion und Rolle der Moderation sowie über den Umfang der begleitenden Moderatorenausbildung informiert. Folgende extrinsische Anreize wurden den Teilnehmenden angeboten:

- Vergütung der Moderationstätigkeit in Höhe des höchsten KV-Satzes aus den alten Bundesländern
- Zertifikat über die Ausbildung von den jeweils zuständigen Sozialministerien.

Für die Ärzteschaft bestand zudem folgende Möglichkeiten:

- Anerkennung der Schulungsseminare als ärztliche Fortbildung und damit die Möglichkeit, für die Teilnahme Fortbildungspunkte zu erwerben.
- Anerkennung der Ausbildung zum/zur Qualitätszirkel-Moderator/in (i. d. R. von den Landesärztekammern anerkannt) und damit die Möglichkeit, zukünftig auch andere Qualitätszirkel leiten zu können.

Trotz formaler Anreize waren zunächst nur wenige der ärztlichen Teilnehmenden bereit, den zusätzlichen Arbeitsaufwand auf sich zu nehmen, so dass weitere Rekrutierungsmaßnahmen notwendig waren. Schließlich konnten an fünf der sechs Standorte sogar drei Personen (je 2 aus der psychosozialen Berufsgruppe und eine aus der Ärzteschaft) für die Moderation des IQZ gewonnen werden.

Die Mehrheit der Teilnehmenden und Moderierenden nahm jedoch nicht aufgrund formaler Anreize, sondern aus intrinsischer Motivation am Modellprojekt teil. Insbesondere die Moderatorinnen und Moderatoren waren außergewöhnlich engagiert und sehr an einer Förderung der fachübergreifenden Zusammenarbeit in diesem Bereich interessiert.

4.3.4 Schulung der Moderierenden

Die Moderierenden der Qualitätszirkel wurden zu Beginn und parallel zur praktischen Qualitätszirkelarbeit geschult. Das Ziel der Schulung bestand zum einen in der Vermittlung des Qualitätszirkelkonzepts, zum anderen in der Unterstützung der Moderationstätigkeit und der optimalen Umsetzung des Konzepts. Das Curriculum ist so konzipiert, dass es den Teilnehmenden ermöglicht, selbständig einen Qualitätszirkel aufzubauen und durchzuführen.

Die Schulung bestand aus einem zweieinhalbtägigen Einführungsseminar, fünf anderthalbtägigen Begleitseminaren und einem anderthalbtägigen Abschlusssseminar. Das Einführungsseminar fand vor Beginn der Qualitätszirkelarbeit statt. Die Begleitseminare wurden parallel zur Qualitätszirkelpraxis in einem Abstand von

etwa zwei Monaten durchgeführt. Das Abschlussseminar fand etwa vier Monate nach der letzten Qualitätszirkelsitzung statt.

4.3.5 Durchführung der Qualitätszirkel

Etwa vier bis acht Wochen nach dem Einführungsseminar für die Moderierenden begann die praktische Arbeit im interprofessionellen Qualitätszirkel (IQZ). Über einen Zeitraum von ein bis eineinhalb Jahren trafen sich die Teilnehmenden in einem Abstand von etwa vier bis acht Wochen zu 8-12 Sitzungen. In der ersten Projektphase wurden acht IQZ-Sitzungen innerhalb eines Jahres durchgeführt. Im Interesse einer guten Umsetzung des Konzepts wurde die Laufzeit der praktischen Qualitätszirkelarbeit in der zweiten Projektphase von 12 auf 18 Monate verlängert und die Anzahl der IQZ-Sitzungen auf zehn bis zwölf Sitzungen erhöht. Die Sitzungen wurden paritätisch von mindestens zwei Personen (einer Ärztin bzw. Arzt und einer psychosozialen Beraterin) moderiert. Die Teammoderation sollte gewährleisten, dass die beiden Berufsgruppen sich in der Diskussionsleitung wieder finden und alle relevanten Aspekte aufgegriffen werden.

4.4 Begleitforschung

Ziele der Begleitforschung waren: Ergebnisevaluation, inhaltliche Zusammenfassung und qualitative Analyse der IQZ-Arbeit sowie Prozessevaluation

4.4.1 Ergebnisevaluation

Im Rahmen der Ergebnisevaluation wurden die im Laufe der Qualitätszirkelarbeit erreichten Veränderungen untersucht. Dazu wurden zu Beginn des Modellprojekts die soziodemographischen Daten der Teilnehmenden und jeweils zu Beginn und am Ende der Qualitätszirkelarbeit folgende Merkmalsbereiche mittels Fragebogen erhoben:

- Strukturelle und inhaltliche Merkmale der Beratung
- Einstellungen und Haltungen zu PND und zur Beratung
- Berufliche Stereotypen
- Erwartungen und Einstellungen zur IQZ-Arbeit

In der hier vorliegenden Arbeit werden ausgewählte Ergebnisse dargestellt: Zum einen geht es um Veränderungen in strukturellen Merkmalen der Beratung, zum anderen um die Erwartungen der Teilnehmenden an die Qualitätszirkelarbeit und um deren Zufriedenheit mit der Qualitätszirkelarbeit.

4.4.2 Inhaltliche Dokumentation der Qualitätszirkelarbeit

Jede IQZ-Sitzung wurde teilnehmend beobachtet, auf Tonträger aufgezeichnet und transkribiert. Die Transkripte wurden anschließend unter anderem im Hinblick auf

die diskutierten Problemfelder, erarbeiteten Lösungsvorschläge und Kooperationsformen inhaltlich ausgewertet. Die vorgestellten Fälle wurden in Form von Fallvignetten zusammengefasst.

