

# Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik



**BASISINFORMATIONEN –**  
Beratung in der Pränataldiagnostik

**DAS MODELLPROJEKT –**  
Rahmenbedingungen und Ablauf

**INTERPROFESSIONELLE QUALITÄTSZIRKEL KONKRET –**  
Gruppenarbeit vor Ort

**EVALUATION –**  
ausgewählte Ergebnisse

**ERKENNTNISSE AUS DER FELDPHASE –**  
Perspektiven

**Bibliographische Information der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet unter <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-937707-35-8

**Herausgeberin:**

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
Ostmerheimer Str. 220  
51109 Köln  
Tel. 0221 8992-0  
[www.sexualaufklaerung.de](http://www.sexualaufklaerung.de)

**Redaktion:**

Birgit Gaschina-Hergarten

**Konzept, Lektorat und Gestaltung:**

Kühn Medienkonzept & Design GmbH, Hennef

**Druck:**

Rasch, Bramsche

**Auflage:**

1.3.10.08

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wird von der BZgA gegen eine Schutzgebühr abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Schutzgebühr 20 €

**Bestelladressen:**

Per Post: BZgA, 51101 Köln

Per Fax: 0221 8992-257

Per E-Mail: [order@bzga.de](mailto:order@bzga.de)

Bestellnummer: 13300030

**BAND 30**

**FORSCHUNG UND PRAXIS DER SEXUALAUFKLÄRUNG UND FAMILIENPLANUNG**

# **INTERPROFESSIONELLE QUALITÄTSZIRKEL IN DER PRÄNATALDIAGNOSTIK**

RITA KUHN, ULRIKE SCHMIDT, AXEL DEWALD,  
ANETTE BRUDER, BJÖRN JUNG,  
OTTOMAR BAHRS UND ASTRID RIEHL-EMDE



# INHALT

Vorwort

Einführung – Aufbau und Inhalte

## **BASISINFORMATIONEN – BERATUNG IN DER PRÄNATALDIAGNOSTIK** **10**

Spannungsfeld Pränataldiagnostik  
Beratungsangebote im Bereich der PND  
Verbesserung der Beratungsqualität durch Förderung von Kooperation  
Qualitätszirkel als Instrument zur Förderung der Kooperation

## **DAS MODELLPROJEKT – RAHMENBEDINGUNGEN, ABLAUF UND BEGLEITFORSCHUNG** **36**

Rahmenbedingungen des Modellprojekts  
Ablauf des Modellprojekts  
Begleitforschung

## **INTERPROFESSIONELLE QUALITÄTSZIRKEL KONKRET – GRUPPENARBEIT VOR ORT** **60**

Überblick über die durchgeführten Sitzungen  
Falldarstellung – ausgewählte IQZ-Sitzungen  
Moderationsschulung – Begleitseminare als IQZ zweiter Ebene  
Falldarstellungen der Moderierenden  
Bewertung der Begleitseminare

## **EVALUATION – AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE** **164**

Eckdaten zu den Erhebungen  
Die beteiligten Berufsgruppen  
Prä- und Postbefragung – Ergebnisevaluation  
Prä- und Postbefragung – Bewertung der Qualitätszirkelarbeit  
Prozessevaluation der IQZ-Durchführung  
Zusammenfassung der Ergebnisse zur Umsetzung des Qualitätszirkelkonzepts

## **ERKENNTNISSE AUS DER FELDPHASE – PERSPEKTIVEN** **250**

Effekte des Modellprojekts und der Arbeit im IQZ  
Empfehlungen für die Implementierung von IQZ im Kontext von PND  
Spannungsfelder in der PND-Beratung  
Handlungsempfehlungen für die Beratungspraxis im Kontext von PND

## **ANHANG** **306**

Prüfung der Handlungsempfehlungen durch die Moderierenden –  
Vorgehensweise, Auswertung und Ergebnisse  
Instrumente der Begleitforschung  
Online-Dokumente  
Übersicht über die bearbeiteten Fallvorstellungen aller Standorte  
Literatur



## VORWORT

Im Rahmen der Schwangerenvorsorge werden vorgeburtliche Untersuchungen und Maßnahmen (Pränataldiagnostik) angeboten mit dem Ziel, mögliche Fehlbildungen oder komplexe Erkrankungen des Kindes zu erkennen bzw. auszuschließen. werdende Eltern müssen sich mit der Frage auseinandersetzen, ob und in welchem Umfang sie die Pränataldiagnostik durchführen lassen, wie sie eine verantwortliche Entscheidung fällen. Kommt es bei Inanspruchnahme von pränataldiagnostischen Maßnahmen zu einem auffälligen oder gar positiven Befund, sind für die Betroffenen hohe psychische Belastungen zu bewältigen: Im besten Fall können frühzeitig therapeutische Maßnahmen geplant werden. Ist das aufgrund von Diagnose und Prognose nicht möglich, geraten die werdenden Eltern häufig in eine schwere Konfliktsituation, auf die sie nicht vorbereitet sind, sofern sie nicht von einem Beratungsangebot Gebrauch gemacht haben.

Verschiedene medizinische und nicht-medizinische Fachgesellschaften fordern eine Veränderung des Beratungsangebotes – eine Ausweitung der medizinischen (einschließlich der humangenetischen) Beratung und eine Intensivierung der psychosozialen Beratung. Damit einhergehend muss sowohl die Akzeptanz der psychosozialen Betreuung (bei Betroffenen und bei den an der Beratung beteiligten Professionen) erhöht werden als auch eine bessere Vernetzung der vorhandenen Angebote erreicht werden.

Vor diesem Hintergrund förderte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung das Modellprojekt „Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“ (IQZ). Über einen Zeitraum von vier Jahren wurden an sechs ausgewählten Standorten (Heidelberg, Mannheim, Freiburg, Erfurt, Schwerin und Augsburg) interprofessionelle Qualitätszirkel initiiert, wissenschaftlich begleitet und Erkenntnisse aus der Arbeit gewonnen. In den IQZ arbeiteten Fachkräfte aus medizinischer und psychosozialer Beratung zusammen. Zielsetzung war es, die Kooperation zwischen den beiden Berufsgruppen zu unterstützen und zu verbessern sowie die Voraussetzungen für eine selbstverständliche Verweisungspraxis zwischen medizinischer und psychosozialer Beratung zu etablieren.

Die vorliegende Publikation gibt Einblick in die interprofessionelle Qualitätszirkelpraxis; exemplarische Darstellungen ausgesuchter Zirkelsitzungen veranschaulichen Probleme im Arbeitsfeld Pränataldiagnostik und machen mit dem Konzept der IQZ-Arbeit vertraut. Darüber hinaus werden die wichtigsten Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung vorgestellt. Das Modellprojekt entsprach dem Bedarf der ärztlichen und psychosozialen Beratungskräfte. Dafür spricht vor allem die Tatsache, dass die meisten Zirkel ihre Arbeit auch nach der Modellphase weiterführen. Es hat sich für die Teilnehmenden gezeigt, dass die Zusammenarbeit von Fachkräften der relevanten Berufsgruppen mit dieser Maßnahme verbessert werden konnte. IQZ-Arbeit ermöglicht, in einem schwierigen Tätigkeitsfeld anhand von (Fall)Diskussionen gemeinsam Lösungsstrategien zu entwickeln und das berufliche Handeln zu überprüfen bzw. zu professionalisieren, und IQZ-Arbeit gibt den Teilnehmenden darüber hinaus Gelegenheit Verantwortung zu teilen sowie emotionale Entlastung zu erfahren.

Die Erfahrungen aus dem Projekt sollen dazu beitragen, interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik an möglichst vielen Standorten zu implementieren. Dieses Heft wendet sich daher an alle, die in der Qualitätszirkelarbeit eine Chance zur Fortbildung und Qualitätssicherung der eigenen Arbeit im Bereich PND sehen.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
Köln 2008

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

---

A	AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
	Ä	Ärzteschaft

---

B	BÄK	Bundesärztekammer
	BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
	BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

---

D	DS	Down-Syndrom
---	----	--------------

---

G	GB	genetische Beratung
---	----	---------------------

---

I	IGeL	individuelle Gesundheitsleistung
	IQZ	interprofessionelle Qualitätszirkel

---

P	PB	psychosoziale Beratung
	PND	Pränataldiagnostik

---

S	SchKG	Schwangerenkonfliktgesetz
	Sign.	Signifikanz
	SS	Schwangerschaft
	SSA	Schwangerschaftsabbruch
	SSW	Schwangerschaftswoche
	StGB	Strafgesetzbuch
	SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

---

U	UFK	Universitätsfrauenklinik
	US	Ultraschall

## EINFÜHRUNG – AUFBAU UND INHALTE

Die vorliegende Publikation ist in fünf in sich geschlossene Teile und den Anhang gegliedert.

### TEIL 1

Teil 1 umfasst Hintergrundinformationen zum Thema „Beratung in der Pränataldiagnostik (PND)“. Er beschäftigt sich damit, wie Schwangere vor, während und nach PND betreut werden, wo die Versorgungssituation Lücken aufweist und wie diese Lücken geschlossen werden könnten.

An der Versorgung Schwangerer sind vor allem zwei Berufsgruppen beteiligt, nämlich Fachleute aus der Medizin und der psychosozialen Beratung. Da die Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen ihnen aus vielen Untersuchungen bekannt ist, wird nach neuen Wegen gesucht, die beiden Berufsgruppen zu einer selbstverständlicheren Arbeit miteinander zu motivieren. Hier bieten Qualitätszirkel eine Chance. Qualitätszirkelarbeit bringt eine „Arbeitsstruktur“ mit sich, mit der Kooperationen gefördert werden können. Sie diene daher im hier dargestellten Modellprojekt als Instrumentarium, um die beiden Berufsgruppen zusammenzubringen, mit dem Ziel, die spezifischen Kompetenzen der jeweils anderen Berufsgruppe kennen und schätzen zu lernen. Das Qualitätszirkelkonzept ist eine erprobte Form der Qualitätssicherung, die durch offenen und strukturierten Erfahrungsaustausch spezifische Lern- und Bildungsprozesse ermöglicht. Mit Qualitätszirkelarbeit wird in den einzelnen Arbeitsgruppen unter Anleitung von geschulten Moderationskräften zum einen die „Güte“ des beruflichen Alltagshandelns überprüft, zum anderen finden durch die gemeinsame Arbeit ein Wissenstransfer und eine Anregung zur Kooperation in der Praxis statt.

### TEIL 2

Im zweiten Teil wird die Anlage des Modellprojekts „Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“ vorgestellt. Die Zielsetzung, die Aufgaben der Projektbeteiligten, das Untersuchungsdesign der Begleitforschung und der Ablauf des Projekts sind Inhalt dieses Teils.

Ziel des Projekts ist die Förderung der Zusammenarbeit zwischen Medizin und psychosozialer Beratung im Bereich PND. Dafür wurden an sechs Standorten in Deutschland Arbeitsgruppen aus den genannten Fachkräften gebildet, die sich im Projektzeitraum regelmäßig trafen, um mit Hilfe der Arbeitsstruktur „Qualitätszirkel“ die Tätigkeitsbereiche der jeweils anderen Berufsgruppe kennen zu lernen, Defizite in der Versorgung Schwangerer zu entdecken, Lösungsstrategien zu entwickeln und in das Alltagshandeln zu integrieren.

Der spezielle Ansatz liegt darin, das eigene berufliche Handeln kritisch zu hinterfragen und mit der Gruppe gemeinsam nach Lösungen für die Beratungspraxis vor Ort zu suchen. Die Effektivität der Qualitätszirkelarbeit lässt sich daran messen, inwieweit die Mitglieder Lösungen zur besseren Versorgung von Schwangeren entwickeln und umsetzen können. Diese Konzeption stellt insofern ein Novum dar, als im Modellprojekt Fachkräfte aus Medizin und psychosozialer Beratung im Rahmen einer struk-

turierten Fortbildungsmaßnahme in interprofessionellen Gruppen gearbeitet haben. Diese Zusammenarbeit hatte zum Ziel, Kooperationsstrukturen zwischen den beiden Berufsgruppen zu entwickeln und zu etablieren. Daher war es umso wichtiger, die Effekte des Projekts auf verschiedenen Ebenen zu überprüfen. Die Begleitforschung erfolgte daher aus mehreren Blickwinkel: Zwei Teams mit unterschiedlichem Schwerpunkt waren involviert: Das Team der Universität Heidelberg untersuchte vor allen Dingen Veränderungen in Einstellungen und Haltungen der am Beratungsprozess Beteiligten, während das Team der Universität Göttingen die Wirkung und Akzeptanz des Qualitätszirkelansatzes überprüfte.

