



www.inter-uni.net > Forschung

Qualitätspflege einer nicht ärztlichen Heilberufpraxis auf Basis des Total Quality Management (TQM)

Zusammenfassung der Arbeit

Nicole Unger

Interuniversitäres Kolleg (college@inter-uni.net) 2007

Berichtet wird in der vorliegenden Arbeit über die anstehende Verpflichtung zum Qualitätsmanagement in nicht ärztlichen Heilberufen auf Basis gesetzlicher Regelungen. Die Bedeutsamkeit der Anamnese, als Grundlage jeglicher therapeutischer Intervention, wird ausführlich unter dem Blickwinkel der Dimensionen der Qualität besprochen. Das Augenmerk richtet sich hierbei vorrangig auf die Risikoerfassung des biologischen, ganzheitlichen Systems zum Schutz des Patienten und Therapeuten. Derzeit gibt es hierfür keine Dokumentationsbögen in den nicht ärztlichen Heilberufen, die als standardisiert bezeichnet werden können. Deshalb wurde beispielhaft auf den Erfassungsbogen des EMRRH (EUROPEAN MEDICAL RISK RELATED HISTORY, WHO-COUNCIL AMSTERDAM) mit der Risikobewertung im ASA score (American Society of Anesthesiology) sowie auf den SOC- Fragebogen (SOC= Sense of Coherence) von Aaron Antonovsky zurückgegriffen, welche auf Nutzbarkeit überprüft wurden. Die Ergebnisse zeigten eine bedingte Nützlichkeit und die Forderung nach nutzbaren "Werkzeugen" für die nicht ärztlichen Heilberufe wird laut.

Weiterhin wird die Möglichkeit der Beurteilung von Behandlungsqualität im Rahmen der Qualitätspflege nicht ärztlicher Heilberufe durch die Patientendatenerfassung einer elektronischen Datenbank im Anhang dieser Arbeit aufgezeigt. Beispielhafte retrospektive Beschreibungen von Patienten einer komplementärmedizinischen, nicht ärztlichen Praxis geben einen Einblick.

Der Ausgangspunkt zur Qualitätspflege ist für jede therapeutische Einrichtung die Erstellung eines eigenen Leitbildes mit Definierung der Nah- und Fernziele. Ebenfalls im Anhang befindet sich beispielhaft das Leitbild, das von der Autorin für ihre eigene Praxis erstellt wurde.

Einleitung

Die Faszination therapeutischer Berufe begründet sich wohl hauptsächlich in dem ehrfürchtigen Erleben der Einzigartigkeit des menschlichen Organismus und den individuellen Ausprägungen seiner Persönlichkeit.

Erklärtes Ziel therapeutischen Denkens und Handelns ist die respektvolle Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Stabilität und Integrität eines biologisch ganzheitlichen Systems, also der Persönlichkeit in ihrer Geist-Körper-Seele- Einheit.

In dem Wissen um diese Komplexität bildeten sich in der Vergangenheit spezielle medizinische Fachgebiete heraus, die ihre Aufgaben und Wirkungsbereiche definierten und deren Spektren therapeutischer Intervention unterschiedlich groß sind. Während einige Fachbereiche den Focus z.B. auf körperliche Funktionen ausrichten, setzen andere bei Diagnostik und Therapie den Schwerpunkt das Arbeiten nach dem Ganzheitsprinzip und den Gesetzmäßigkeiten der Natur.

Die Komplementärmedizin gliedert sich hier ein. In dieser Fachrichtung arbeiten Therapeuten aus den nicht- ärztlichen und ärztlichen Heilberufen.

Um den medizinischen Erfahrungsschatz sowie die wissenschaftliche Erkenntnisse aller Fachbereiche zu erhalten, nachvollziehbar, transparent und prognostisch nutzbar machen zu können , scheint eine allgemeingültige Systematisierung und Strukturierung in unserem Gesundheitssystem notwendig zu sein.

Im Bundesgesundheitsbericht von 1998 heißt es:

"In Deutschland ist wie in anderen westlichen Industrieländern in den letzten Jahrzehnten die Lebenserwartung gestiegen, gleichzeitig hat sich die Säuglings- und Müttersterblichkeit verringert, und die Bedrohung durch schnell verlaufende, oft tödliche Infektionskrankheiten ist gesunken. Dagegen haben die chronisch-degenerativen Krankheiten zugenommen, bei denen z. Z. keine Heilung möglich ist.