4.4.3 Prozessevaluation

Die Prozessevaluation beinhaltete die Bewertung der Durchführung und Umsetzung der IQZ-Arbeit sowie die Evaluation der Moderatorenschulung.

Sie erfolgte aus externer (Projektgruppe) und aus interner Sicht (Bewertung der Teilnehmenden). Ersteres erfolgte über eine exemplarische teilnehmende Beobachtung nach etwa der Hälfte der Zeit, letzteres mittels verschiedener Dokumentations- und Fragebögen. In einem Protokollbogen dokumentierten die Moderierenden den IQZ-Ablauf, die Struktur und wichtige Inhalte jedes Treffens; mit dem „Qualitätszirkel-Check“ schätzten sie den aktuellen Entwicklungsstand ihres Qualitätszirkels ein. Mittels eines Kurzfragebogens bewerteten die Teilnehmenden und Moderierenden die jeweilige Qualitätszirkel-Sitzung (z. B. Zufriedenheit mit verschiedenen Facetten der IQZ-Arbeit).

Die Prozessevaluation diente zugleich der Dokumentation und der Unterstützung der Konzeptumsetzung. Die Projektgruppe bereitete die erfassten Daten auf, kommentierte die Ergebnisse und meldete sie kontinuierlich an die jeweiligen Moderierenden des Qualitätszirkels zurück.

5 Die Teilnehmenden

5.1 Beruflicher Hintergrund

Zu Beginn der IQZ nahmen insgesamt 90 Personen am Modellprojekt teil (15 in Freiburg, 14 in Heidelberg, 11 in Mannheim, 18 in Augsburg, 16 in Erfurt und 16 in Schwerin). 48,9 % verfügten über eine ärztliche, 40 % über eine sozialpädagogische oder pädagogische Ausbildung, je 2,2 % waren Hebammen bzw. Theologinnen, eine (1,1 %) war Psychologin; 5,6 % gehörten einer anderen Berufsgruppe an. Die meisten Ärztinnen bzw. Ärzte verfügten über eine Facharztausbildung für Gynäkologie und Geburtshilfe. Die Teilnehmenden wurden anhand ihrer Angaben, in welchem Bereich sie überwiegend tätig sind, den beiden Berufsgruppen „Ärztinnen bzw. Ärzte“ vs. „Beraterinnen“ zugeordnet.

5.2 Alter und Geschlecht

Über alle Standorte betrachtet lag das Alter der Teilnehmenden zwischen 28 und 62 Jahren (MW: 45,6 Jahre). 76,7 % der Teilnehmenden waren weiblich, 23,3 % männlich. Die beiden Berufsgruppen unterschieden sich nicht im Alter, aber in ihrer Geschlechtszugehörigkeit. Die Gruppe der psychosozialen Fachkräfte war im Durchschnitt 45 Jahre alt und bestand ausschließlich aus Frauen. Die Gruppe der

Ärztinnen und Ärzte war im Durchschnitt 46 Jahre alt und bestand etwa je zur Hälfte aus Männern (47,6 %) und Frauen (52,4 %).

5.3 Zusatzqualifikationen

96 % der beteiligten Beraterinnen gaben eine oder mehrere Zusatzqualifikationen im Bereich Konfliktberatung, psychosoziale Beratung, Gesprächsführung und/oder Psychotherapie an. Knapp $\frac{1}{3}$ gab spezielle Weiterbildungen in „Psychosozialer Beratung im Kontext pränataler Diagnostik“ an. Demgegenüber gaben etwa $\frac{1}{4}$ der Ärztinnen und Ärzte Zusatzqualifikationen in Beratung, Gesprächsführung und/oder Psychotherapie an und mehr als die Hälfte der Ärzteschaft Zusatzqualifikationen im Bereich pränataldiagnostischer Untersuchungsmethoden. Vier Gynäkologen gaben eine über die im Rahmen ihrer Facharztausbildung hinausgehende Fortbildung im Bereich der psychosomatischen Grundversorgung an. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die absoluten Häufigkeiten der Nennungen einzelner Zusatzqualifikationen.

Tabelle 1: Zusatzqualifikationen der Teilnehmenden (Daten aus 2. Projektphase, Mehrfachnennungen)

Zusatzqualifikationen	Ärztinnen bzw. Ärzte (N=22)	Beraterinnen (N=24)
Fehlbildungsdiagnostik (z.B. Ersttrimester-Screening, Ultraschallfeindiagnostik)	14	-
Psychosomatische Grundversorgung	4	-
Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	2	-
Medizinische Genetik	1	-
Psychotherapie i. e. S.	1	1
Psychosoziale Beratung im Rahmen von PND	-	7
Schwangerschaftskonfliktberatung	-	7
Systemische Beratung/Therapie	-	7
Klientenzentrierte Gesprächsführung	-	5
Ehe-, Familien-, und Lebensberatung	-	3
Trauerbegleitung/Seelsorge	1	4
Andere therapeutische Verfahren (z. B. Sozialtherapie, NLP)	-	3

5.4 Vorerfahrung mit Qualitätssicherung und Motivation zur Teilnahme

Über die Hälfte aller Teilnehmenden gab im Vorfeld an, über Erfahrungen mit Qualitätssicherungsprogrammen zu verfügen. Das Ausmaß der Erfahrungen war je nach Standort etwas unterschiedlich.

In Bezug auf die Motivation zur Teilnahme am Projekt zeigte sich folgendes Bild: Am stärksten ausgeprägt war der Wunsch nach „Erfahrungsaustausch mit Kollegen“, gefolgt von dem Wunsch nach „Selbstreflexion“. Am wenigstens motivierend wurden der „Anschluss an die Forschung“ sowie „berufspolitische Überlegungen“ erlebt (vgl. Abb. 2).