### TEIL 3

Teil 3 gibt Einblick in die konkrete Arbeit der Gruppen vor Ort und die Bearbeitung von beruflichen Alltagssituationen, die im interprofessionellen Qualitätszirkel (IQZ) vorgestellt wurden. Mit Hilfe der zur Verfügung stehenden Instrumente der Begleitforschung konnten ausgewählte Treffen der IQZ dokumentiert werden. Anhand von Protokollen der Moderierenden und Dokumentationen der teilnehmenden Beobachtung sowie Befragungen der Teilnehmenden nach Abschluss der Sitzung lassen sich Arbeitsweise im IQZ, berufliche Herausforderungen, Lösungsansätze für Problemsituationen und berufliches Alltagshandeln beider Berufsgruppen authentisch darstellen. Sechs Falldarstellungen und die Auseinandersetzung des jeweiligen Qualitätszirkels mit der individuellen Problemlage innerhalb eines „Falls“ veranschaulichen die systematische Bearbeitung im IQZ und die verschiedenen Aufgabenfelder im Zusammenhang mit PND. An den Falldarstellungen wird deutlich, dass sowohl medizinische als auch psychosoziale Kenntnisse und Fähigkeiten erforderlich sind, um schwangere Frauen gerade im Zusammenhang mit PND adäquat zu betreuen.

Auch einige Beispiele aus den Begleitseminaren zeigen, wie durch die Anwendung des IQZ-Konzepts für die Moderierenden problematische Situationen bewältigt werden konnten, die an den verschiedenen Standorten auftauchten. Die Begleitseminare wirkten so als IQZ zweiter Ebene.

### TEIL 4

Ausgewählte Ergebnisse der Evaluation finden sich in Teil 4 des Heftes. Die Eingangsbefragung der am Projekt Teilnehmenden umfasst soziodemografische Daten sowie Angaben zu Einstellungen gegenüber der anderen Berufsgruppe und Merkmalen des beruflichen Alltags. Zusätzlich klärt die Präbefragung die bisherigen Erfahrungen der Teilnehmenden mit qualitätsfördernden Fortbildungen und ihre Erwartungen an die IQZ-Arbeit ab. Diese Befragung wurde nach Abschluss des Projekts wiederholt, um Veränderungen in den Einstellungen und Haltungen zu messen, aber auch um die Wirkung der IQZ-Arbeit zu überprüfen. Darüber hinaus werden die Ergebnisse der Prozessevaluation vorgestellt, die chronologisch Veränderungen durch die IQZ-Arbeit dokumentieren.

## TEIL 5

Die Quintessenz oder der „Mehrwert“ aus dem Projekt ist in Teil 5 zusammengestellt. Die Erkenntnisse aus der Feldphase werden miteinander in Bezug gesetzt und mit der Bilanzierung kristallisieren sich zukünftige Vorgehensweisen im Bereich PND-Beratung heraus. Sowohl auf dem Gebiet möglicher Kooperationen als auch in Bezug auf konkrete Handlungsempfehlungen für Medizin und Beratung lassen sich neue Wege erkennen, die die Betreuung und Unterstützung von Schwangeren im Zusammenhang mit PND-Maßnahmen verbessern können. Die wissenschaftliche Begleitung kann nachweisen, dass die Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen im IQZ Vorurteile abbaut, Zu- und Vertrauen in die Kompetenzen der jeweils anderen Berufsgruppe fördert und neue Perspektiven der Zusammenarbeit im Beratungsalltag eröffnet.

# Basisinformationen – Beratung in der Pränataldiagnostik

## SPANNUNGSFELD PRÄNATALDIAGNOSTIK

13

Pränatale Diagnoseverfahren	13
Entlastung und Belastung durch PND	14
Diagnosesicherheit	14
Das Warten auf den Befund	14
Psychische Reaktionen bei positivem Befund	15
Perspektiven	15

## BERATUNGSANGEBOTE IM BEREICH DER PND

17

Medizinische Beratung	17
Inhalte der Beratung	17
Durchführung der Beratung	17
Rolle der Hebammen	18
Psychosoziale Beratung	18
Psychosoziale Beratung – eine ungenutzte Ressource?	19
Gründe für geringe Inanspruchnahme	20
Gründe für fehlende Verweisung an Beratungs- stellen	20

## VERBESSERUNG DER BERATUNGSQUALITÄT DURCH FÖRDERUNG VON KOOPERATION

21

Kooperationsansätze	21
Ausbaufähige Kooperationsmodelle	21
Hinderungsgründe für Kooperation	21
„Mehrwert“ einer Zusammenarbeit	22
Möglichkeiten der Zusammenarbeit	22



## QUALITÄTSZIRKEL ALS INSTRUMENT ZUR FÖRDERUNG DER KOOPERATION

# 25

Was sind Qualitätszirkel?	26
Prinzipien der Qualitätszirkelarbeit	26
Arbeitsweise: Diskussion, Selbstreflexion, Perspektivenvielfalt	27
Instrumente: Dokumentation und Falldiskussion	27
Gruppendynamik: Kontinuität, Vertrauen, Kritik und Selbstkritik	28
Rahmenbedingungen: feste Termine, Zeit- rahmen, Etappenziele	29
Methode: Themenzentriertheit, Zielerarbeitung, Arbeitsplanung, Protokollierung	29
Erfolgskontrolle: Bilanzierung, Evaluation	30
Ergebnis: themenübergreifende Handlungs- konzepte	30
Der Qualitätskreislauf	31
Exkurs: „The Power of Peers“	33
Aufgaben von Moderatorinnen und Moderatoren	35



## SPANNUNGSFELD PRÄNATALDIAGNOSTIK

Der Eintritt einer Schwangerschaft ist in der Regel ein schönes Ereignis und viele Frauen bzw. Paare nehmen die erste Ultraschalluntersuchung um die zehnte Schwangerschaftswoche (SSW) herum fast selbstverständlich wahr. Dass diese erste „harmlose“ Untersuchung der Schwangerenvorsorge schon Pränataldiagnostik (PND) im weiteren Sinne ist, eventuell Hinweise auf einen auffälligen Befund und damit verbunden auch starke emotionale Belastungen mit sich bringen kann, ist vielen Paaren nicht bewusst.

### PRÄNATALE DIAGNOSEVERFAHREN

PND ist heute mehr oder weniger selbstverständlicher Bestandteil der ärztlichen Schwangerenvorsorge. Sowohl die allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen (die ersten drei Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft) als auch die weiterführenden pränataldiagnostischen Untersuchungen zum Ausschluss von Fehlbildungen im Falle von Risikoschwangerschaften sind in den so genannten Mutterschafts-Richtlinien<sup>1</sup> beschrieben.

Fachleute beobachten seit einiger Zeit eine erhebliche Zunahme der Inanspruchnahme vorgeburtlicher Untersuchungen (z. B. lassen 70 % der Schwangeren außer den drei regulären Ultraschalluntersuchungen weitere Diagnostik durchführen, zwei Drittel der über 35-jährigen Schwangeren nehmen invasive PND in Anspruch; nur 15 % verzichten ganz auf PND).<sup>2</sup> Fachleute bemängeln allerdings, dass ein erheblicher Anteil der Schwangeren nur unzureichend über Zweck, Tragweite, Aussagefähigkeit und mögliche Konsequenzen von PND beraten wird.<sup>3</sup>

Pränataldiagnostik (pränatal = vor der Geburt) bezeichnet Untersuchungen des ungeborenen Kindes und der Schwangeren während der Schwangerschaft. Sie soll dem Ausschluss von Fehlbildungen des ungeborenen Kindes dienen und bietet Schwangeren damit die Möglichkeit, Entwicklungsstörungen des Ungeborenen frühzeitig feststellen zu lassen. Gegebenenfalls kann eine Therapie oder eine adäquate Geburtsplanung unter Einbeziehung entsprechender Fachleute für die postnatale (= nach der Geburt) Versorgung des Ungeborenen erfolgen. Es wird zwischen nicht invasiver (außerhalb des Körpers vorgenommener) und invasiver (in den Körper eindringender) PND unterschieden. Zu den nicht invasiven Methoden zählen alle Ultraschalluntersuchungen und Untersuchungen des mütterlichen Blutes. Unter invasiver PND versteht man jede Maßnahme, bei der kindliche Zellen oder kindliches Gewebe durch einen körperlichen Eingriff gewonnen werden. Es stehen im Wesentlichen drei Entnahmetechniken zur Verfügung: die Amniozentese, die Chorionzottenbiopsie und die Nabelschnurpunktion. Alle diese Maßnahmen werden üblicherweise ambulant durchgeführt.

**1** Richtlinien des BUNDESAUSSCHUSSES DER ÄRZTE UND KRANKENKASSEN (1999)

**2** Vgl. z. B. BZgA (2006)

**3** RICHTER-KUHLMANN (2005)

## ENTLASTUNG UND BELASTUNG DURCH PND

Diagnostische Maßnahmen, wie Ultraschalluntersuchungen, ergeben bei der Mehrzahl schwangerer Frauen keinen pathologischen Befund und unterstützen Frauen dabei, die Schwangerschaft entspannt zu erleben. Der weitaus größte Teil aller Schwangerschaften verläuft „unauffällig“ und die regelmäßigen Untersuchungen bestätigen den erwarteten Entwicklungsstand des Kindes.

Die Möglichkeit, Pränataldiagnostik in Anspruch zu nehmen, wird von vielen Schwangeren als Entlastung empfunden.<sup>4</sup> Sie kann ihnen die Angst vor einem kranken oder behinderten Kind nehmen bzw. das Gefühl von Sicherheit, bezogen auf die Gesundheit des ungeborenen Kindes, geben. Auf der anderen Seite wird PND aber durchaus als belastend empfunden,<sup>5</sup> weil damit auch Ängste geschürt werden können und unter Umständen schwerwiegende Entscheidungen gefällt werden müssen. Mit anderen Worten: Schon die Frage der Inanspruchnahme von PND ist für Schwangere mit ambivalenten Empfindungen verbunden.

Die meisten Kinder kommen gesund zur Welt, allerdings steigt das statistische Risiko für bestimmte Erkrankungen mit dem Alter der Eltern. Deshalb weisen Ärztinnen und Ärzte Frauen ab dem Alter von 35 Jahren auf die Möglichkeit zur Durchführung spezieller vorgeburtlicher Untersuchungsmethoden hin. Um sicherzugehen, befolgen Betroffene häufig diesen Rat.

### DIAGNOSESICHERHEIT

Manche Frauen, die PND durchführen lassen, sind sich vorab nicht hinreichend im Klaren darüber, dass durch diese Diagnostik nicht alle denkbaren Erkrankungen erkennbar sind, dass sich fälschlicherweise positive Befunde ergeben können und vorgeburtliche Diagnostik – sei sie noch so umfangreich – niemals eine absolute Sicherheit geben kann. Einige Schwangere berichten, dass die Inanspruchnahme von PND tatsächlich nicht immer aus einem persönlichen Bedürfnis heraus erfolgt, sondern weil sie sich beispielsweise scheuen, die Empfehlung des Arztes abzulehnen. In solchen Fällen kann eine zusätzliche, möglichst nicht vom behandelnden Arzt bzw. von der behandelnden Ärztin durchgeführte Beratung vor PND Schwangeren helfen, eine für sie tragfähige Entscheidung zu treffen.

### DAS WARTEN AUF DEN BEFUND

Werden während der Schwangerschaft Auffälligkeiten beim Kind festgestellt, so kann dies das Schwangerschaftserleben und den Prozess der emotionalen Bindung an das Kind massiv stören. Erfolgen weiterführende pränataldiagnostische Untersuchungen, so dauert es in der Regel einige Zeit, bis ein gesichertes Ergebnis vorliegt. Ergebnisse der Chromosomenanalyse von Fruchtwasserzellen liegen z. B. relativ gesichert erst nach einer Langzeitkultur vor, d. h., Schwangere müssen nach Punktion etwa 10 bis 21 Tage auf das Ergebnis warten. Das Warten auf den Befund ist mit Ungewissheit und starken Ängsten verbunden und wird von den Frauen (und ihrem Partner) häufig als extrem belastend erlebt. Oft bleibt es auch nicht bei einer einzigen Untersuchung, sondern es folgt eine Reihe von Untersuchungen, bis mit hoher Wahrscheinlichkeit feststeht, ob ein Kind gesund oder mit einer Beeinträchtigung geboren wird.