Mit der wachsenden Bedeutung chronischer, nicht heilbarer Erkrankungen und Behinderungen wird die Gesundheitserwartung immer wichtiger, auch für die Forschung und im Bereich der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung.“ (BUNDESGESUNDHEITSBLATT 1998)

Das gesetzte Ziel der Bundesregierung 1998, aber auch der WHO, ausgedrückt im Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ aus dem Jahre 2005 ist die Anpassung der Maßnahmen von Prävention und Versorgung an die Veränderungen der Volksgesundheit. Voraussetzung ist die Erfassung des „Ist-Zustandes“, mit der Forderung nach Repräsentativität der Daten um anschließend Maßnahmen zur Zielerfüllung einleiten zu können. Diese Vorgehensweise entspricht der Arbeitsweise des Qualitätsmanagements (QM).

Im Rahmen der KiGGS (KINDER- UND JUGENDSURVEY 2003-2006), eine repräsentative Studie zur Erfassung der Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland, wurde diese Vorgehensweise zum zentralen Ausgangspunkt: “Daten für Taten! Es war klar, dass Schlussfolgerungen und die weitere Planung in außerordentlicher Weise von der Qualität und Repräsentativität der Daten abhängen würde...KiGGS verbindet in vorbildlicher Weise die Forderung nach der Verknüpfung von Informationen aus so genannten „health interview surveys“, d.h. Befragung von Stichproben aus der Bevölkerung ...und den „health examination surveys“, bei denen die Teilnehmer persönlich ärztlich untersucht wurden...” (BUNDESGESUNDHEITSBLATT 2007)

Ungefähr 18.000 Kinder und Jugendliche aus 167 Orten Deutschlands nahmen an der dieser Studie teil. Der wertvolle Datenpool entstand aus 4 Quellen: Laboraten, ärztlichen Befunden, Befragung der Eltern und Befragungen von Kindern. Um die Repräsentativität der Daten zu gewährleisten war es notwendig, diesen Survey unter den Aspekten des Qualitätsmanagements durchzuführen.

Für diesen Survey wurden vielfältige Einzelziele formuliert, die auf dem aktuellen Wissensstand notwendig und bei beschränkten Ressourcen auch erreichbar erschienen. Beginnend bei der Planung, über die Finanzierung die Schaffung der erforderlichen Strukturen, die Durchführung bis hin zu den erwarteten Ergebnissen gibt es vorgegebene Zielstellungen, die im Nachgang eine Messung der erreichten Qualität möglich machen. (KURTH, 2007)

Hintergrund und Stand des Wissens

Geschichte des Qualitätsmanagements (QM)

Bereits im 19. Jahrhundert wurden, besonders in der britischen Wirtschaft, Gedanken zum Thema Standardisierung und Qualität geäußert.

Im Jahre 1887 führte das britische Parlament den Warenhinweis „Made in Germany“ ein, um die englischen Originale von „minderwertigen“ deutschen Kopien zu unterscheiden. Dank der in Deutschland geführten Normierungs- und Standardisierungspolitik, intensiv seit der Gründung des Deutschen Institutes für Normierung (DIN) 1917 betrieben, entwickelte sich u.a. dieser Warenhinweis zu einem bedeutenden Qualitätsmerkmal.

Nach dem Vorbild des DIN engagierten sich weltweit Anhänger dieser Politik, vornehmlich in den USA und Japan. So tauchte nach Diskussionen diverser Ansatzmodelle Mitte der 1980er Jahre der Begriff des „Total Quality Managements“ (TQM) in der Fachwelt auf.

Die wirtschaftliche Etablierung des TQM- System beeinflusst nun auch die medizinische Qualitätsmessung. Das Total Quality Management mit seinem umfassenden Lösungsansatz für Qualitätsprobleme beruht auf diesen drei Säulen: Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.

Die Verabschiedung und Veröffentlichung der Normenreihe DIN ISO 9000 ff. im Jahre 2000 durch die International Organization for Standardization (ISO) beendete zunächst die bis dahin geführte Diskussion über Sinn und Zweck normierter Qualitätsmanagementsysteme (QM- Systeme).