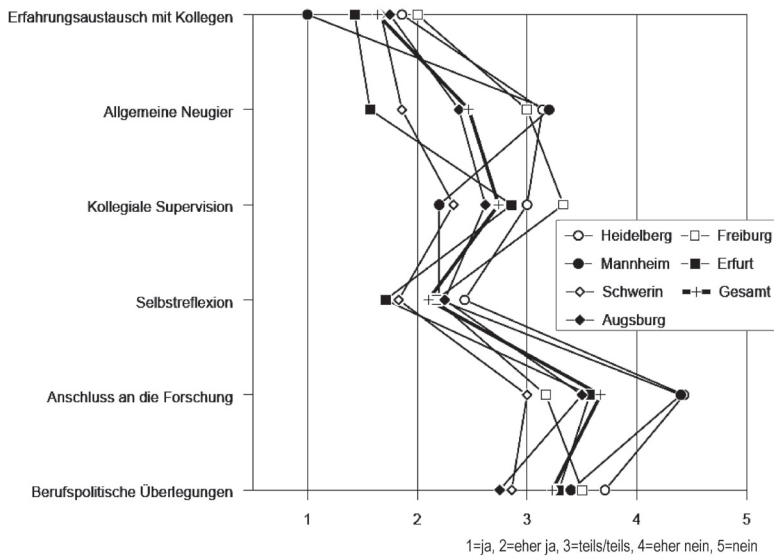


Abbildung 2: Motivation zur Teilnahme am Projekt (Mittelwerte)

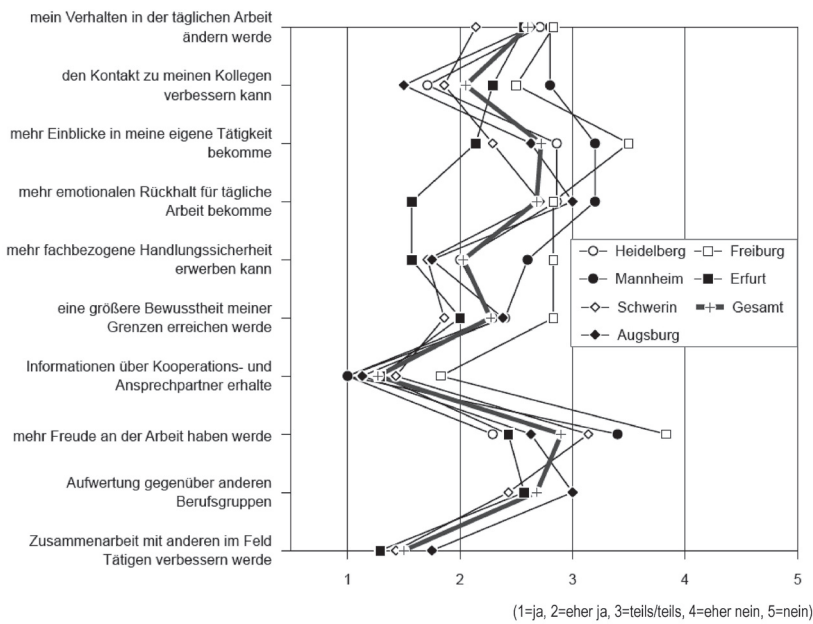


Abbildung 3: Konkrete Erwartungen an die Qualitätszirkelarbeit (Mittelwerte)

Die Mehrzahl der Teilnehmenden erwartete, durch die Teilnahme am Projekt, „Informationen über Kooperations- und Ansprechpartner zu erhalten“, „den Kontakt zu Kollegen zu verbessern“ sowie die „Zusammenarbeit mit anderen im Feld Tätigen zu verbessern“ (vgl. Abb. 3, s. vorangehende Seite).

6 Die IQZ-Arbeit

6.1 Themenbezüge der Qualitätszirkel

An allen sechs Standorten benannten die Gruppen zu Beginn ihrer Qualitätszirkelarbeit diejenigen Themen und Problembereiche, mit denen sie sich im Verlauf der IQZ-Arbeit eingehender beschäftigen wollten. Idealerweise stand jede Qualitätszirkelsitzung unter einem dieser Themen. Tabelle 2 zeigt beispielhaft die genannten Themen aus der 2. Projektphase.

Tabelle 2: Gewählte Rahmenthemen der Qualitätszirkel (Standorte der 2. Projektphase)

Augsburg	Erfurt	Schwerin
Kooperation und Vernetzung	Ergebnisoffene Beratung	Erwartungen an PD
Bild der Pränataldiagnostik, Ethik	Bedeutung und Umgang mit Zeit	Grundkenntnisse über/und Bewertung von Befunden und Untersuchungen
Begeleitung beim Austragen des (behinderten) Kindes	Kontinuität der Betreuung, Einbeziehung welcher Spezialisten	Aufgabenverteilung und Abstimmung, Abgrenzung der Leistungen von Beraterinnen und Ärztinnen bzw. Ärzten
Spätabbruch	Diagnose und Prognose, Umgang mit der Unklarheit von Diagnosen	Hilflosigkeit der ärztlichen Behandler und der Beraterinnen
Traumabewältigung	Betreuungsangebote nach Spätabbruch	Zeit, Zeitdruck und Umgang mit Zeitdruck
Beratung vor PND	Angebote von Beratungsstellen	Regionale Zuständigkeiten für spezielle medizinische Untersuchungen
Motivation zur psychosozialen Beratung	Frühe Mutter-Kind Beziehung (bereits in der Schwangerschaft)	Notwendigkeit und Finanzierbarkeit von PND
Vorschläge für aktuelle Fallvorstellungen		Zufriedenheit des Beraters
Gesprächsführung		Zusammenarbeit der Behandler und Patientenführung
Öffentlichkeitsarbeit		Optimales Behandlungskonzept

6.2 Ein Beispiel

Um einen Einblick in die konkrete Arbeit vor Ort zugeben, wird im Folgenden eine Qualitätszirkelsitzung exemplarisch dargestellt.