<sup>4</sup> Vgl. BZgA (2006)

<sup>5</sup> Vgl. ebd.

## PSYCHISCHE REAKTIONEN BEI POSITIVEM BEFUND

Die Mitteilung, dass ihr Kind schwer krank oder behindert ist, kann bei werdenden Eltern zu einem Schock im Sinne einer „akuten Belastungsreaktion“ führen.<sup>6</sup> Sie stehen völlig unerwartet einem psychosozialen und ethisch-moralischen Konflikt gegenüber. Die Diagnosemitteilung wird von den Betroffenen als – wie Fachleute formulieren – „Bruch“, „Schockerlebnis“, „Ausnahmesituation“ oder „traumatische Erfahrung“ erlebt. In dieser Situation können Denk-, Wahrnehmungs- und Empfindungsfähigkeit der Betroffenen herabgesetzt sein und gleichzeitig sind werdende Eltern gefordert, eine zeitnahe Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch zu treffen. Aus dieser Situation wollen die Schwangeren (und ihre Partner) umso schneller wieder herauskommen, je weniger sie sich mit möglichen Entscheidungswegen und -kriterien bei einem auffälligen Befund auseinandergesetzt haben.<sup>7</sup> Vor diesem Hintergrund entscheiden sich Betroffene manchmal binnen sehr kurzer Zeit zu einem Schwangerschaftsabbruch (SSA). Ein SSA nach der zwölften Schwangerschaftswoche ist nur gemäß medizinischer Indikation (§ 218 a Abs. 2 StGB) möglich und wird – vor allem im Fall einer weit fortgeschrittenen Schwangerschaft – meist von allen Beteiligten als sehr belastend erlebt.

Aus einer Studie von REARDON<sup>8</sup> geht beispielsweise hervor, dass Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch mehr als doppelt so häufig an einer Depression erkrankten als Frauen, die sich bei pathologischem Befund für das Kind entschieden haben. Eine andere Studie<sup>9</sup> zeigt genau das Gegenteil: Frauen, die sich bei einer ungewollten Schwangerschaft zur Fortsetzung der Schwangerschaft entschieden, litten häufiger unter Depressionen als Frauen, die sich bei ungewollter Schwangerschaft zum Schwangerschaftsabbruch entschieden. Der Widerspruch könnte damit erklärt werden, dass das Risiko, an einer Depression zu erkranken, möglicherweise dann steigt, wenn die Entscheidung – egal in welche Richtung – später zu grundlegenden Zweifeln oder Reuegefühlen führt. Dies wiederum ist ein starkes Argument dafür, Betroffenen fachkundige Unterstützung zu ermöglichen, damit sie zu einer für sie tragfähigen, verantwortungsvollen Entscheidung gelangen.

In jedem Fall bringt die Mitteilung eines positiven Befundes die Betroffenen in eine schwere Konfliktsituation. So kann sich die Schwangere dem Leben mit einem behinderten Kind und dessen Versorgung nicht gewachsen fühlen und daher den Abbruch der Schwangerschaft wünschen, sich aber wegen schwerer Schuldgefühle dem Kind gegenüber unfähig fühlen, eine solche Entscheidung zu fällen. Unbearbeitete Schuldgefühle wirken häufig noch lange Zeit nach.<sup>10</sup> Andere Betroffene entscheiden sich dafür, ihr Kind in jedem Fall auszutragen, unabhängig vom Ausmaß seiner Erkrankung oder Behinderung.

## PERSPEKTIVEN

PND kann mit einer Vielzahl an psychischen Problemen, emotionalen Belastungen und Entscheidungskonflikten verbunden sein. Daher fordern verschiedene medizinische Fachgesellschaften und politische Entscheidungsträger ein umfassendes, quali-

**6** DORN (2005)

**7** Vgl. ROHDE, DORN (2007)

**8** REARDON et al. (2002)

**9** SCHMIEGE, RUSSO (2005)

**10** Vgl. DORN et al. (2005)

tativ hochstehendes Beratungsangebot, das neben der medizinischen (einschließlich der humangenetischen) Beratung auch die psychosoziale Beratung umfasst.<sup>11</sup>

Diese Forderung ist verständlich, zumal die gesetzlichen Regelungen zur Schwangenvorsorge ein engmaschiges Betreuungsangebot vorsehen. Das Versorgungsangebot ist der Möglichkeit nach bereits vorhanden. Was fehlt, sind effektive Strategien und Methoden, um die beteiligten Berufsgruppen zur Kooperation zu motivieren und die spezifischen Kompetenzen zusammenzuführen. Solche Kooperationen können Synergieeffekte erzeugen und zu einer ganzheitlichen Betreuung und Beratung von Schwangeren (und ihren Partnern) beitragen.

<sup>11</sup> Vgl. z. B. ZERRES (2003); vgl. Beschluss der 80. Gesundheitsministerkonferenz am 4./5. Juli 2007 in Ulm

## BERATUNGSANGEBOTE IM BEREICH DER PND

Pränataldiagnostische Prozesse lassen sich entlang einer zeitlichen Perspektive gliedern: (a) in die Zeit vor Inanspruchnahme, (b) in die Zeit während Inanspruchnahme (Zeit zwischen den Untersuchungen bzw. Zeit des Wartens auf Befunde) und (c) in die Zeit nach Erhalt eines pathologischen Befundes. Der Beratungs- und Informationsbedarf vor, während und nach PND ist unterschiedlich.

### MEDIZINISCHE BERATUNG

Ziele und Inhalte der ärztlich-medizinischen Beratung sind in den Richtlinien der BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK) beschrieben. Sie beziehen sich vor allem auf die medizinische Beratung vor und nach PND; zur Beratung **während PND** werden keine Aussagen gemacht.<sup>12</sup>

#### INHALTE DER BERATUNG

Die ärztlich-medizinische Beratung **vor PND** hat 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. Die ärztlich-medizinische Beratung **nach PND** beinhaltet Informationen über die Bedeutung des Befundes, über Ursache, Art und Prognose der vermuteten Erkrankung oder Entwicklungsstörung des Kindes und über mögliche Komplikationen. Sie informiert aber auch über prä- und postnatale Therapie- und Förderungsmöglichkeiten, über Konsequenzen für die Geburtseinleitung, über die Alternativen Fortführung oder Abbruch der Schwangerschaft, über Kontaktmöglichkeiten zu gleichartig Betroffenen und über Möglichkeiten der Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Hilfen.

#### DURCHFÜHRUNG DER BERATUNG

Die ärztlich-medizinische Beratung wird von Fachärztinnen und -ärzten für Gynäkologie und für Humangenetik (genetische Beratung) durchgeführt. Bei Feststellung schwerer Erkrankungen des ungeborenen Kindes werden ferner Fachärzte und -ärztinnen für Kinderheilkunde in die Beratung mit einbezogen. Eine besondere Rolle kommt dabei dem niedergelassenen Gynäkologen bzw. der Gynäkologin zu. Er/Sie ist in der Regel die erste Ansprechperson für schwangere Frauen und bietet häufig eine Beratung an, die weit über das Medizinische hinausgeht. Dennoch zeigt sich in vielen Fällen, dass diese Beratung allein den Schwangeren nicht ausreicht, um tragfähige Entscheidungen vor, während oder nach PND zu treffen.<sup>13</sup>

Ein Grund könnte darin liegen, dass die Zeit für ein ausführliches Beratungsgespräch im ärztlichen Alltag sehr begrenzt ist. Zudem ist davon auszugehen, dass nicht alle in diesem Bereich tätigen Fachärztinnen und -ärzte über Zusatzqualifikationen im Bereich Beratung und Gesprächsführung verfügen. Zwar sind Techniken der Gesprächsführung heute vermehrt Bestandteil ärztlicher Weiterbildungen, z. B. im Bereich

<sup>12</sup> WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT DER BUNDESÄRZTEKAMMER (2003)

<sup>13</sup> DEWALD & CIERPKA (2001a)

Humangenetik<sup>14</sup>, und auch einige Fachgesellschaften<sup>15</sup> empfehlen beratend tätigen Gynäkologinnen und Gynäkologen eine Zusatzqualifikation im Bereich der psychosomatischen Grundversorgung. Doch es ist offen, inwieweit diesen Empfehlungen entsprochen wird oder werden kann.

### ROLLE DER HEBAMMEN

Eine weitere medizinische Berufsgruppe im Bereich der Schwangerenvorsorge und -begleitung sind die Hebammen. Aus Hebammensicht gehört die PND allerdings nicht zur normalen Schwangerenvorsorge, zumindest nicht in dem Sinne, wie sie ihr Aufgabengebiet definieren.<sup>16</sup> Doch ist die Hebamme eine enge Vertrauensperson für Schwangere, die bei Bedarf auch in Fragen zur PND einbezogen wird. Hebammen kooperieren mit unabhängigen Beratungsstellen und können Schwangeren Kontakte vermitteln. Darüber hinaus begleiten sie Betroffene bei der Geburt eines behinderten Kindes oder vor und nach einem Spätabbruch.

## PSYCHOSOZIALE BERATUNG

Im Kontext von PND wird psychosoziale Beratung als ein eigenständiges Beratungs- und Hilfsangebot verstanden.<sup>17</sup> Das vornehmliche Ziel der psychosozialen Beratung liegt darin, die Entscheidungskompetenz der Schwangeren zu stärken. Psychosoziale Beratung beinhaltet psychologische Krisen- und Konfliktberatung, aber auch rechtliche, medizinische und soziale Informationen sowie die Vermittlung von Hilfen. Sie wird in Schwangerschafts- bzw. Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen staatlicher, kirchlicher und freier Träger angeboten. Inhalt und Durchführung der Konfliktberatung sind in § 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) geregelt. Psychosoziale Beratung erfolgt idealerweise ergänzend und unabhängig von der medizinischen Behandlung und Beratung und kann von dieser dadurch abgegrenzt werden, dass sie als ein nicht direktives, ergebnisoffenes und ressourcenorientiertes Beratungsgebot verstanden wird,<sup>18</sup> das sich an erster Stelle an den Bedürfnissen der Ratsuchenden orientiert. Um dem Missverständnis vorzubeugen, ärztliche Beratung sei im Gegensatz dazu prinzipiell direktiv, muss diese Abgrenzung differenziert werden. Die beiden Berufsgruppen haben unterschiedliche „Fälle“ vor Augen: Medizinische Beratung muss das Wohl des (werdenden) Kindes sowie der Mutter (nachrangig eventuell auch das des Vaters) berücksichtigen und sie muss zwischen den Interessen aller „Parteien“ abwägen. Aus Sicht der psychosozialen Beratung steht die Schwangere (und ihr Partner) im Vordergrund.

**Vor PND** werden schwangeren Frauen Informationen und Entscheidungshilfen für oder gegen die Durchführung von PND angeboten. Dabei wird großer Wert darauf gelegt zu klären, aus welchem Grund die Klientin PND durchführen lassen will, z. B. aus Sorge um das Kind, freiwillig oder aufgrund familiären oder gesellschaftlichen Drucks. Wichtige Beratungsthemen sind: die Einstellungen der Schwangeren (und des Partners) z. B. zu den Themen PND, Schwangerschaftsabbruch oder Behinderung. Auch Anliegen und Inhalte der psychosozialen Beratung **während PND** sind

<sup>14</sup> Vgl. z. B. WOLFF & JUNG (1994)

<sup>15</sup> Zum Beispiel die DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE (DGGG) e. V. (2004)

<sup>16</sup> Standpunkt des BDH (Bund deutscher Hebammen) e. V. (2002)

<sup>17</sup> DEWALD & CIERPKA (2001b)

<sup>18</sup> LAMMERT & DEWALD (2002)

klar beschrieben.<sup>19</sup> Diese geht vor allem auf die Sorgen und Ängste der Betroffenen ein und bietet emotionale Begleitung und Entlastung an. Psychosoziale Beratung nach PND hat zum Ziel, die Entscheidungsfähigkeit der Frauen für oder gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft zu stärken und in Abhängigkeit von der Entscheidung weitere spezifische Unterstützungsmöglichkeiten anzubieten.