Qualitätsmanagement (QM) - gesetzliche Grundlagen des Gesundheitssystems

Eine einheitliche Strategie zum Qualitätsmanagement in der Medizin wurde 1999 in der Gesundheitsministerkonferenz beschlossen. Danach sind niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations - ambulante- und stationäre Pflegeeinrichtungen zur Qualitätssicherung verpflichtet (§§135 ff SGB V und §§ 80 /80a SGB XI).

Ziel ist es, eine bestmögliche medizinische Versorgung sicherzustellen, d.h. diagnostische und therapeutische Leistungen auf höchstem Niveau mit vorausschauendem, zukunftsorientiertem Denken durchzuführen und dies durch Marketing öffentlich zu machen.

In der Fassung des Gesetzes zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitgesetz) vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1791) wurde für die Heilberufler eine gemeinsame Verpflichtung zur Qualitätssicherung (QS) verkündet. Die so genannten

Leistungserbringer sind dadurch seit 2004 gesetzlich zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Die Verpflichtung fällt auf Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. Ziel ist es, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln.

Damit fallen auch die bisher noch nicht genannten Praxen von nicht-ärztlichen Heilberuflern unter einen Status, der zuvor auf ärztliche Einrichtungen beschränkt war.

Dieser Tatsache haben Abschlussarbeiten des Kollegs für Gesundheit und Entwicklung, Schloss Seggau / Graz, bereits Rechnung getragen und die sich daraus ergebenden Konsequenzen berücksichtigt, z. B. für die gesundheitliche Situation und Krankenannamense der Klienten und Patienten Fragestellungen zu entwickeln und Antworten zu klassifizieren. Die diesbezüglichen Arbeiten von SPRANGER, 2003 und 2004 sind von den deutschen Körperschaften anerkannt und in den Weißbüchern der Kammern rezipiert.

Begriffsdefinition Qualitätsmanagement (QM)

Qualität ist die...

„Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen (DIN EN ISO 8402)“

DIN EN ISO definiert Qualitätsmanagement: „Alle Tätigkeiten des Gesamtmanagements, die im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems die [Qualitätspolitik](#), die Ziele und Verantwortungen festlegen sowie diese durch [Mittel](#) wie [Qualitätsplanung](#), [Qualitätslenkung](#), [Qualitätssicherung](#)/ [Qualitätsmanagementdarlegung](#) und [Qualitätsverbesserung](#) verwirklichen.“(DIN EN ISO 8402). Qualitätsmanagement ist kurz gesagt [Qualität](#) im [Management](#) und Management von Qualität.

Nutzen von Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Die eine vorteilhafte Nutzung des Qualitätsmanagement wird durch folgende praxisrelevante Faktoren unterstrichen:

1. Das Entstehen einer effizienten, standardisierten Organisation, in welcher Abläufe, Zuständigkeiten und Verantwortungen eindeutig festgelegt sind.
2. Die kontinuierliche Sicherung und Verbesserung der Behandlungs- und Versorgungsqualität führt u.a. zur Einhaltung von Terminen und Findung klarer Ziele.
3. Die Dokumentation des Praxis- Know- How macht z.B. Spezialwissen zugänglich und erleichtert die Einarbeitung neuer Mitarbeiter.
4. Ein wichtiger Faktor ist die Vermeidung, bzw. Reduzierung von Fehlern, was weniger Komplikationen zur Folge hat, bzw. diese völlig ausschließt.

5. Die transparente Darstellung, Nachweisbarkeit und Vergleichbarkeit der Praxisarbeit ist möglich.
Die Behandlungserfolge werden nachvollziehbar und transparent.
6. Die Steigerung der Zufriedenheit der Mitarbeiter und Praxisleitung beeinflusst positiv das Praxisklima.
7. Die Zufriedenheit der Patienten wird gesteigert, was u.a. am Wettbewerbsvorteil ablesbar ist.

Das „Total Quality Management“ (TQM) und die Dimensionen der Qualität

Das umfassende Qualitätsmanagement fokussiert alle Bereiche eines Unternehmens/einer Praxis und beschränkt sich nicht nur auf die Dienstleistung bzw. Behandlung.