Die Sitzung wurde von einer ärztlichen und zwei psychosozialen Moderatorinnen im Team geleitet. Die Fallvorstellende, eine niedergelassene Ärztin für Humangenetik, berichtet von einer 38-jährigen Patientin, die in der 20. Schwangerschaftswoche (SSW) mit der Verdachtsdiagnose Triple X von ihrem Frauenarzt zu ihr in die humangenetische Beratung überwiesen worden sei:

Die Patientin sei ausländischer Herkunft, habe nur sehr gebrochen Deutsch gesprochen und sei zu beiden Beratungsgesprächen von ihrem Ehemann und einem Dolmetscher begleitet worden. Die Fallvorstellende habe den Eindruck gewonnen, dass der Dolmetscher nicht neutral bzw. gegen das Austragen des Kindes gewesen sei.

Die Patientin sei zum dritten Mal schwanger. Wegen ihres Alters habe ihr Frauenarzt eine Amniozentese durchgeführt mit Diagnose: Triple X-Syndrom. Dieses Syndrom werde häufig nicht erkannt, weil $\frac{2}{3}$ der Fälle ohne jegliche Auffälligkeiten verlaufen. Nur in etwa $\frac{1}{3}$ der Fälle sei mit Einschränkungen des Kindes, z. B. Entwicklungsverzögerungen, zu rechnen.

Die Ärztin habe die Patientin im ersten Gespräch ausführlich über den Befund und die Erkrankung beraten. Die Frau habe nicht ängstlich gewirkt und den Eindruck vermittelt, eine positive Einstellung zum Kind zu haben. Etwa eine Woche später habe ihr Frauenarzt einen Ultraschall zur Kontrolle durchgeführt mit unauffälligem Befund. Dieser habe erneut mit der Patientin über die mögliche Gestalt der Erkrankung gesprochen, ihr Informationen über eine Selbsthilfegruppe gegeben und den Kontakt zu zwei Familien vermittelt, die bei der pränataldiagnostischen Untersuchung die gleichen Vorbefunde erhalten hätten, dessen Kinder sich aber unauffällig entwickelten. Die Patientin habe mit einer der Familien telefoniert, deren 12-jähriges Kind – ganz im Gegensatz zur Aussage des Arztes – nicht lesen könne und mental retardiert sei, und sei danach stark beunruhigt gewesen. Anschließend habe die Patientin weitere Gespräche mit ihrer Kinderärztin sowie mit Freunden und Bekannten geführt. Im nachfolgenden Beratungsgespräch, das in der 22. SSW stattfand, habe die Frau sehr unsicher und verängstigt gewirkt und ihr mitgeteilt, dass sie einen Abbruch wünsche. Dieser Wunsch sei für die Fallvorstellende überraschend gewesen. Sie habe die Frau an eine Beratungsstelle weiterverwiesen und dort sofort einen Termin für sie (drei Tage später) vereinbart.

Am nächsten Tag habe sich die Patientin im Klinikum mit dem Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch (SSA) vorgestellt. Zwei Tage später habe eine Konferenz stattgefunden, in der alle am Fall beteiligten Ärztinnen und Ärzte über den „Antrag“ der Patientin berieten, die Durchführung eines Fetozids jedoch ablehnten. Die Fallvorstellende habe die Patientin noch am gleichen Tag über den Konferenzbeschluss informiert. Daraufhin habe sich die Patientin nach anderen (illegalen)

Möglichkeiten eines SSA erkundigt, worauf sie aber nicht eingegangen sei, sondern die Patientin über Unterstützungsmöglichkeiten nach der Geburt aufgeklärt habe.

Die Fallvorstellung wird von der ebenfalls am Fall beteiligten psychosozialen Beraterin ergänzt:

Die Klientin sei auch bei ihr zum vereinbarten Termin in Begleitung ihres Dolmetschers erschienen. Es sei der Klientin extrem schwer gefallen, über ihre Situation zu reden. Sie habe nicht über die mögliche Behinderung sprechen und stattdessen ihre Ruhe haben wollen. Sie habe noch zwei Telefonate mit der Klientin geführt, in denen diese aber eine weitere Beratung und auch den Kontakt zu einer Hebamme abgelehnt habe. Der Ehemann beabsichtige bei der Geburt dabei zu sein. Sie habe der Klientin angeboten, sie bei Bedarf nach der Geburt zu begleiten.