Psychosoziale Beratung wird in der Regel von Fachpersonal aus der Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Psychologie und Medizin mit speziellen Qualifikationen in der Schwangerschaftskonfliktberatung durchgeführt.<sup>20</sup> Viele der Beratenden verfügen über Qualifikationen im Bereich der Schwangerenkonfliktberatung, Paarberatung, Erziehungsberatung, Ehe-, Lebens- und Familienberatung, systemischen Beratung und/oder in klientenzentrierter Gesprächsführung<sup>21</sup> und nehmen regelmäßig an Supervisionen teil. An der psychosozialen Begleitung ist auch die Klinikseelsorge beteiligt, deren Arbeitsbereich aber weniger die klassische Konfliktberatung, d. h. die ergebnisoffene Unterstützung der verschiedenen Entscheidungsprozesse der Schwangeren im Rahmen von PND ist, sondern die seelsorgerische Begleitung, z. B. von Trauerprozessen nach einem Schwangerschaftsabbruch.

In jüngster Zeit werden von den verschiedenen Wohlfahrtsverbänden und einigen Bildungsträgern spezielle Fortbildungen in „psychosozialer Beratung im Kontext pränataler Diagnostik“ angeboten. Sie wenden sich vor allem an erfahrene Fachleute aus Beratung, Seelsorge, Psychotherapie, aber auch an Ärztinnen und Ärzte sowie Hebammen, die sich für die psychosoziale Beratung im Kontext pränataler Diagnostik weiterqualifizieren wollen.

## PSYCHOSOZIALE BERATUNG – EINE UNGENUTZTE RESSOURCE?

Obwohl Schwangere nach § 2 SchKG einen Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung haben, wird diese nur selten in Anspruch genommen. Am häufigsten wird sie nach PND wahrgenommen, d. h., wenn den Betroffenen ein auffälliger Befund mitgeteilt wurde.<sup>22</sup> Psychosoziale Beratung vor oder während PND (Zeit des Wartens auf einen Befund) wird bisher kaum genutzt. Beratende sehen hier durchaus einen Bedarf. Beispielsweise erleben sie es häufiger, dass Frauen, die aus anderen Gründen in die Beratungsstelle kommen (z. B. zur sozialrechtlichen Beratung im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft), das Thema PND nebenbei ansprechen. Über solche Erfahrungen berichteten auch die am Modellprojekt beteiligten Beraterinnen. Zudem beobachteten sie, dass einige der betroffenen Frauen ihre früheren Erfahrungen mit PND nicht immer gut verarbeitet haben.

Dass psychosoziale Beratung im Kontext von PND als sehr hilfreich und positiv erlebt wird, zeigt eine Untersuchung von DORN et al.<sup>23</sup> 82 % der Frauen mit pathologischem Befund für ihr Kind gaben an, dass sie die psychosoziale Beratung nach Diagnosemitteilung als sehr hilfreich und positiv empfunden haben. Fast alle Frauen,

**19** LAMMERT & NEUMANN (2002)

**20** DEWALD & CIERPKA (2001b)

**21** Vgl. SCHULZ & SIEBERT (2002)

**22** Vgl. z. B. BMFSFJ (2001); DEWALD (2001); DEWALD & CIERPKA (2001b); GEIER (2001); DEWALD & CIERPKA (2002)

**23** DORN et al. (2005)

die psychosoziale Beratung in Anspruch genommen haben, würden dies anderen Paaren auch empfehlen, und zwar sowohl **nach** als auch **vor** PND. Ca. ein Viertel der Befragten meinten, dass der Aspekt Ergebnisoffenheit dieser Beratung einen positiven Einfluss auf die Sicherheit ihrer Entscheidung gehabt habe.<sup>24</sup> Diese Befunde belegen eindrücklich den weit reichenden Nutzen psychosozialer Beratung.

### GRÜNDE FÜR GERINGE INANSPRUCHNAHME

Die Gründe für die geringe Inanspruchnahme psychosozialer Beratung sind vielfältig: Beratende sprechen von einer generellen Hemmschwelle hinsichtlich der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote. Ein Grund könnte darin liegen, dass zwar Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung bei PND besteht, diese Beratung aber, im Gegensatz zur Beratung nach § 218 StGB, freiwillig ist. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass betroffene Frauen von sich aus oder auf ärztlichen Rat hin entsprechende Beratungsangebote in Anspruch nehmen. Die schwangeren Frauen sind (vor allem in der Wartezeit und nach Mitteilung eines auffälligen Befundes) jedoch emotional stark belastet und da sie in der Regel schon viele (ärztliche) Beratungsgespräche geführt haben, ist nicht in jedem Fall zu erwarten, dass sie zu diesem Zeitpunkt von sich aus eine psychosoziale Beratungsstelle aufsuchen werden. Einige Betroffene berichten, dass sie direkt nach der Diagnosemitteilung eher ihre „Ruhe haben wollen“. Ein Gespräch, in dem eine intensivere Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen angeregt wird, wird unter Umständen vermieden, weil dadurch die bereits getroffene Entscheidung wieder in Frage gestellt werden könnte. Insbesondere „schnelle“ Entscheidungen bergen die Gefahr, dass sie von den Betroffenen langfristig nicht getragen werden. Ärztinnen und Ärzte berichten immer wieder von Fällen, bei denen vorschnell gefällte Entscheidungen zum Spätabbruch später bedauert werden.

### GRÜNDE FÜR FEHLENDE VERWEISUNG AN BERATUNGSSTELLEN

Die Inanspruchnahme psychosozialer Beratung ist mit einigen psychischen und strukturellen Hürden verbunden. Ob Schwangere den Weg in eine Beratungsstelle finden, wird auch davon abhängen, inwieweit Ärztinnen bzw. Ärzte und Betroffene psychosoziale Beratung als selbstverständlichen Bestandteil der Versorgungsstruktur zur PND betrachten. Bei vielen Gynäkologinnen und Gynäkologen scheint Unwissen oder Unsicherheit darüber zu bestehen, welche fachlichen Hilfsangebote psychosoziale Beratung im Kontext von PND anzubieten hat. Dies kann zur Folge haben, dass sie Betroffene gar nicht oder nur wenig überzeugend auf die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung hinweisen. Eine repräsentative Untersuchung der BZgA<sup>25</sup> zum Thema PND belegt, dass rund die Hälfte der befragten Schwangeren vor Durchführung einer PND-Maßnahme keinerlei Hinweis darauf erhalten hat, dass ein Anspruch auf psychosoziale Beratung vor, während und nach PND besteht.

<sup>24</sup> Ebd.; die Ergebnisse eines vom BMFSFJ geförderten Modellprojekts bestätigen diese Befunde, vgl. ROHDE & WOOPEN (2007).

<sup>25</sup> BZgA (2005)

## VERBESSERUNG DER BERATUNGS-QUALITÄT DURCH FÖRDERUNG VON KOOPERATION

Die Konzeption des Modellprojekts „IQZ in der PND“ geht davon aus, dass die Beratungsqualität vor allem durch eine enge Zusammenarbeit zwischen spezialisierten Fachkräften aus verschiedenen Versorgungsstrukturen gesteigert werden kann.

### KOOPERATIONSANSÄTZE

Die Zusammenarbeit zwischen medizinischen Fachleuten verschiedener Disziplinen im Bereich PND ist durchaus verbreitet. So arbeiten beispielsweise Ärztinnen und Ärzte aus den Fachbereichen Gynäkologie und Humangenetik eng zusammen. Innerhalb der Kliniken erfolgt häufig eine enge Zusammenarbeit zwischen Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen und Fachkräften für Neurologie, Psychiatrie und Pädiatrie sowie mit Hebammen. Dies gewährleistet eine weitsichtige und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung und Beratung der Betroffenen.

### AUSBAUFÄHIGE KOOPERATIONSMODELLE

Die Zusammenarbeit zwischen den medizinischen und psychosozialen Berufsgruppen bzw. Versorgungssystemen ist eher selten und gestaltet sich schwierig.<sup>26</sup> Bisher findet man eine solche Zusammenarbeit überwiegend in Kliniken und in humangenetischen Beratungsstellen von Universitäten, z. B. an den Universitäten Freiburg, Essen, Heidelberg und Bonn. Dort werden Schwangere bei Inanspruchnahme von PND gemeinsam durch einen Facharzt oder eine Fachärztin und eine Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin betreut. Eine enge Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen und Schwangerschaftsberatungsstellen im Sinne von Kooperationsnetzwerken findet bisher fast nur im Rahmen finanzierter Modellprojekte statt<sup>27</sup> und stellt eher eine Ausnahme dar.

### HINDERUNGSGRÜNDE FÜR KOOPERATION

Erfahrungen zeigen, dass die Zusammenarbeit zwischen ähnlichen Berufsgruppen (intraprofessionelle Zusammenarbeit) mit weniger Ängsten und Widerständen verbunden ist als die Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen (interprofessionelle Zusammenarbeit). So sind z. B. Arbeitsschwerpunkte, Kompetenzen und berufliche Leitbilder bei medizinischen und psychosozialen Berufsgruppen unterschiedlich. Zwischen den Berufsgruppen existieren häufig unterschiedliche Einstellungen zum medizinischen Fortschritt und zu Gesundheit und Krankheit; derartige Diskrepanzen zeigen sich auch in den Ergebnissen der Evaluation zum Modellprojekt „IQZ in der PND“ (siehe Teil 4). Unterschiede drücken sich z. B. in der Form der Beziehungsgestaltung aus. So bezieht sich die Ärzteschaft auf „Patientinnen und Patienten“ (= Leidende), während die psychosoziale Berufsgruppe von „Klientinnen und Klienten“ (= Auftraggebern und Auftraggeberinnen) spricht. Berufliche Stereotypen und Vorbehalte, Unwissenheit und Unsicherheiten hinsichtlich der jeweiligen beruflichen Kompetenzen und Zuständigkeiten, Konkurrenzängste und finanzielle Verteilungskämpfe auf beiden Seiten sind weitere mögliche Gründe, die eine Zusam-

<sup>26</sup> Vgl. z. B. PINGEN-RAINER (2001), DEWALD & CIERPKA (2001b), GEIER (2001)

<sup>27</sup> Zum Beispiel BMFSFJ (2001)

menarbeit zwischen psychosozialen und medizinischen Versorgungssystemen im Bereich Beratung zur PND erschweren bzw. hemmen können.<sup>28</sup>

## „MEHRWERT“ EINER ZUSAMMENARBEIT

Für eine interprofessionelle Zusammenarbeit ist es erforderlich, dass auf beiden Seiten ein grundsätzliches Interesse besteht, die Arbeit der anderen Berufsgruppen kennen zu lernen, und dass Vorteile in einer fachübergreifenden Zusammenarbeit antizipiert werden. Es kann zwischen strategischen und empathischen Aspekten der Kooperation unterschieden werden<sup>29</sup>, d. h., Kooperation erfolgt, wenn sie lohnend erscheint (strategischer Aspekt<sup>30</sup>) und wenn die Beteiligten sich gegenseitig „verstehen“ sowie in ihrer Andersartigkeit akzeptieren können (empathischer Aspekt). Ein strategischer Vorteil der fachübergreifenden Zusammenarbeit im Bereich der Beratung zu PND sind mögliche Synergieeffekte: Sie könnten für Ärztinnen und Ärzte z. B. in der zeitlichen und emotionalen Entlastung liegen. Psychosozial Beratende wiederum würden vom erworbenen medizinischen Hintergrundwissen profitieren, das ihre Handlungssicherheit erhöht. Die Entwicklung empathischer Aspekte braucht vor allem Zeit und die Bereitschaft, sich für die Arbeitskontexte aller Beteiligten zu öffnen. Weiterhin ist Offenheit für die Arbeitskontexte der Beteiligten notwendig. Es gilt, eine gemeinsame Idee über das Spektrum der Problemfelder sowie über Ziele, Inhalte und Ablauf der Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik zu entwickeln, um die Kluft zwischen unterschiedlichen Berufskulturen, Denk- und Arbeitsstilen sowie Einstellungen zu überwinden und gegenseitiges Vertrauen in die beruflichen Kompetenzen des anderen aufzubauen.