Definition von TQM:

- 1) „Auf die Mitwirkung aller ihrer Mitglieder
- 2) gestützte Managementmethode einer Organisation,
- 3) die Qualität in den Mittelpunkt stellt und
- 4) durch Zufriedenheit der Kunden auf
- 5) langfristigen Geschäftserfolg sowie auf
- 6) Nutzen für die Mitglieder der Organisation und
- 7) für die Gesellschaft zielt“

(DIN EN ISO 8402)

Um dieses umfangreiche Qualitätsmanagement umsetzen zu können, empfiehlt sich der Ansatz von Avedis Donabedian, der die Dimensionen der Qualität in drei große Bereiche unterteilt. Der Ansatz zur Beschreibung von Qualität basiert auf der Unterteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Strukturqualität

(Struktur)

Inhalte:

- persönliche Elemente: Art, Anzahl des Personals, dessen Ausbildung und fachliche Qualifikation
- materielle Elemente: Art und Umfang der materiellen Ausstattung
- organisatorische Elemente: strategische Planung
Praxisorganisation(z.B. Aufnahme des Patienten)
- Systemelemente: Finanzierung, gesetzliche und gesellschaftliche Einbindung, Öffentlichkeitsarbeit

**Prozessqualität
(Prozedur)**

Inhalte:

- sach- und fachgerechte Durchführung von Diagnose und Therapie (Anamnese, Behandlungspfade, Checklisten)
- Patienten- Therapeuten Beziehung
- interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation

**Ergebnisqualität
(Determinismus)**

Inhalte:

- objektive Auswertung- Gesundheitszustand (Heilerfolge, Komplikationen, Behandlungsdauer)
- subjektive Auswertung- Gesundheitserwartung (Patientenbefragung/subjektives Befinden)
- Fehlermanagement, Beschwerdemanagement, Kosten- und Zeitmanagement

Die 3 Komponenten des TQM können voneinander getrennt werden, greifen jedoch gleichzeitig so stark ineinander, dass sie letztendlich immer wieder einer übergreifenden Betrachtung als Gesamtkonzept bedürfen. Anhand dieser Merkmale wird deutlich, warum Qualität überhaupt zu einer Management- Aufgabe wird.

Ein Beispiel retrospektiver Beschreibung von Behandlungskriterien unter Beachtung der Dimensionen der Qualität findet sich im Anhang dieser Arbeit.