Der Fall wurde ausgiebig diskutiert. Dabei ging es z. B. um folgende Fragen und Probleme, die nicht nur fallbezogen sondern auch als generelle Probleme diskutiert wurden:

- Unklare Prognose der Erkrankung
- Fragliche Realisierbarkeit ergebnisoffener Beratung
- Selektive Aufmerksamkeit bzw. subjektive Wahrnehmung der Patientin in Bezug auf die Bedeutung des Befundes
- Verunsicherung der Betroffenen durch verschiedene Informationen aus unterschiedlichsten Quellen (z. B. Internet, andere Betroffene, Ärzte)
- Verminderte Offenheit und Aufnahmekapazität direkt nach Mitteilung der Diagnose
- Ambivalenz und Abwehr gegenüber der Inanspruchnahme psychosozialer Beratung
- Umfang, Inhalte und optimaler Zeitpunkt der Beratung
- Parteilichkeit des Dolmetschers
- Anforderung eines psychiatrischen Konsils, um der Patientin einen SSA zu ermöglichen

Am Ende der Sitzung wurde Gelungenes und nicht Gelungenes zusammengetragen und es wurden folgende Vorschläge für zukünftige Beratungen festgehalten:

- Ausführliche Erklärung des Befundes
- Raum und Zeit für die Patientin schaffen, damit sie über ihre Ängste und Befürchtungen, die mit der potenziellen Behinderung assoziiert werden, reden kann
- Psychosoziale Beratung bereits im Vorfeld der PND anbieten
- Individuelle Anpassung der Beratungsangebote an den Zustand der Patientin
- Schwangeren gleich zu Beginn der Untersuchungen einen Leitfaden mitgeben, wann sie sich wohin wenden können
- Kontakt zur Patientin halten bzw. zu einem späteren Zeitpunkt ggf. erneut aufnehmen
- Besserer Informationsaustausch zwischen niedergelassenen Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen und den Beratungsstellen

Der Fall wirft weitere Fragen auf, die nicht im Qualitätszirkel diskutiert wurden. Beispielsweise wurden weder diskutiert, ob die Retardierung des Kindes eine Folge der Erkrankung an Triple X ist, noch ob die Vermittlung des Kontaktes zur Familie durch den Gynäkologen sinnvoll war. Idealerweise sollten die Moderierenden solche Unklarheiten bzw. Fragen in die Diskussion einbringen.

6.3 Bewertung der Qualitätszirkelarbeit durch die Teilnehmenden

Die oben dargestellte Sitzung wurde von den Teilnehmenden insgesamt sehr positiv beurteilt. Insbesondere wurden „gegenseitiger Respekt, großes Engagement (auch in der interdisziplinären Kooperation) für die Frau/Patientin“ sowie „Aktualität der Fallvorstellung“ hervorgehoben. Positiv angemerkt wurde ferner, dass die Ärztinnen bzw. Ärzte „eigene Unsicherheiten in ihrem Handeln“ im Zirkel offen angesprochen haben. Die Sitzung trug nach Einschätzung der Teilnehmenden dazu bei, dass Vorurteile zwischen den Berufsgruppen abgebaut werden konnten. Ebenso wurde wiederholt auf die Notwendigkeit hingewiesen, „für Zusammenarbeit offen zu sein“.

Über alle Standorte und Sitzungen hinweg war die Zufriedenheit mit der Qualitätszirkelarbeit relativ hoch. Die höchste Zufriedenheit zeigte sich in Bezug auf „Gruppenatmosphäre“ und „Moderation“, dicht gefolgt von einer hohen Zufriedenheit mit der „Orientierung am Thema“ und dem „Sachlichen Ertrag“. Am wenigsten zufrieden waren die Teilnehmenden mit ihrem „Eigenen Beitrag“ (vgl. Abb. 4). Die Gesamtzufriedenheit der Teilnehmenden hing am stärksten von der Beurteilung des sachlichen Ertrags der Zirkelarbeit ab. Dabei wurde der eigene Beitrag offensichtlich kritischer beurteilt als der Beitrag der anderen IQZ-Mitglieder. Ähnliche Befunde konnten auch bei der Evaluation anderer Qualitätszirkel beobachtet werden (Bahrs et al., 2005; Bahrs u. Matthiessen, 2007).

Eine weiterführende inhaltliche Analyse ergab, dass jene Sitzungen besonders positiv bewertet wurden, in denen an konkreten Fällen gearbeitet wurde, Sitzungen, die eher theoretischen Charakter hatten wurden etwas weniger positiv bewertet. Aus den Antworten auf die offenen Fragen ist zu entnehmen, dass insbesondere folgende Aspekte bzw. Effekte der Qualitätszirkelarbeit positiv bewertet wurden:

- Inhaltliche Arbeit
- Praxisbezug/fallorientierte Arbeitsweise
- Ergebnisorientierung/konkrete Erarbeitung von Empfehlungen für die praktische Arbeit
- Team-Moderation
- Wissenszuwachs/Information
- Interprofessioneller Austausch/Kooperation
- Wertschätzender Umgang/konstruktive Gruppenatmosphäre
- Emotionale Entlastung

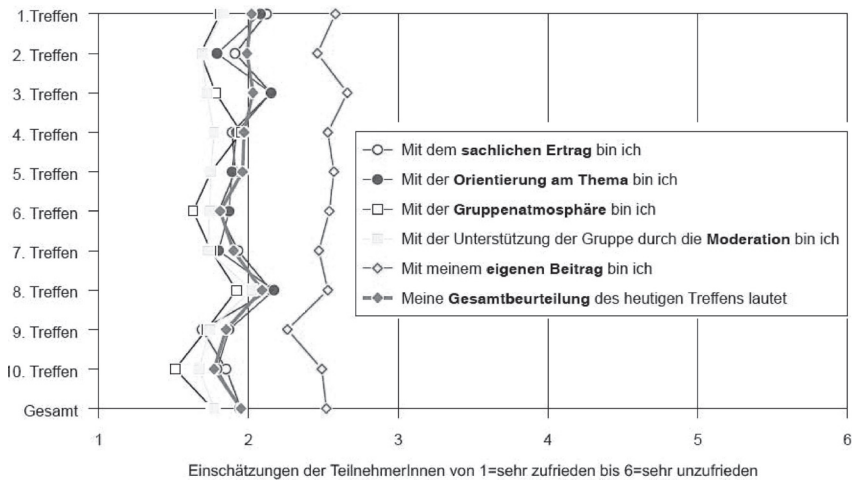


Abbildung 4: Zufriedenheit der Teilnehmenden mit verschiedenen Aspekten des Qualitätszirkels (Mittelwerte über die Teilnehmenden aller Standorte; Basis: N=571)

7 Veränderungen durch die IQZ-Arbeit

Das Modellprojekt zielte darauf ab, die Kooperation zwischen ärztlich und psychosozial beratenden Fachkräften zu fördern und die Inanspruchnahme psychosozialer Beratungsangebote im Kontext von PND zu verbessern. Über Prä-Post-Vergleiche wurde untersucht, in welchem Maß dieses Ziel erreicht wurde.