## MÖGLICHKEITEN DER ZUSAMMENARBEIT

Will man die Zusammenarbeit zwischen den beiden Berufsgruppen fördern, gilt es, einen Rahmen zu finden, in dem sowohl strategische als auch empathische Aspekte der Kooperation erfahrbar sind. Hierzu sind verschiedene Möglichkeiten denkbar. Beispielsweise wurden in der jüngeren Vergangenheit an verschiedenen Standorten Arbeitskreise zur Pränataldiagnostik und so genannte runde Tische gegründet, die den Austausch zwischen Klinikärztinnen bzw. -ärzten, Fachpersonal aus Schwangerenberatung und Klinikseelsorge sowie Behindertenbeauftragten initiieren sollten. Als weiterer Versuch, die Kooperation zu fördern, wurden z. B. gegenseitige Hospitationen erprobt.

Eine gute Möglichkeit zur Förderung einer praxisnahen Zusammenarbeit zwischen Medizin und psychosozialer Beratung sehen DEWALD und CIERPKA<sup>31</sup> in der gemeinsamen Arbeit in einem interprofessionellen Qualitätszirkel (IQZ). Der Begriff Qualitätszirkel steht für eine spezielle Form der Kleingruppenarbeit und hat seinen Ursprung in der Arbeits- und Organisationsentwicklung. Qualitätszirkel gelten als kooperationsförderliche Arbeitsstruktur<sup>32</sup> und bieten die Möglichkeit zur kollegialen kritischen Überprüfung der eigenen Arbeit (Qualitätssicherung). Seit Anfang der 90er Jahre findet das Konzept auch im Bereich der medizinischen Versorgung Anwendung.

**28** Vgl. DEWALD & CIERPKA (2002); DEWALD (2001); CRAMER & BECKERS (2002)

**29** Vgl. z. B. ANTONI (1998)

**30** Vgl. ebd., SCHWEITZER (2002)

**31** DEWALD & CIERPKA (2002)

**32** SCHWEITZER (2002)

Darüber hinaus gibt es mittlerweile einschlägige Erfahrungen mit diesem methodischen Ansatz in der Gesundheitsprävention und -förderung.<sup>33</sup> Im folgenden Kapitel werden das Konzept und die Arbeitsweise im Qualitätszirkel vorgestellt.

**33** BAHRS (2005)



## QUALITÄTSZIRKEL ALS INSTRUMENT ZUR FÖRDERUNG DER KOOPERATION

Qualitätszirkel sind in den 60er Jahren als Verfahren interner Qualitätssicherung im industriellen Bereich entstanden<sup>34</sup> und haben sich in je unterschiedlichen Ausprägungen unter anderem auch in der Verwaltung, im Bildungswesen sowie im Sozial- und Gesundheitsbereich bewährt. Erste Erfahrungen im Gesundheitsbereich wurden in der haus-ärztlichen Versorgung<sup>35</sup> und in der Pflege<sup>36</sup> gemacht. 1993 wurden Qualitätszirkel in der Qualitätssicherungsrichtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verankert, und mittlerweile hat sich das Verfahren so etabliert, dass ca. 35 bis 50 % der niedergelassenen Ärzte regelmäßig an Zirkeltreffen teilnehmen. Der themenbezogene Erfahrungsaustausch führte zunächst Einzelkämpfer gleicher Berufsgruppen zusammen, erwies sich aber schnell gerade an Schnittstellen der regionalen Versorgung als außerordentlich fruchtbar. Ab Mitte der 90er Jahre entstanden interprofessionelle Qualitätszirkel (IQZ) unter anderem von Hausärzten und Pflegenden<sup>37</sup>, in der psychosozialen Versorgung<sup>38</sup> sowie in Gesundheitsförderung und Prävention.<sup>39</sup>

Das im primärärztlichen Bereich bewährte Konzept ist in einem Modellprojekt der BZgA im Bereich der Gesundheitsförderung weiterentwickelt worden und hat seine besondere Eignung in „Schnittstellenbereichen“ unter Beweis gestellt. Qualitätszirkel sind als etabliertes Verfahren in der Qualitätssicherung besonders da geeignet, wo es verbindliche Standards nicht gibt und Betroffene in die Qualitätsbeurteilung der eigenen Arbeit einbezogen werden sollen. Auf den Bereich der Pränataldiagnostik bezogen existieren verbindliche Standards nicht, insbesondere im Hinblick auf die Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen (Stand: August 2007).

Bei der Entwicklung von Qualitätsförderungsverfahren für die Beratung zu Pränataldiagnostik bietet es sich an, Erfahrungen und Ansätze aus anderen Bereichen aufzugreifen und Projekte zur Qualitätsförderung zu initiieren. Dies aber löst, so die Erfahrung in anderen gesellschaftlichen Bereichen, häufig Kontrollängste bei den Beteiligten aus. Dementsprechend sind z. B. im Gesundheitswesen basisorientierte Verfahren („bottom up“) – vor allem Qualitätszirkel – gegenüber zentralistischen Verfahren („top down“) besser akzeptiert worden.

**34** Vgl. z. B. BUNGARD & ANTONI (1987)

**35** BAHRS et al. (2001)

**36** GÖRRES et al. (1997)

**37** SCHICK, DÖHNER (1996)

**38** BAHRS, HEIM, NAVE (2000); BAHRS, HEIM (2001); BAHRS, HEIM (2002)

**39** Überblick in BAHRS et al. (2001), (2005); SCHNOOR et al. (2006)

## WAS SIND QUALITÄTSZIRKEL?

Immer wieder tauchen in der öffentlichen Diskussion plötzlich Begriffe auf, die, je häufiger sie verwendet werden, sich scheinbar selbst erklären. Und doch mögen sich Interessierte fragen: Was ist das eigentlich, ein Qualitätszirkel?

Der Qualitätszirkel erfüllt instrumentelle und kommunikative Funktionen. Beide Aspekte können unabhängig voneinander beschrieben werden, in der Praxis müssen sie zusammenkommen. Der Qualitätszirkel wird als Instrument der Qualitätsförderung erst dann voll wirksam, wenn er sich zum offenen und strukturierten Erfahrungsaustausch gestaltet und damit spezifische Lern- und Bildungsprozesse ermöglicht. Fortbildung zielt auf die Vermittlung eines Potenzials, das ein erwünschtes Verhalten – zumeist eine Verhaltensänderung – ermöglicht. Bildung hat somit einen Doppelsinn: Erwerb von Kenntnissen einerseits und Formung einer Haltung andererseits.

Üblicherweise wird Fortbildung als Wissensvermittlung verstanden. Dabei dominiert noch immer der traditionelle Vortragsstil, dessen Effektivität hinsichtlich der Änderung des praktischen Verhaltens zunehmend angezweifelt wird. Aus diesem Grund setzen sich Formen „interaktiver Fortbildung“ immer mehr durch, in denen neben den Referierenden auch die anderen Teilnehmenden ihr Wissen aktivieren und einbringen können. Auf diese Weise wird zugleich deutlich, inwieweit die Botschaften überhaupt verstanden werden.

Ob Vortrag oder interaktive Fortbildung: Der Wissenserwerb bleibt zumeist ebenso episodisch wie die Veranstaltung selbst, wenn es nicht systematisch zu einer Konfrontation mit der eigenen Erfahrung kommt. Zur Verankerung und Beeinflussung des Alltagshandelns bedarf es kontinuierlicher Auseinandersetzung mit der Erfahrung – und dies ist am besten in kontinuierlich arbeitenden Gruppen möglich.

## PRINZIPIEN DER QUALITÄTSZIRKELARBEIT

Im Folgenden konzentrieren wir uns auf die wesentlichen Merkmale des Qualitätszirkelkonzepts. Eine ausführliche Darstellung zur Entwicklung, Durchführung und praktischen Anwendung findet sich im Handbuch „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention – Handbuch für Moderatorinnen und Moderatoren“.<sup>40</sup>

Jede bzw. jeder weiß viel – doch gemeinsam wissen alle mehr. Dieser einfache Satz enthält bereits die wesentlichen Prinzipien des Vorgehens im Qualitätszirkel. Jede Person ist, bei aller Unterschiedlichkeit, Expertin bzw. Experte der eigenen Praxis. Im Qualitätszirkel erfolgt eine freiwillige und von speziell geschulten Moderatorinnen bzw. Moderatoren unterstützte Gruppenarbeit. Die Gruppe arbeitet prinzipiell

- gleichrangig („Peer“-Prinzip),
- erfahrungsbezogen,
- fallrekonstruktiv,
- gestützt auf objektivierbare Daten (Ist-Analyse),

<sup>40</sup> Vgl. BAHRS (2005)

- kontinuierlich,
- themenzentriert,
- systematisch,
- zielbezogen.

### ARBEITSWEISE: DISKUSSION, SELBSTREFLEXION, PERSPEKTIVENVIELFALT

In gleichberechtigter Expertendiskussion und unter Anleitung von ausgebildeten Moderationsfachkräften arbeiten die Teilnehmenden maßgebliche Regeln ihres Alltagshandelns heraus und überprüfen deren Angemessenheit. Die Diskussion fördert professionelles Selbstbewusstsein und die Fähigkeit zur Selbstreflexion: Weil es so schwer ist, sich selbst über die Schulter zu schauen, kann das Beispiel anderer Qualitätszirkelmitglieder das eigene Handeln bestätigen, aber auch auf „blinde Flecken“ aufmerksam machen und neue Handlungsperspektiven eröffnen. Dazu trägt die Perspektivenvielfalt gerade in berufsübergreifenden Zirkeln bei. Allerdings kann auch die Gruppe als Ganzes „betriebsblind“ gegenüber alltäglichen Problemen aus der Praxis sein. Dann ist der oder die Moderierende besonders gefordert.<sup>41</sup>

Die Moderation strukturiert die Diskussion, ohne dabei die Rolle einer Fachexpertin oder eines Fachexperten einzunehmen. Spezielle Fragen können mit externen Fachkräften anderer Disziplinen thematisiert werden, die gezielt zu einzelnen Treffen eingeladen werden. So kann zum einen dem Bedürfnis einiger Teilnehmender nach Fortbildung (Wissensvermittlung) entsprochen werden, zum anderen kann parallel das Prinzip eines interaktiven Lernens unter Gleichen, das primär auf den Erfahrungen der Teilnehmenden aufbaut, realisiert werden.

### INSTRUMENTE: DOKUMENTATION UND FALLDISKUSSION

Die Zirkelmitglieder bringen sich gleichermaßen als Expertinnen und Experten in die Diskussion ein, indem sie ihr Alltagshandeln dokumentieren und im Qualitätszirkel, in der Regel fallbezogen, zur Diskussion stellen.

Erfahrungen mit anderen teilen heißt hier: Erfahrungswissen nachvollziehbar machen und sich bewähren lassen. Die Gegenüberstellung von Selbst- und Fremdbeurteilung auf der Grundlage von für jedes Mitglied nachvollziehbaren Dokumentationen<sup>42</sup> kann besonders lernintensiv wirken. Je konkreter der Vergleich in der Gruppendiskussion ausfällt, umso stärker ist der Anreiz zur Verhaltensänderung. Hierbei spielen Falldiskussionen eine wichtige Rolle. Entlastet vom Handlungsdruck in der Alltagspraxis kann die Problemaushandlung gezielt zum Thema gemacht werden. Dabei wird die Aufmerksamkeit bewusst auf Handlungsroutinen gelenkt, die im Alltag nicht (mehr) reflektiert werden. Der Lerneffekt beruht darauf, dass gut gelöste Situationen für die Teilnehmenden als Modell fungieren können und umgekehrt bislang unbemerkte Schwierigkeiten deutlich werden, für die gemeinsam Lösungen erarbeitet werden. Falldiskussionen ermöglichen exemplarisches Lernen, fördern die Einübung von Problemlösungsverhalten und sind daher für den Prozess der gemeinsamen Selbstaufklärung im Qualitätszirkel besonders geeignet.