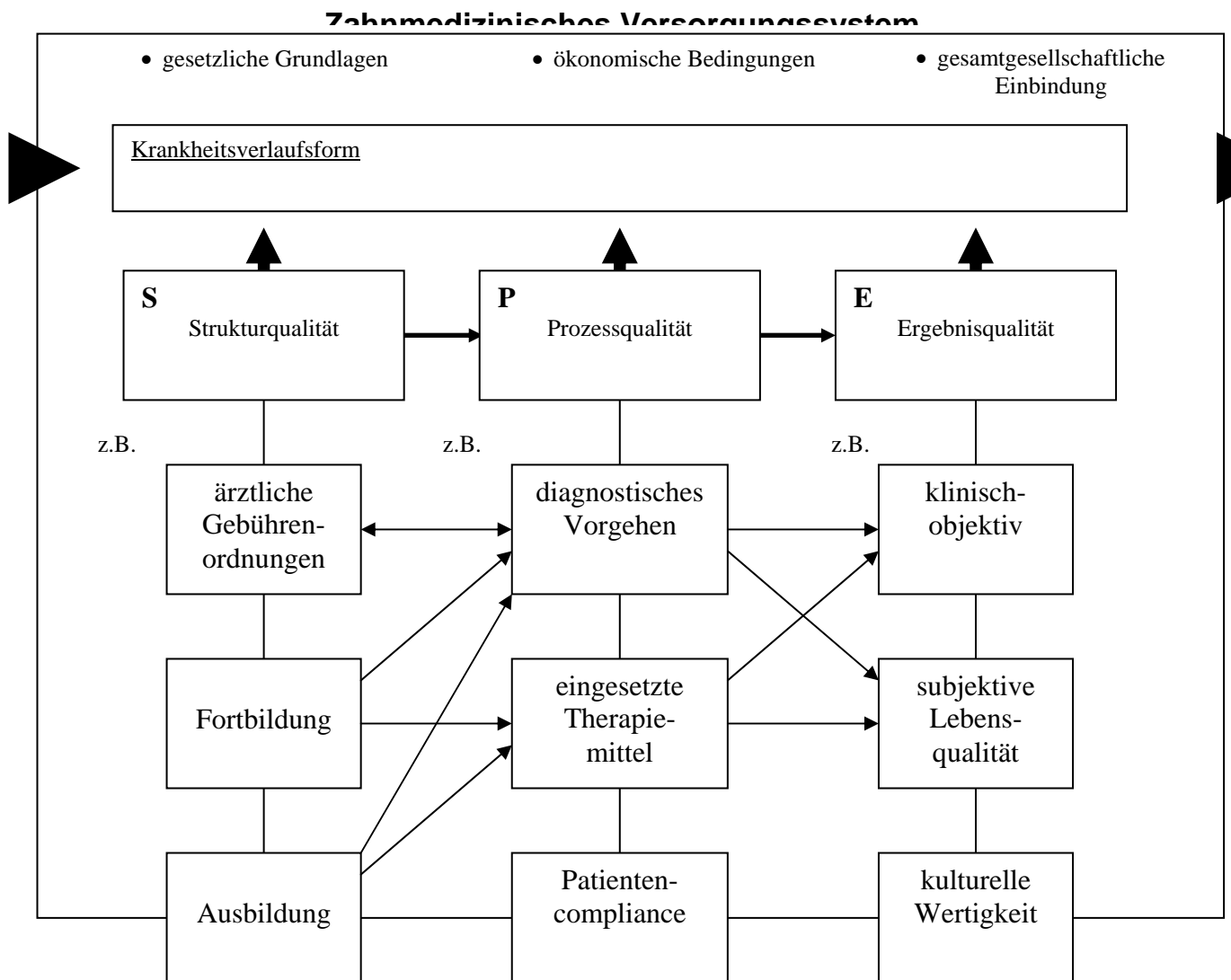


Abb.1: Zusammenspiel ausgewählter Qualitätsfaktoren im Versorgungsprozess

(INSTITUT DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE, Hrsg.,1995)

Der PDCA- Zyklus im Qualitätsmanagement

Der PDCA- Zyklus oder auch Deming- Kreis genannt, ist ein wesentlicher Bestandteil des modernen Qualitätsmanagements. William Edwards Deming (1900- 1993) war ein amerikanischer Physiker und Statistiker; der durch sein Wirken maßgeblich den heutigen Stellenwert des Qualitätsmanagement beeinflusst hat.

Vier Komponenten bilden den PDCA- Zyklus:

Plan

Komplette Planung des jeweiligen Prozesses vor seiner Umsetzung

Do

Einführung und Umsetzung des Prozesses nach Plan

Check

Überprüfung von Prozesslauf und Prozessergebnisse, Abweichungen werden durch die Ist- Soll- Abgleichung identifiziert

Act

Feststellung der Ursachen, Beseitigung der Abweichungen, der Prozess wird, unter Berücksichtigung des PDCA- Zyklus, neu aktiviert

Die Anwendung des Deming- Kreises bildet die Grundlage für viele, heutzutage genutzte Qualitätsmanagement (QM)- Systeme.(LIPP 2003)

Der PDCA- Zyklus ermöglicht, über eine differenzierte Erarbeitung der unter „plan“ beschriebenen Kriterien Behandlung und Betreuung zu planen, sie strukturiert durchzuführen und den Erfolg messbar zu gestalten.