Die Datenauswertung basiert auf 62 von ursprünglich 90 Teilnehmenden, die sowohl an der Eingangs- als auch an der Abschlussbefragung teilgenommen haben. Davon gehören 24 (38,7 %) der ärztlichen und 36 (58,1 %) der psychosozialen Berufsgruppe an; 2 (3,2 %) Teilnehmende machten keine Angaben darüber, in welchem Bereich sie überwiegend tätig sind.

7.1 Inanspruchnahme der Beratung zu PND

Auf die Frage „Wie viele PatientInnen/KlientInnen haben Sie innerhalb des vergangenen Jahres zum Thema Schwangerschaft behandelt bzw. beraten“, gab die Ärzteschaft zu Beginn des Projekts im Mittel 304, die Beraterinnen 236 Fälle an. Am Ende verzeichnete die Ärzteschaft im Mittel 434, die psychosoziale Berufsgruppe 212 Fälle pro Jahr. Allerdings war die Spanne der Angaben sehr unterschiedlich: Die Ärztinnen und Ärzte gaben zu Beginn bis zu 1.800 Fälle, die Beraterinnen bis zu 550 Fälle pro Jahr an, am Ende gab die Ärzteschaft bis zu 3.500 Fälle, die Beraterinnen bis zu 500 Fälle pro Jahr an. Die Unterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen sind statistisch nicht bedeutsam.

Unterscheidet man die Fälle nach dem jeweiligen Beratungsanlass, dann bestätigt sich das eingangs bemängelte Versorgungsbild: Beraterinnen führen selten Beratungen zu PND durch. Zu Beginn des Modellprojekts gaben sie an, nur in 1 % aller Fälle wäre PND konkreter Anlass der Beratung gewesen, etwas häufiger kämen Beratungsgespräche vor, in denen PND auch Thema, aber nicht ursprünglicher Anlass der Beratung war (15 % aller Fälle). Am Ende des Modellprojekts stufen sie 39 % ihrer Fälle als Beratungsgespräche ein, in denen PND entweder konkreter Gesprächsanlass (13 %) oder aber ein Thema der Beratung (26 %) war (vgl. Abb. 5).

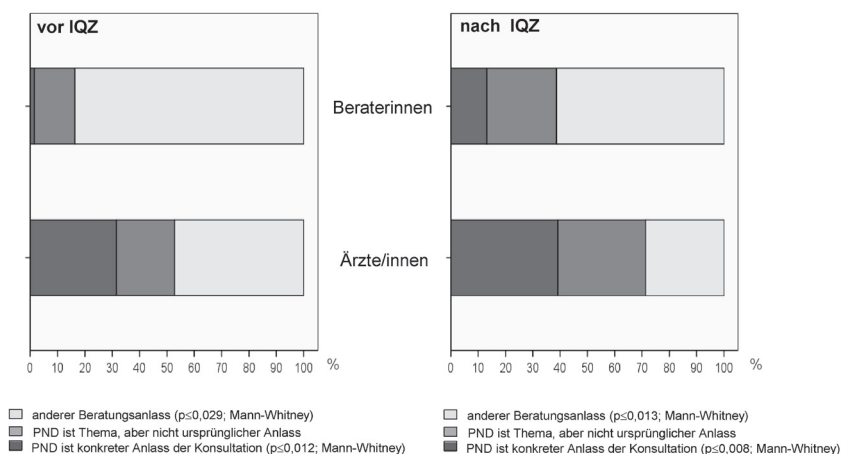


Abbildung 5: Häufigkeit der Beratung zu PND bei Ärztinnen bzw. Ärzten und Beraterinnen

7.2 Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Beraterinnen

Beide Berufsgruppen gaben zu Beginn des Projekts an, überwiegend mit Kolleginnen und Kollegen aus der eigenen Berufsgruppe zusammenzuarbeiten. Am Ende des Modellprojekts waren beide Berufsgruppen unabhängig voneinander der Meinung, dass die fachübergreifende Zusammenarbeit – insbesondere die zwischen Beraterinnen und Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen – zugenommen hätte. Allerdings blieb die Tendenz, häufiger mit Kolleginnen und Kollegen der eigenen Berufsgruppe zusammenzuarbeiten, weiterhin bestehen.

Im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit haben sich verschiedene Aktivitäten der fachübergreifenden Zusammenarbeit entwickelt (vgl. Riehl-Emde, Kuhn, Dewald u. Cierpka, 2007). Dabei sind insbesondere zwei Wege der Zusammenarbeit besritten worden, um die psychosoziale Beratung besser in die Versorgungsstruktur zu PND zu verankern:

1. Seitens niedergelassener Gynäkologen und Gynäkologinnen: Vermehrte ärztliche Empfehlungen bzw. konkrete Weiterverweisungen von Patientinnen an Schwangerschaftsberatungsstellen bzw. an Beraterinnen des IQZ.
2. In Frauenkliniken bzw. in pränataldiagnostischen Zentren von Kliniken: Einrichtung psychosozialer Beratungsangebote im Sinne von ambulanten Sprechstunden, in denen eine oder mehrere Beraterinnen des jeweiligen IQZ entweder fest oder auf Abruf den Patientinnen bei Bedarf für eine psychosoziale Beratung zur Verfügung stehen.