<sup>41</sup> Vgl. BAHRS (2005): 130–146

<sup>42</sup> Vgl. BAHRS (2005): 181–215

Eine besondere Chance – zugleich aber auch die besondere Schwierigkeit – der Falldiskussionen im IQZ liegt darin, dass die jeweilige Situation (mindestens) drei unterscheidbare Dimensionen hat, die gleichzeitig gegeben sind, aber nicht gleichzeitig thematisiert werden können. Anders gesagt: In jeder Fallvorstellung sind mindestens drei mögliche „Fälle“ angelegt:

- Zunächst geht es – analog zur klinischen Fallvorstellung – um das (medizinische/ psychosoziale) Problem der Patientin bzw. Klientin (oder auch das „Thema“). Unter diesem Gesichtspunkt ermöglicht die Falldiskussion exemplarische Einsichten für „Fälle gleicher Art“ auf der Ebene von Patientin bzw. Klientin (d. h. „Spätabbruch“, „fehlende Krankheitseinsicht“, „Diagnosemitteilung“ usw.), die für alle Zirkelteilnehmenden von Relevanz sind.
- Unter dem Aspekt der Qualitätsförderung interessieren sodann die jeweils spezifische Antwort des/der Professionellen und die in seinem/ihrem Handlungsstil liegenden Chancen und Hemmnisse. Diese Dimension wird in BALINT- oder Supervisionsgruppen akzentuiert, wobei – im Unterschied zum IQZ – ein Problemdruck bei der oder dem Vorstellenden notwendige Voraussetzung für die Fallvorstellung ist. Auf dieser zweiten Ebene werden die Routinen des/der Vorstellenden selbst zum Fall, und die Diskussion kann exemplarische Einsichten ermöglichen, die für andere Behandlungssituationen derselben vorstellenden Person von Bedeutung sind. Manches davon mag für andere Zirkelteilnehmerinnen und -tenehmer ebenfalls hilfreich sein.
- Schließlich können die strukturellen Bedingungen kooperativen Handelns und die damit gegebenen Möglichkeiten und Grenzen zum „Fall“ gemacht werden. Diese Dimension ist bislang allenfalls Gegenstand berufspolitischer Diskussionen und wird jenseits von IQZ nicht erfahrungsbezogen zum Thema gemacht.

In jeder einzelnen Falldiskussion müssen die vorstellende Person, die anderen Zirkelteilnehmenden und die Moderation sich darüber einigen, welche Aspekte im Vordergrund stehen sollen. Schon wegen der begrenzten Zeit müssen Prioritäten gesetzt werden. In der Abfolge mehrerer Treffen aber werden alle Ebenen behandelt, und dieser Gesamtprozess macht das Spezifische des interprofessionellen Qualitätszirkels aus.

### GRUPPENDYNAMIK: KONTINUITÄT, VERTRAUEN, KRITIK UND SELBSTKRITIK

Gruppenarbeit erfordert Kontinuität (z. B. monatliche Treffen von ca. zweistündiger Dauer). Dies gilt auch für Qualitätszirkel. Der offene Erfahrungsaustausch kann nur in einer Atmosphäre von Vertrauen, Zuverlässigkeit und Gegenseitigkeit entstehen. Diese Atmosphäre wird durch Einhalten von Gruppenregeln gefördert, auf die sich Teilnehmende und Moderation frühzeitig einigen und für deren Einhaltung sie gleichermaßen verantwortlich sind.<sup>43</sup> So können die Teilnehmenden zugleich Wertschätzung ihrer Arbeit und kollegiale Kritik erfahren. Der Zirkel ist kein Austragungsort für Machtkämpfe und Konkurrenzdenken. Offenheit und Bereitschaft zu Kritik und Selbstkritik sind nur auf freiwilliger Basis möglich.

<sup>43</sup> Vgl. BAHRS (2005): 130–145

### RAHMENBEDINGUNGEN: FESTE TERMINE, ZEITRAHMEN, ETAPPENZIELE

Eine Gruppengröße von acht bis neun Teilnehmenden gilt als optimal<sup>44</sup>; sie kann aufgrund möglicher Verhinderungen aber nur bei einem größeren Teilnehmerkreis (zehn bis 15) realisiert werden. Es hat sich bewährt, feste Termine zu vereinbaren.<sup>45</sup> Eine nur sporadische Teilnahme an Fortbildungen mag ein Feuerwerk an Einsichten entzünden, dauerhafte Konsequenzen im Alltagshandeln bleiben aber häufig aus.

Eine regelmäßige Teilnahme ist daher unabdingbar für den individuellen Lernprozess. Auf die schnelle Einsicht muss das Verlernen unerwünschter Verhaltensmuster folgen, bevor sich neue Problemlösungsstrategien etablieren können. Handlungsroutinen werden im Allgemeinen weder schlagartig erkannt, noch lassen sie sich ad hoc ändern. Verlernen – als beobachtbare Verhaltensänderung – setzt nach etwa einem Jahr regelmäßiger Teilnahme ein, das „Relearning“ (Umlernen) noch später.<sup>46</sup>

Insbesondere interdisziplinäre Qualitätszirkel, die vorwiegend auf Kooperationsförderung abzielen, erfordern zunächst eine Anlaufphase, in der die Institutionen und die jeweiligen Tätigkeiten vorgestellt werden, bevor das konkrete Handeln nachvollziehbar werden kann.<sup>47</sup> Diese Zirkel sollten sich daher für mindestens eineinhalb Jahre bilden.

### METHODE: THEMENZENTRIERTHEIT, ZIELERARBEITUNG, ARBEITSPLANUNG, PROTOKOLLIERUNG

Qualitätsförderung ist eine permanente Aufgabe, und so ist die Mitarbeit im Qualitätszirkel prinzipiell in einen Prozess der kontinuierlichen Fortbildung eingebettet. Dennoch muss sich die Gruppe mittels Themenzentrierung „Etappenziele“ setzen, die in einem überschaubaren Zeitrahmen erreichbar sind. Auch aus gruppendynamischen Gründen empfiehlt es sich, die Arbeit zielbezogen und zeitlich zu limitieren. Qualitätszirkel arbeiten themenzentriert. Keine Diskussion ohne klares Thema! Die Annahme, die Gleichartigkeit der Erfahrungen oder Einstellungen bürge bereits für einen fruchtbaren Erfahrungsaustausch, ist leider falsch. Die Themenfindung ist die erste Bewährungsprobe der sich konstituierenden Gruppe und sollte strukturiert erfolgen.<sup>48</sup>

Offenheit und angenehme Gruppenatmosphäre sind notwendig, aber die Zugehörigkeit zum Qualitätszirkel ist nicht Selbstzweck. Der Qualitätszirkel definiert sich, wie jede Arbeitsgruppe, über sein gemeinsames Ziel. Professionalisierung durch strukturierten Erfahrungsaustausch und Supervision, Verbesserung von Alltagsroutinen, Erarbeitung eigener Qualitätskriterien, Organisationsentwicklung oder Kooperationsförderung: Die Schwerpunkte mögen unterschiedlich gesetzt werden. In jedem Fall ist eine klare Aufgabenstellung und Zeitperspektive erforderlich, um die Motivation der Gruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer aufrechtzuerhalten.

Qualitätszirkel arbeiten regelgeleitet. Gruppenbildung, Zielsetzung und Themenfindung folgen festen Kriterien, und dem Erfahrungsaustausch liegen nachvollziehbar

<sup>44</sup> BALINT (1968)

<sup>45</sup> Vgl. BAHRS (2005): 123–124

<sup>46</sup> BALINT (1968)

<sup>47</sup> Vgl. BAHRS et al. (2005): 81–93

<sup>48</sup> Vgl. BAHRS (2005): 109–122/125–130

gewonnene Informationen („Daten“) zugrunde. Die Diskussion wird – mit Unterstützung der Moderation – strukturiert und in einem Protokoll zusammengefasst.

### **ERFOLGSKONTROLLE: BILANZIERUNG, EVALUATION**

Diskussionsanregungen werden in die Alltagspraxis umgesetzt und die im Zirkel erreichten Ergebnisse von Zeit zu Zeit bei Bilanzierungstreffen kritisch bewertet.<sup>49</sup> So orientiert sich die Arbeit im Qualitätszirkel insgesamt am Qualitätskreislauf (vgl. S. 31). Begleitforschung und Evaluation der Zirkelarbeit sind wünschenswert, aber zeitintensiv und können die Kapazitäten des Qualitätszirkels und der Moderation übersteigen. Sie können mit Einverständnis der Gruppe an kooperierende wissenschaftliche Institutionen delegiert werden, wenn diese die Ergebnisse wiederum für die Diskussion im Qualitätszirkel zur Verfügung stellen.

### **ERGEBNIS: THEMENÜBERGREIFENDE HANDLUNGSKONZEPTE**

Qualitätszirkel bescheiden sich in der Regel nicht mit der Erarbeitung von Checklisten für das Vorgehen bei spezifischen Indikationen, sondern verdeutlichen über themenzentrierte Falldiskussionen themenübergreifende Handlungskonzepte.

Bei wissenschaftlicher Begleitung der Qualitätszirkelarbeit entsteht eine zumindest fiktive Einheit von Forschung und Fortbildung. Dadurch werden Arbeitsweise und Ergebnis nachvollziehbar, und die systematische Darstellung von erarbeiteten Lösungsstrategien für die zukünftige professionelle Praxis ist möglich.

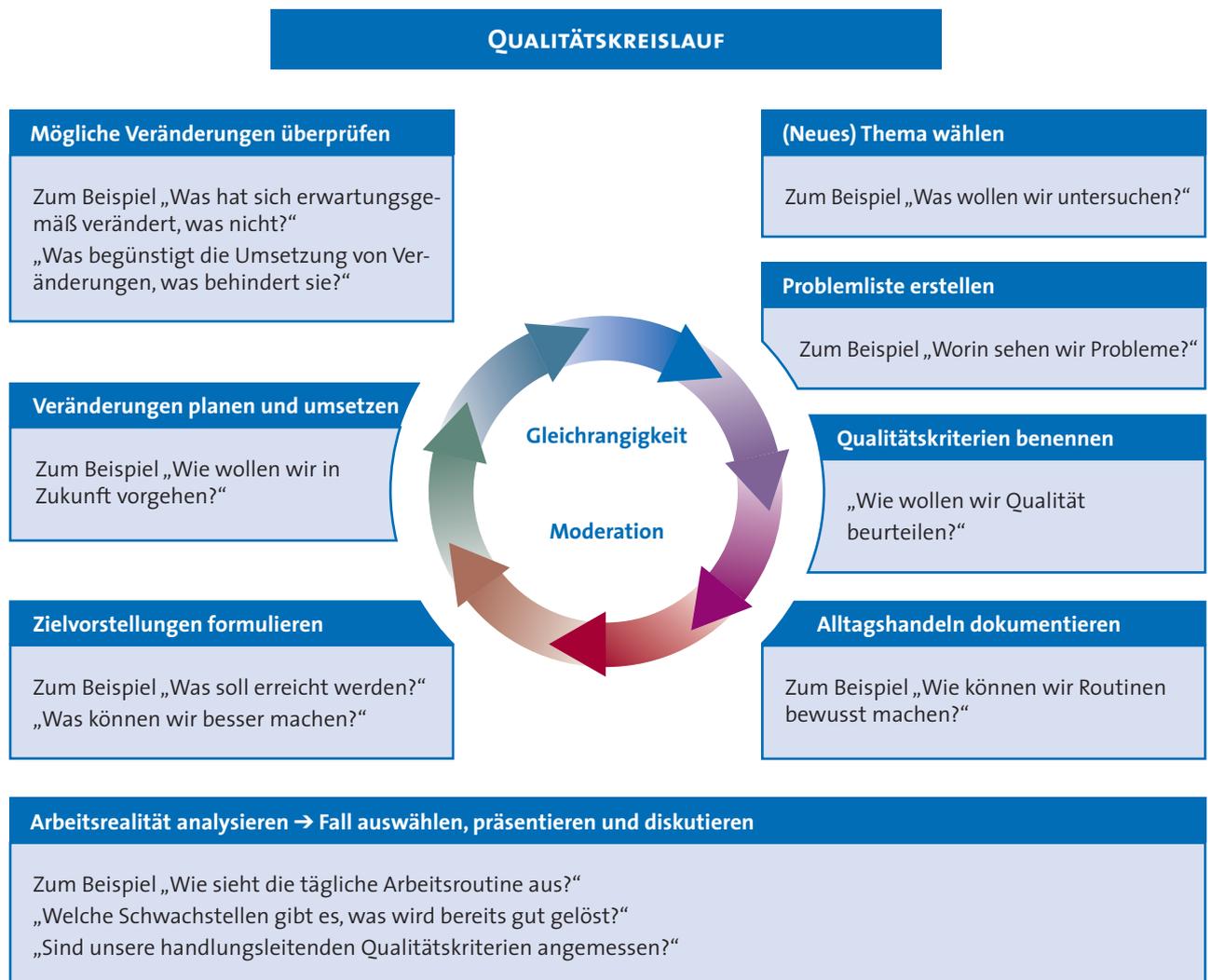
<sup>49</sup> Vgl. BAHRS (2005): 216–251

## DER QUALITÄTSKREISLAUF

Wie in jeder anderen Gruppe bedarf es einer Struktur, bevor die eigentliche inhaltliche Arbeit beginnen kann. So müssen die Gruppenmitglieder zunächst miteinander vertraut, die Gruppendynamischen Regeln geklärt und auch das spezifische Vorgehen im Qualitätszirkel muss nachvollziehbar gemacht werden, bevor es zur praktischen Umsetzung gehen kann. Auf die Gruppenbildung folgt dann die Arbeitsphase mit ihrer typischen Orientierung am Qualitätskreislauf.