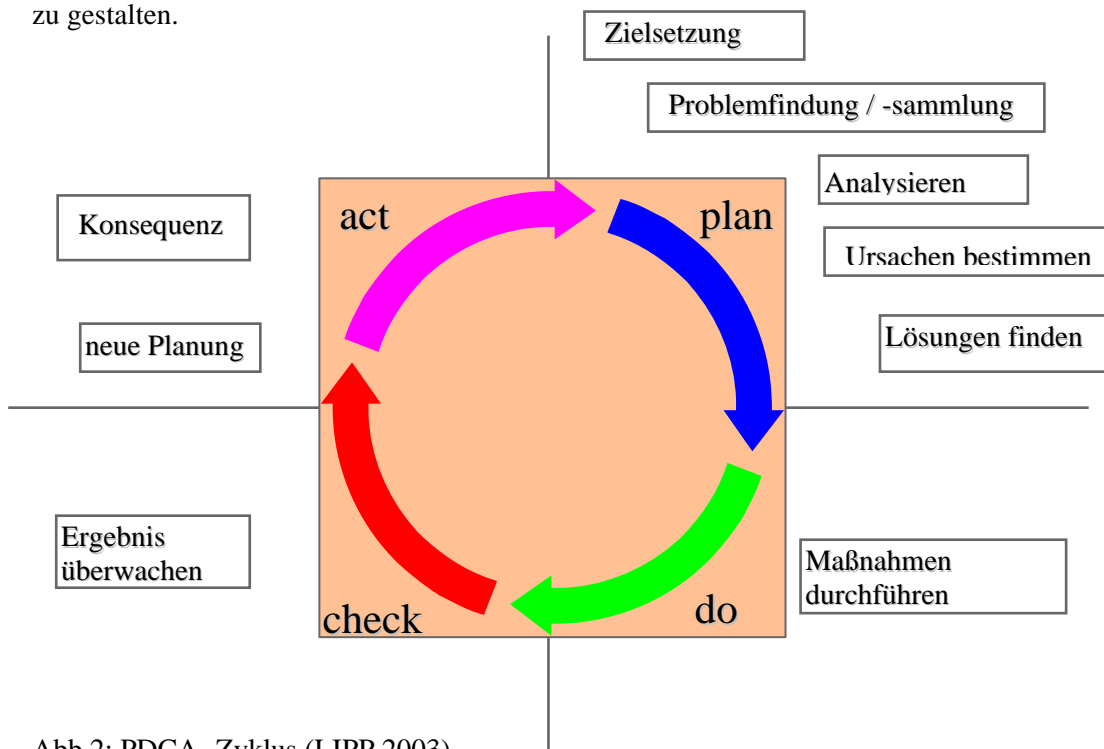


Abb.2: PDCA- Zyklus (LIPP 2003)

Begriffsdefinition Anamnese

Im Rahmen der Anamnese (griech. anamnesis = „Erinnerung“) werden die Vorgeschichte sowie aktuelle Beschwerden des Erkrankten bzw. Gesundheitsgestörten aus Angaben des Patienten oder dessen Betreuungsperson (Fremdanamnese) erfragt. Die Erfassung vegetativer Funktionen (Stuhlausscheidungen, Schlafverhalten ect.), die Familienanamnese, Medikamentenanamnese und die biographische Anamnese gehören ebenso dazu.

Vorrangig komplementärmedizinisches Personal legt zusätzlich großen Wert auf die Erfassung der sozialen Integration und das seelisch geistige Gesundheitsempfinden des Patienten. Umfang und Art der Anamnese variieren stark in den einzelnen medizinischen Fachrichtungen.

In der „Schul“- Medizin wird zur Erhebung der Diagnostik und Durchführung der Therapie, der Prävention und der Rehabilitation das anamnestische Profil vornehmlich durch die „Allgemeine Anamnese“ erstellt, die gesundheitliche Schäden und deren Folgen signalisiert. (SPRANGER 2003)

Die „Allgemeine Anamnese“ verfolgt vornehmlich zwei Ziele, die Erfassung von „Risikopatienten“, bei denen heilberufliche Interventionen mit besonderer Vorsicht verbunden sind und die Einschätzung von Risikofaktoren, die eine lokale Gesundheitsstörung auslösen können.

Diese Anamnese zur Vermeidung von Notfällen hat in der Praxis aller Heilberufler einen sehr hohen Stellenwert, wobei im Vordergrund des qualitätsorientierten heilberuflichen Handelns die Dokumentation steht. Ein wichtiges Instrument der modernen Evidence Based Medicine (EBM) ist hier ein standardisiertes Dokumentationsmaterial als alltäglicher praktischer Teil der Strukturqualität im Rahmen der Qualitätspflege.

Die Historie und Vitae des Klienten bzw. Patienten ist vor allem für die Einschätzung ihrer Konsequenzen sowohl für Befunderhebung, als auch für Therapieansatz und Prognose des Patienten selbst wichtig. Diese ist aber auch für Vorsichtsmaßnahmen vor, während und nach der medizinischen, zahnärztlichen und komplementärmedizinischen Versorgung, die als strukturelle, prozedurale und sogar deterministische Kriterien in Beziehung zur therapeutischen Intervention stehen. Meist sieht auch der Patient sein augenblickliches Beschwerdebild als von vorrangiger Bedeutung an, auf das umgehend eingegangen werden sollte. Dabei geraten sehr wichtige Merkmale von Gesundheitszuständen der Patienten aus deren Vergangenheit in Vergessenheit, so dass sich Heilberufler und Patient unmittelbar der augenblicklich vorrangig erscheinenden Leistung zuwenden, trotz Kenntnissen über frühere Gesundheitsstörungen unterschiedlicher Genese. Da sehr viele Befundbesonderheiten eine bedeutungsvolle Vorgeschichte haben, entstehen Defizite in der Anamneseerhebung am Patienten, die vermeidbar wären.