8 Zusammenfassung und Fazit

Insgesamt konnten mit dem Projekt Veränderungen in gewünschter Richtung erzielt werden. Nach Aussage der Teilnehmenden wurden im Verlauf der IQZ-Arbeit psychosoziale Beratungsangebote häufiger genutzt. Dies kann zum einen auf die vermehrte ärztliche Empfehlung zurückgeführt werden, zum anderen auf ein vermehrtes Selbstbewusstsein der Beraterinnen, Betroffene auf das Thema anzusprechen. Die Ergebnisse zu den Fallzahlen basieren auf subjektiven Angaben der Beraterinnen. Da bisher nur wenige Beratungsstellen ihre Beratungsfälle mittels interner Statistiken dokumentieren, waren objektive Zahlen nicht in ausreichendem Maß verfügbar. Die Mehrzahl der Teilnehmenden war sehr an einer fachübergreifenden Zusammenarbeit interessiert und hoffte, durch die Teilnahme mehr Kontakte mit anderen im Feld Tätigen zu erhalten. Diese Erwartungen konnten zum größten Teil erfüllt werden. Im Verlauf des Modellprojekts verbesserte sich die Zusammenarbeit zwischen den beiden Berufsgruppen deutlich. Im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit wurden z. T. neue Versorgungsmodelle geschaffen, die psychosoziale und ärztliche Beratung integrieren.

Der Vorteil einer interprofessionellen Qualitätszirkelarbeit gegenüber anderen Maßnahmen der Kooperationsförderung liegt u. E. darin, dass die Qualitätszirkelarbeit freiwillig ist, sich grundsätzlich auch ohne Modellprojekte implementieren lässt und den Beteiligten einen langfristigen und kontinuierlichen Rahmen des fachlichen Austauschs bietet. Diese Kontinuität begünstigt Vertrauen und fördert die Entwicklung einer gemeinsamen Identität. Unterschiedliche Haltungen und Einstellungen zum Thema oder zur Arbeitsweise scheinen die Qualitätszirkelarbeit nicht zu hemmen, sondern die Zusammenarbeit im Zirkel zu bereichern (Kuhn u. Riehl-Emde, 2007). Allerdings waren in allen IQZ Anlaufschwierigkeiten zu überwinden, bevor die postulierte Gleichrangigkeit der Berufsgruppen in der Gruppenarbeit praktisch erreicht werden konnte (Bahrs, Schmidt, Weiß, 2007). Dies gelang umso besser, je konkreter die psychosozialen Beraterinnen ihre eigene Arbeit nachvollziehbar werden ließen. Als hilfreich erwies sich die Team-Moderation, die den Teilnehmenden als Modell gelungener Zusammenarbeit dienen konnte.

Trotz z. T. recht konfliktträchtiger Diskussionen wurde die Gruppenatmosphäre an allen Standorten überwiegend als sehr angenehm erlebt. Zu vielen der diskutier-

ten Problembereiche konnten Lösungen bzw. Handlungsvorschläge für die zukünftige Beratung zu PND – ganz im Sinne der Qualitätssicherung – gefunden werden. Beiden Berufsgruppen wurde deutlich, dass sie gerade durch ihre Unterschiedlichkeit voneinander profitieren können. In schwierigen und konfliktträchtigen Beratungssituationen bietet der Qualitätszirkel den Beteiligten nicht nur die Möglichkeit, gemeinsam nach optimalen Lösungen zu suchen, sondern auch emotionale Entlastung und gegenseitige Wertschätzung der Arbeit.

Dass die Qualitätszirkelarbeit insgesamt als fruchtbar erlebt wurde, zeigt sich unter anderem auch darin, dass sie an den meisten Standorten nach Ablauf der Modellprojektphase fortgesetzt wird. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt bleibt natürlich noch offen, ob die Zusammenarbeit langfristiger Natur sein wird und ob sich die Qualitätszirkel ohne externe Unterstützung regional weiter ausbreiten werden.⁵ Mündlichen Berichten zu Folge haben zwei Zirkel der ersten Projektphase ihre Arbeit vorübergehend eingestellt, überwiegend deshalb, weil die Beteiligung der niedergelassen Ärztinnen und Ärzte mit der Zeit nachgelassen habe. Es gilt also zu überlegen, wie man diese Zielgruppe noch besser in eine derartige Zusammenarbeit einbinden kann.

Wichtig für die weitere Ausbreitung der Qualitätszirkel ist zudem die Förderung von mehr Gleichberechtigung zwischen den beiden Berufsgruppen. Bisher können Beraterinnen – im Gegensatz zur Ärzteschaft – durch die Teilnahme am Qualitätszirkel keine Fortbildungspunkte erwerben. Auch wird die Moderatorenausbildung je nach Berufsgruppe sehr unterschiedlich anerkannt bzw. honoriert. Hierbei ist eine Unterstützung der jeweils zuständigen Sozialministerien hilfreich, wie sie z. B. vom Sozialministerium in Mecklenburg-Vorpommern erfolgt, das den Schweriner Qualitätszirkel nach Ablauf der Modellprojektphase finanziell weiter unterstützt.