Der Kreislauf der Qualitätssicherung (vgl. Abbildung 1-2) wird im Qualitätszirkel in der Regel mehrfach durchlaufen: im weiteren Sinne bezogen auf das gewählte Rahmenthema, dessen Bearbeitung meist mehrere Treffen umfasst, und im engeren Sinne bei jeder Fallvorstellung.<sup>50</sup>

ABBILDUNG 1-1

QUALITÄTSZIRKELARBEIT IM VERLAUF<sup>51</sup>

<sup>50</sup> Vgl. BAHRS (2005): 158–179

<sup>51</sup> In Teil 3, IQZ konkret, wird diese Verlaufslogik an zwölf exemplarischen Fallvorstellungen inhaltlich veranschaulicht.



### Themenwahl

Die Themenwahl ist zumeist Ausgangspunkt der inhaltlichen Arbeit eines Qualitätszirkels.<sup>52</sup> Sie sollte in einem Konsensfindungsprozess erfolgen, damit sich jeder Teilnehmer mit dem Thema identifizieren kann.



### Problemliste

Nach der Themenwahl skizzieren die Teilnehmenden in gemeinsamer Ideensammlung die Problembereiche. Bezogen auf das gewählte Thema werden Schwierigkeiten beschrieben und die Fragen formuliert, auf die die Teilnehmenden im Qualitätszirkel eine Antwort finden wollen, sowie Prioritäten gesetzt.



### Qualitätskriterien

Dann sollten auch die Kriterien für die Qualitätsbeurteilung vorläufig festgelegt werden. Wo sinnvoll, möglich und vorhanden, kann auf bewährte Standards zurückgegriffen werden; alternativ können die Teilnehmenden mittels Brainstorming die Kriterien herausarbeiten, auf die sie sich in ihrer Alltagspraxis bislang beziehen. Es müssen Kriterien gesammelt werden, mit denen die Qualität der Bearbeitung einer Fragestellung oder eines Problems adäquat überprüft werden kann.



### Dokumentation

Anschließend werden die Methoden ausgewählt, mit denen das Alltagshandeln so dokumentiert wird, dass es für die am Zirkel Beteiligten nachvollziehbar wird.<sup>53</sup> Dabei ist zu prüfen, ob für die themenzentrierte Diskussion ausreichendes Dokumentationsmaterial vorhanden ist oder ob neues erhoben werden muss. Sobald entsprechende Dokumentationen aus dem Alltag der Teilnehmenden vorliegen und geeignetes Material ausgewählt ist, kann die Fallvorstellung beginnen.



### Fallvorstellung und Falldiskussion

Der Qualitätszirkel unternimmt die Analyse der Arbeitsrealität mit Hilfe der erfahrungsbezogenen Falldiskussion. Ziel ist es zunächst, bezogen auf den vorgestellten Fall konkrete Probleme zu erkennen und Prioritäten festzulegen: Welche Punkte sollen in welcher Reihenfolge bearbeitet werden? Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Handeln erfolgt nicht nur im Hinblick auf die vorab formulierten Problemstellungen. Fast noch wesentlicher ist es, nunmehr auf empirischer Basis das jeweilige Routinehandeln kritisch zu analysieren. Dabei werden regelmäßig Stärken und Schwächen deutlich, die den Beteiligten zuvor so nicht bewusst waren.



### Zielvorstellungen

Aus der Problemanalyse folgt die Formulierung von Zielvorstellungen. Die Teilnehmenden ziehen nach jedem Treffen sowie nach Beendigung eines Themas ein Resümee. Da sich nicht immer ein Konsens erzielen lässt, sollte auch ein möglicher Dissens – durch Skizzierung der Grundpositionen – festgehalten werden.



### Lösungen

In der nächsten Arbeitsphase erarbeiten die Teilnehmenden des Qualitätszirkels Lösungsvorschläge und versuchen diese in der eigenen Arbeitspraxis umzusetzen (Planung und Umsetzung von Veränderungen).

<sup>52</sup> Vgl. BAHRS (2005): 125–130

<sup>53</sup> Vgl. BAHRS (2005): 181–215

## Bewertung

Die daraufhin folgende „Evaluation“<sup>54</sup> hat das Ziel, mögliche Veränderungen auf empirischer Basis zu überprüfen: Untersucht wird, inwieweit die selbstgesetzten Handlungsleitlinien praxistauglich sind und zu einer tatsächlichen Veränderung des Alltagshandelns und letztlich auch zu Auswirkungen auf die Ergebnisqualität führen konnten. „Sind die Probleme beseitigt?“ „Hat sich die Qualität verbessert?“ Um diese Fragen zumindest annäherungsweise beantworten zu können, sind eine Vergleichsdokumentation und deren kritische Analyse erforderlich, ein wesentlicher Bestandteil der Zirkelevaluation.



## Abschlussdiskussion

In einer abschließenden Diskussion werden der Gruppenprozess reflektiert, die erarbeiteten Ergebnisse mit den anfangs gestellten Fragen verglichen und ggf. modifiziert. In aller Regel schließt sich an diese Abschlussdiskussion die Frage an, ob und wie es mit dem Qualitätszirkel weitergehen soll. Sowohl der Neueinstieg in den Qualitätskreislauf mit dem gleichen bzw. einem modifizierten Thema als auch die Neuwahl eines Themas bzw. die Bildung eines neuen Qualitätszirkels sind denkbar.



## Einhaltung des Qualitätskreislaufs

Die Orientierung am Qualitätskreislauf ist hilfreich, fällt vielen Qualitätszirkeln jedoch zumindest bezogen auf ein übergreifendes Rahmenthema schwer. Problemdimensionierung und Rekonstruktion von (impliziten) Qualitätskriterien erfolgen oft erst im Rahmen der Falldiskussionen. Umso wichtiger ist es, dass die fallbezogene Analyse der Arbeitsrealität als unverzichtbarer Bestandteil der Arbeit im Qualitätszirkel ihrerseits systematisch erfolgt und den Qualitätskreislauf umsetzt (vgl. Teil 3, „Interprofessionelle Qualitätszirkelarbeit konkret – Gruppenarbeit vor Ort“).



### EXKURS: „THE POWER OF PEERS“

Qualitätszirkel stellen ein Verfahren von vielen Qualitätsförderungsmaßnahmen dar. Qualitätszirkel nehmen freilich eine Sonderrolle ein. Sie erfreuen sich zunehmender Akzeptanz bei Teilnehmenden und Verantwortlichen in Politik, Verwaltung und Selbstverwaltungsorganen. Worin aber besteht ihr Erfolgsgeheimnis?

Die Art und Richtung der Wirkungen von Qualitätszirkelarbeit ist vor dem Hintergrund gruppendynamischer Prozesse, der Minimierung kognitiver Dissonanzen und unterschiedlicher Lernformen zu verstehen.

#### GRUPPENDYNAMISCHE ASPEKTE

Der Gruppe kommt eine hohe Bedeutung zu, insoweit sich die Teilnehmenden hier zunächst einmal vorbehaltlos angenommen und geschätzt fühlen können. Dies ist eine grundlegende Voraussetzung dafür, sich für Kritik und Selbstkritik zu öffnen, und damit auch Basis für die Bereitschaft zur Verhaltensänderung.

Weiter nächste Seite

<sup>54</sup> Diese interne Evaluation stützt sich auf eine pragmatische Bewertung der Zielerreichung des Qualitätssicherungsprozesses und kann nicht mit einer – in der Regel externen – wissenschaftlichen Evaluation gleichgesetzt werden. Zu den unterschiedlichen Qualitätskriterien von Nutzenden, Anbietenden und wissenschaftlich Tätigen vgl. KLICHE, TÖPPICH, KAWSKI, KOCH, LEHMANN: Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung – Anforderungen und Lösungen; Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 47, 2004 (2): 125–132.

### EXKURS: „THE POWER OF PEERS“

Im Qualitätszirkel wirkt der soziale Einfluss von Peers (Gleichen) und Opinionleadern (Meinungsführern). Sie stellen Vorbilder dar, mit denen eigene Erfahrungen geteilt werden und von deren Erfahrungswissen profitiert werden kann. Je eher die vermittelten Informationen von Personen stammen, die als „vertrauenswürdig“ und „glaubwürdig“ eingeschätzt werden, desto eher ist eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema wahrscheinlich. Den Tipps der als verlässlich erlebten anderen Zirkelmitglieder wird also mehr Vertrauen entgegengebracht als Expertenmeinungen oder Ergebnissen großer wissenschaftlicher Studien, da (und insoweit) ihre Erfahrungsbasis eingeschätzt werden kann.

In der Gruppe findet darüber hinaus eine soziale Kontrolle z. B. bezüglich der Umsetzung geplanter Änderungen im Alltagshandeln statt: Mit der Teilnahme am Qualitätszirkel verpflichten sich die Gruppenmitglieder zur Umsetzung gemeinsam erarbeiteter Ergebnisse. Dies erzeugt eine Verbindlichkeit, durch die die einzelnen Teilnehmenden angeregt werden, sich durch kontinuierliche Arbeit und Überprüfung ihres Handelns einzubringen.

#### KOGNITIVE DISSONANZ

Qualitätszirkelarbeit macht durch systematische Dokumentation und Diskussion Handlungsrouninen bewusst. Indem die Ansprüche an das eigene Verhalten und dessen tatsächliche Umsetzung einander gegenübergestellt werden, können die Teilnehmenden von Qualitätszirkeln bestehender Diskrepanzen ausdrücklich gewahr werden. Daraus erwächst der Wunsch, diese Unstimmigkeiten zu minimieren bzw. zu beseitigen, und somit eine starke Motivation zur Verhaltensänderung – ein Lernen am eigenen Beispiel.

Es kann auch sein, dass es einengende Handlungsbedingungen gibt, die allen Beteiligten gemeinsam sind. Eine Lösung ist dann weder durch je individuelle Verhaltensänderung noch durch Umbewertung erzielbar. Hier wird deutlich, dass eine Strukturveränderung notwendig ist. In der Gruppe erfahren die Teilnehmenden dann das Gefühl der Gemeinsamkeit und dadurch eine Abschwächung des persönlichen Leidensdrucks bezüglich der Diskrepanz. Daraus erwächst zusätzliche Motivation für gemeinsames Handeln mit dem Ziel, begrenzende Strukturen bzw. Verhältnisse zu ändern.

#### LERNFORMEN

Im Qualitätszirkel lernen die Teilnehmenden durch Beobachtung. Beispiele anderer Gruppenmitglieder können neue Impulse geben, Einzelne zu Vorbildern werden (Orientierung am Besten). Auch Negativbeispiele anderer Zirkelmitglieder, die eigenes Handeln widerspiegeln, können Lerneffekte hervorrufen, wenn die Hintergründe verstanden und Handlungsalternativen entwickelt werden. Schließlich ist die positive Bestärkung des eigenen, als vorteilhaft bewerteten Verhaltens nicht zu unterschätzen. Sie wirkt positiv auf das emotionale Befinden, die Arbeitsmotivation und auf die eigene Handlungssicherheit.