In einem der bekanntesten Lehrbücher der Inneren Medizin (FRITZE 1985) wird dargestellt, dass bis zu „70% aller Diagnosen allein oder überwiegend aufgrund anamnestischer Angaben erstellt werden“. Das heißt, dass das zu ermittelnde Gespräch mit dem Klienten bzw. Patienten zu einer Diagnose- und Therapie bestimmenden Aufgabe zu qualifizieren ist. Dabei ist zu berücksichtigen, welche Informationen aus dem Erleben oder dem Lebensstil des Klienten, bzw. Patienten im derzeitigen Rahmen der professionellen Sorge um ihn von Bedeutung sein könnte. Der Heilberufler wird sich nicht nur auf die typischen Symptomzusammenhänge stützen, sondern das Wissen um das bisherige Leben des Patienten vertiefen.

Ziel ist es, diese Wertbestimmungen auf praktizierende nicht ärztliche Heilberufler auszudehnen. Damit wird dann eine bestmögliche medizinische Versorgung sichergestellt. Diagnostische und therapeutische Leistungen können so auf höchstem Niveau mit vorausschauendem Denken durchgeführt werden. Der daraus resultierende Handlungsbedarf ist im Interesse der gesamten medizinischen Fachwelt zu verdeutlichen.

Die praktischen Erfahrungen der Autorin in einer nicht ärztlichen Heilberuflerpraxis (Praxis für Naturheilkunde und Chiropraktik) bestätigen die außerordentliche Bedeutung des praktischen Ansatzes der Qualitätssicherung. Damit kristallisiert sich die Anamnese als Schwerpunkt für die Qualitätspflege zur Verbesserung heilberuflicher Möglichkeiten im Sinne des Patientenschutzes sowie dem Gerechwerden der Verantwortlichkeit der nicht ärztlichen Heilberufler heraus.

Voltaire sagte einmal: "Wir sind verantwortlich für das, was wir tun, aber auch für das, was wir nicht tun."

Ziel dieser Arbeit

Die, bereits erwähnte, Verpflichtung zum Qualitätsmanagement bedarf Grundlagen, die im Rahmen der Qualitätspflege erarbeitet und entwickelt werden müssen.

In der vorliegenden Arbeit soll die Bedeutsamkeit der Anamnese im Sinne einer Abfangstrategie und Optimierung voraussetzungsorientierter Qualitätspflege und ihrer bedarfsorientierten, standardisierten Dokumentation in den nicht ärztlichen Heilberufen herausgearbeitet werden.

Begriffsdefinition Standard

Ein Standard bezeichnet einen Maßstab bzw. eine Norm und bedeutet standardisieren: vereinheitlichen, Vereinheitlichung fester Maßstäbe.

Qualitätsstandards und Leistungsstandards gehören zur Qualitätssicherung (QS).

QM-Standards sind Dokumente und haben anweisenden als auch nachweisenden Charakter.

Ein Standard bezeichnet also die genaue Summe oder Menge, die ein angemessenes, akzeptables oder optimales Niveau der Qualität angibt.

Die Standards medizinischer Tätigkeit, auch dort als Leitlinien bezeichnet, sind das eigentliche Beurteilungsinstrument der Qualitätsmessung. Durch den Standard wird die zu erwartende Qualität festgelegt.

Das bedeutendste Problem in der Formulierung von Standards ist die Festlegung des Maßstabs, an dem sie sich orientieren. Der „ideale Standard“, d.h. immer richtiger bzw. allgemeingültiger Standard dürfte kaum ermittelbar sein. Was zunächst „ideal“ erscheint, kann sich später als unzureichend herausstellen. Hinzu kommt, dass der Stand der Wissenschaft, an dem sich ein idealer Standard ausrichten müsste, kontrovers ist. Der an diesem Maßstab gemessene „ideale“ Standard unterliegt also der Änderung in Abhängigkeit von der herrschenden Lehrmeinung, sollte aber tatsächlich eine uneingeschränkte und dauerhafte Zustimmung erfahren. (KALTENBACH 1991)

Eine pragmatische Lösung dieses Problems, die zur Formulierung von Standards notwendig ist, liegt somit in „nicht absoluten“ Standards, die Ausnahmen zulassen oder berücksichtigen.