Die interprofessionellen Qualitätszirkel sind ein erster Schritt auf dem Weg zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Vertretern ärztlicher und psychosozialer Versorgungsstrukturen im Kontext von PND. Zur Steigerung der Inanspruchnahme psychosozialer Beratungsangebote sind sicherlich noch weitere Maßnahmen notwendig. Beispielsweise ist zu überlegen, wie derartige Beratungsangebote niederschwelliger gestaltet werden können. Die Einrichtung von ambulanten psychosozialen Sprechstunden innerhalb medizinischer Versorgungssystemen stellt eine Möglichkeit dar. Darüber hinaus können eine vermehrte Öffentlichkeitsarbeit, interprofessionell angelegte Kongresse und Fortbildungen einen sinnvollen Beitrag dazu leisten, dass psychosoziale Beratung von Ärzteschaft und Patientinnen mehr wahrgenommen wird. Im Rahmen der Qualitätszirkel kann Kooperation befördert und können verschiedene Konzepte zur Verbesserung der Versorgungsstruktur erarbeitet werden, doch deren Umsetzung bedarf auch der Unterstützung seitens der Fachverbände oder gar der Politik. Die überwiegend positive Resonanz auf das Gutachten des Sachver-

⁵ Die Erfahrung mit ärztlichen Qualitätszirkeln zeigt, dass eine Unterstützung im Rahmen regionaler Modellprojekte die Implementierung wesentlich erleichtert (Tausch, 2000).

ständigenrats im Gesundheitswesen (SVR, 2007), in dem nachdrücklich eine stärkere Zusammenarbeit der verschiedenen an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten gefordert und Vorschläge für die Aufwertung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe gemacht werden, lässt auf neue Impulse zur Schaffung kooperationsfördernder Strukturen hoffen.

Literatur

- Bahrs, O., Gerlach, F. M., Szecsenyi, J., Andres, E. (Hrsg.) (2001). Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für Arzt in der Praxis und Klinik (4. überarb. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Bahrs O., Matthiessen P. F. (Hrsg.) (2007). Gesundheitsfördernde Praxen – Die Chancen einer salutogenetische Orientierung in der hausärztlichen Praxis. Bern: Huber.
- Bahrs, O., Nave, M., Zastrau, B. (2005). Was sind Qualitätszirkel? Konzeptuelle Grundlagen und Abgrenzung von anderen Formen der Gruppenarbeit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention – Handbuch für Moderatorinnen und Moderatoren (S. 23- 53). Köln.
- Bahrs, O., Schmidt, U., Weiß, M. (2007). Qualitätsentwicklung durch Kooperationsförderung – Modellprojekt Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, 1, 18-20.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (Hrsg.) (2001). Materialien zur Familienpolitik. Abschlussbericht des Modellprojekts "Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes". Bonn.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2006). Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik. Repräsentative Befragung Schwangerer zum Thema Pränataldiagnostik. Köln.
- Dewald, A. (2001). Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50, 753-764.
- Dewald, A., Cierpka, M. (2001). Psychosoziale Beratung im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik. Der Gynäkologe, 34, 565-567.
- Geier, H. (2001). Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: psychosoziale Sicht. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50, 723-735.
- Görres, S., Luckey K., Stappenbeck J. (1997). Qualitätszirkel in der Alten- und Krankenpflege. Göttingen: Huber.
- Kuhn, R., Riehl-Emde, A. (2007). Gute Voraussetzung für eine Zusammenarbeit zwischen Ärzten und psychosozialen Fachkräften in der Beratung zur Pränataldiagnostik. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 57, 44-52.
- Kuhn, R., Schmidt, U., Dewald, A., Bruder, A., Jung, B., Bahrs, O., Riehl-Emde, A. (2008). Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, 30. Köln, in Druck.
- Lammert, C., Neumann, A. (2002). Strukturelle Rahmenbedingungen. In C. Lammert, E. Cramer, G. Pinggen-Rainer, J. Schulz, A. Neumann, U. Beckers, S. Seibert, A. Dewald, M. Cierpka (Hrsg.), Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik – Ein Praxishandbuch (S. 35-44). Göttingen: Hogrefe.

- Lammert, C., Dewald, A. (2002). Problemstellung. In C. Lammert, E. Cramer, G. Pinggen-Rainer, J. Schulz, A. Neumann, U. Beckers, S. Seibert, A. Dewald, M. Cierpka (Hrsg.), *Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik – Ein Praxishandbuch* (S. 15-34). Göttingen: Hogrefe.
- Rohde, A., Woopen, C. (2007). *Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Richter-Kuhlmann, E. A. (2005). Pränataldiagnostik – „Fast kulthafter Charakter“. *Deutsches Ärzteblatt*, 102, A1149.
- Riehl-Emde, A., Kuhn, R., Dewald, A., Cierpka, M. (2007). Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik: Ein Modellprojekt verbessert die Versorgung. *Informationsdienst der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*, 1, 21-25.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2007). *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung* (Kurzfassung). [http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Kurzfassung %20.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Kurzfassung%20.pdf).
- Schweitzer, J. (2002). Bedingungen gelingender Kooperation im Gesundheitswesen. In F. Kröger, A. Hendrichske, S. McDaniels (Hrsg.), *Familie, System, Gesundheit. Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen* (S. 167-183). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Tausch, B. (2000). *Ärztliche Qualitätszirkel auf dem Prüfstand. Eine arbeits- und organisationspsychologische Analyse des ärztlichen und betrieblichen Qualitätszirkelkonzepts*. Münster: Waxmann.
- Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer (Hrsg.) (2003). *Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen*, Stand: 28.02.2003.
- Zerres, K. (2003). *Humangenetische Beratung*. *Deutsches Ärzteblatt*, 100, A2720-A2727.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. Rita Kuhn, Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg, Bergheimer Straße 54, 69115 Heidelberg.
E-Mail: rita_kuhn@med.uni-heidelberg.de