Forschungsfragen

Sind standardisierte Dokumentationsbögen zur Qualitätspflege im Hinblick auf die Anamneseerhebung der physischen und psychischen Gesundheit in einer nicht ärztlichen Heilberufpraxis nutzbar?

Welche Kriterien sollten zur Erhöhung der Transparenz und Reproduzierbarkeit der Qualitätspflege besondere Beachtung finden?

Ist auch in einer nicht ärztlichen Heilberufpraxis die Beurteilung der Behandlungsqualität unter den Qualitätsmanagementkriterien möglich?

Methodik

Auf Grund der o.g. gesetzlichen Verpflichtung zum Qualitätsmanagement arbeiten bereits nicht ärztliche Therapeuten intensiv an der Optimierung von Anamnesebögen. Eine führende Position nehmen hier die Homöopathischen Fachverbände ein, gefolgt von der Logopädie und der Geburtshilfe (Hebammen). In den einzelnen Fachbereichen werden einheitliche Dokumentationsbögen, so vorhanden, größtenteils allerdings eher als Richtlinie denn als alltäglicher praktischer Teil der Strukturqualität genutzt. Einen standardisierten Patientenfragebogen, der auch die Anamnese zur Vermeidung von Notfällen beinhaltet, gibt es momentan in den nicht ärztlichen Heilberufen nicht.

Material zur Datenerhebung

In den ärztlichen Heilberufen befinden sich Erhebungsbögen zur Erfassung von Risiken, insbesondere sind hier die Dokumentationsbögen aus der Rettungsmedizin zu nennen. Diese sind allerdings als Checklisten zur Einschätzung der Risiken angelegt.

Die Verfasserin entschied sich im Rahmen dieser Studie zur Nutzung des Risiko-Anamnesebogen des EMRRH (EUROPEAN MEDICAL RISK RELATED HISTORY, WHO- COUNCIL AMSTERDAM) mit der Risikobewertung im ASA score (American Society of Anesthesiology) zur Rohdatensammlung der physischen Gesundheit genutzt. Die Fragestellungen sind ohne Fachtermini formuliert worden, für den Befragten ist er gut lesbar und handhabbar und er besitzt eine gute Reliabilität. Dieser Befragungsbogen erfüllt die Kriterien der Transparenz und Reproduzierbarkeit im Sinne des Qualitätsmanagement.

Da nicht selten als gesund geltende Patienten nicht ärztliche Heilberufpraxen aufsuchen, wird, um das individuelle Erleben und Gesundheitsempfinden des Patienten erfassen zu können, ein weiterer standardisierter Dokumentationsbogen genutzt.

Es bietet sich hier der SOC- Fragebogen (SOC= Sense of Coherence) von Aaron Antonovsky an.

Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei eng verbundenen Komponenten zusammen:

- Verstehbarkeit (comprehensibility) bezeichnet das Ausmaß, in dem Reize, Ereignisse oder Entwicklungen als strukturiert, geordnet und vorhersehbar wahrgenommen werden.
- Handhabbarkeit (oder Bewältigbarkeit) (manageability) bezieht sich auf das Ausmaß, in dem eine Person geeignete personale und soziale Ressourcen wahrnimmt, um interne und externe Anforderungen bewältigen zu können.

- Sinnhaftigkeit (oder Bedeutsamkeit) (meaningfulness) schließlich meint das Ausmaß, in dem eine Person ihr Leben als sinnvoll empfindet und zu mindestens einige der vom Leben gestellten Anforderungen als Herausforderungen betrachtet, die Engagement und Investitionen wert sind.

Das Kohärenzgefühl entwickelt sich unter konkreten sozialen und kulturellen Kontextbedingungen auf der Basis spezifischer Lebenserfahrungen und stellt eine zentrale Komponente in Antonovsky's Theorie der Salutogenese dar. SCHUMACHER, 2000

EMRRH, ASA- score und SOC werden in dieser Arbeit als aussagefähige Parameter genutzt.

Ihre Erklärungen werden in Relation zum tatsächlichen Ablauf der Sorge um die Patienten, aber auch zu prospektiven Wertungen genutzt.

Beide Fragebögen sind im Anhang dieser Arbeit einzusehen.