Qualitätszirkelarbeit ist ein Prozess und lebt von Wiederholung und Wiedervorstellung. Insofern erweist es sich als besonders effektiv, wenn systematisch vorgegangen wird (z. B. in Form von Erinnerungen an getroffene Verabredungen und Follow-up-Untersuchungen).

Professionalität entwickelt sich damit unter Berücksichtigung persönlicher Zielsetzungen. Die Lernsituation ist personenübergreifend und orientiert sich an individuellen Bedürfnissen. Sie stellt also eine passgenaue Fortbildung durch interaktives Lernen dar.

## AUFGABEN VON MODERATORINNEN UND MODERATOREN

Dem Qualitätszirkelkonzept entsprechend wird die Gruppenarbeit durch geschulte Moderatorinnen bzw. Moderatoren strukturiert. Vorteilhaft ist eine Teammoderation, bei der im Idealfall bei gemischtgeschlechtlichen Gruppen eine Frau und ein Mann zusammenarbeiten. Bei interprofessionellen Qualitätszirkeln ist darüber hinaus wichtig, dass die Moderierenden aus verschiedenen Berufsgruppen kommen. Die Aufgabe der Moderierenden ist es, die Zirkelarbeit im umfassenden Sinne als Erfahrungsprozess der Gruppe zu organisieren und zu supervidieren, der Gruppe also Hilfestellung für ihre eigene Problemfindung und -lösung zu geben. Bei der Moderation ist darauf zu achten, dass die Gruppenarbeit kontinuierlich und orientiert am Qualitätszirkelkreislauf stattfindet. Die Moderatorin bzw. der Moderator benötigt daher Kompetenzen, die sich auf die Gestaltung von Gruppenprozessen beziehen, und spezifische Fertigkeiten im Hinblick auf das Qualitätszirkelkonzept. Beide Anforderungen setzen eine entsprechende Schulung voraus. Wünschenswert und vorteilhaft sind eigene praktische Erfahrungen in der Qualitätszirkelarbeit vor der Ausbildung zur Moderatorin oder zum Moderator eines Qualitätszirkels.

Die Basis einer erfolgreichen Arbeit des Qualitätszirkels wird durch die Moderation gelegt, die unter Nutzung der üblichen Moderationsfähigkeiten das Konzept vermittelt und die Gruppe in einer dokumentierten fallorientierten Arbeitsweise unterstützt.

Moderierende wirken im Qualitätszirkel als Mittler zwischen den an den Qualitätszirkeln Beteiligten. Es ist ihre Aufgabe, das Qualitätszirkelkonzept vor Ort eigenständig umzusetzen, indem sie einen Qualitätszirkel initiieren, organisieren und moderieren.

# Das Modellprojekt – Rahmenbedingungen, Ablauf und Begleit- forschung

## RAHMENBEDINGUNGEN DES MODELLPROJEKTS

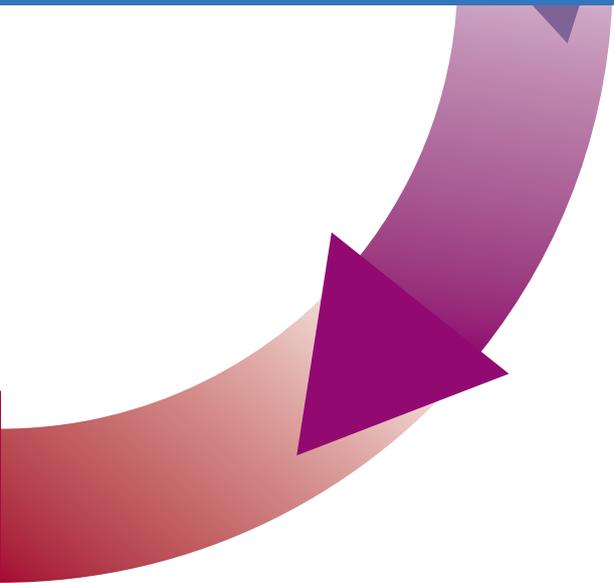
# 39

Hintergrund zum Modellprojekt	39
Konzeption	40
Ziele	41
Bottom-up-Handlungsempfehlungen	41
Von Lösungsvorschlägen im IQZ zur Handlungs- empfehlung für die kooperative Beratung	41
Die Schlüsselrolle der Fallarbeit bei der Generierung IQZ-interner Handlungsleitlinien	43
Methodische Vorgaben	44
Zielgruppe	44
Modellstandorte	44

## ABLAUF DES MODELLPROJEKTS

# 45

Gewinnung von Projektteilnehmenden	46
Informationsveranstaltungen	46
Gewinnung von Moderierenden	48
Schulung der Moderierenden	48
Berufsgruppeninterne Vorbereitung	52
Durchführung der Qualitätszirkel	53



## BEGLEITFORSCHUNG

55

Ziele der Begleitforschung	55
Ergebnisevaluation	56
Inhaltliche Dokumentation der Qualitätszirkelarbeit	56
Evaluation der IQZ-Durchführung und Konzeptumsetzung	56
Instrumente der Begleitforschung	57
Auswertung	57

**PROJEKTSKIZZE: EIN MODELLPROJEKT DER BZgA****LAUFZEIT**

Oktober 2002 bis Oktober 2004 (erste Projektphase)

August 2004 bis August 2007 (zweite Projektphase)

**PROJEKTLÉITUNG**

Manfred Cierpka

Astrid Riehl-Emde

Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie,  
Universität Heidelberg

Ottomar Bahrs

Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie,  
Arbeitsbereich Primärversorgung, Universität Göttingen

**WISSENSCHAFTLICHE MITARBEIT UND PROJEKTMANAGEMENT**

Rita Kuhn, Universität Heidelberg

Ulrike Schmidt, Universität Göttingen

**WEITERE WISSENSCHAFTLICHE MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER**

Björn Jung, Universität Göttingen

Axel Dewald, Universität Heidelberg

Anette Bruder, Universität Heidelberg

**ZIELSETZUNG**

Förderung der Beratungsqualität in der PND,  
Verbesserung der Versorgungsstruktur für Schwangere,  
Verankerung von psychosozialer Beratung im Kontext von PND,  
Förderung der Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und  
psychosozialen Berufsgruppen.

**ZIELGRUPPE**

Fachkräfte in der Schwangerenversorgung und -beratung zu Pränataldiagnostik:  
Ärztinnen bzw. Ärzte und Fachkräfte aus der psychosozialen Beratung

**UMSETZUNGSKONZEPT**

Einrichtung von interprofessionellen Qualitätszirkeln an sechs verschiedenen  
Standorten

**WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG**

Projektteam Heidelberg: Ergebnisevaluation und Inhaltsanalyse der IQZ-Arbeit

Projektteam Göttingen: Prozessevaluation und Evaluation der IQZ-

Durchführung und Konzeptumsetzung

**SCHULUNG DER MODERATORINNEN UND MODERATOREN**

Dirk Pohl

Martina Weiss

Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation e. V. (GeMeKo)

Unter Mitwirkung von Axel Dewald und Rita Kuhn

## RAHMENBEDINGUNGEN DES MODELLPROJEKTS

Die BZgA verfolgte mit dem Modellprojekt „Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“ das Ziel, die Versorgungssituation von Schwangeren und ihren Partnern im Kontext der Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik (PND) zu verbessern. Um das zu erreichen, sollte die Kooperation von Fachleuten aus der Medizin und aus der psychosozialen Beratung gefördert und verbessert werden.

## HINTERGRUND ZUM MODELLPROJEKT

Pränataldiagnostik wird von schwangeren Frauen in immer stärkerem Maße als Teil der Schwangerenvorsorge betrachtet. Da Schwangere heute darüber hinaus bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt Informationen über den Gesundheitszustand des Fötus erhalten können, lässt sich ein höherer Beratungsbedarf in der Schwangerenvorsorge vermuten. Das betrifft zuerst einmal die Ärzteschaft, die über die möglichen pränataldiagnostischen Untersuchungen und deren Ergebnisse aufklären muss. Welche Angebote können in Anspruch genommen werden und was sind im Einzelfall „individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL), für die sich Patientin entscheiden kann, die sie aber selbst bezahlen muss? Die zunehmenden pränataldiagnostischen Möglichkeiten führen auch zu Veränderungen bei den Beratungsanlässen.

Werden im Zuge pränataldiagnostischer Untersuchungen Krankheiten oder Störungen in der Entwicklung des Fötus festgestellt, führen solche Befunde oftmals zu schweren Konflikten bei den Frauen (und ihren Partnern). Die Schwangerschaft verläuft nicht mehr „normal“, sie ist belastet. Betroffene müssen sich bei auffälligen Befunden mit ethischen Fragen auseinandersetzen, sie müssen z. B. abwägen, ob sie sich dem Leben mit einem behinderten Kind gewachsen fühlen und sich für oder gegen das weitere Austragen der Schwangerschaft entscheiden. Der medizinische Fortschritt kann für werdende Mütter bzw. Eltern Fragen und Schwierigkeiten aufwerfen, deren Entscheidung bzw. Bewältigung ihre alleinigen Fähigkeiten überfordert. Viele werdende Eltern brauchen in dieser Situation Unterstützung, um eine für sie angemessene Lösung zu finden. Die ergebnisoffene psychosoziale Beratung kann bei der Bewältigung der Probleme und der Suche nach der „richtigen“ Entscheidung helfen.

Nach § 2 des Schwangerenkonfliktgesetzes<sup>1</sup> haben Betroffene einen Rechtsanspruch sowohl auf medizinische als auch auf psychosoziale Beratung, sie finden den Weg in psychosoziale Beratungsstellen jedoch nur selten. Die Ursachen dafür sind vielfältig: Schwellenängste gegenüber „psychologischen“ Angeboten können eine Rolle spielen. Viele Schwangere kennen zudem ihren Rechtsanspruch auf Beratung nicht, und zum Teil werden sie von Ärzten und Ärztinnen nicht oder nicht überzeugend genug darüber informiert.<sup>2</sup>

Psychosoziale Beratung ist eine Ergänzung der medizinischen Beratung. Untersuchungen und Projekte im Bereich „Pränataldiagnostik“ haben jedoch gezeigt, dass die

**1** „Jede Frau und jeder Mann hat das Recht, sich ... in Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie in allen eine Schwangerschaft mittelbar berührenden Fragen von einer hierfür vorgesehenen Beratungsstelle informieren und beraten zu lassen.“

**2** Vgl. z. B. BZgA (2006)

an der Betreuung von Schwangeren und ihren Partnern Beteiligten nur unzureichend zusammenarbeiten.<sup>3</sup> Hier setzt das Modellprojekt der BZgA an mit dem Ziel, dass

- Schwangere – gerade nach auffälligem Befund – eine umfassende Beratung erhalten,
- Schwangere über ihren Rechtsanspruch auf (psychosoziale) Beratung informiert werden,
- dazu notwendige Kooperationsstrukturen zwischen den in der Schwangerenvorsorge tätigen Berufsgruppen geschaffen werden.

Da sich fast alle Schwangeren durch einen Gynäkologen oder eine Gynäkologin betreuen lassen, kommt dieser Berufsgruppe bei der offensiven Bekanntmachung des psychosozialen Beratungsangebots eine zentrale Rolle zu: Sie müssen in ihrer Schnittstellenfunktion gewonnen werden. Für die Realisierung der angestrebten Kooperation ist es ein wesentlicher Schritt, die beiden Berufsgruppen regional miteinander ins Gespräch zu bringen. Aus anderen Projekten ist bekannt, dass große Vorbehalte zwischen den Berufsgruppen bestehen. Voraussetzung für eine Annäherung ist daher, bestehendes Misstrauen, stereotype Bilder und vorhandene Berührungsängste gegenüber der jeweils anderen Gruppe abzubauen, damit Informationen über die verschiedenen Arbeitsweisen der Beteiligten überhaupt auf einen fruchtbaren Boden fallen können und mögliche Konkurrenzen erst gar nicht entstehen.

## KONZEPTION

Ein möglicher Handlungsansatz, Ärzteschaft und Fachkräfte der psychosozialen Beratung zu einem fachlichen Austausch zu motivieren, liegt darin, ihre Kompetenzen zu bündeln und die unterschiedlichen beruflichen Perspektiven zueinander in Bezug zu setzen. Um dies zu erreichen, wurde das hier vorgestellte Modellprojekt „Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik (IQZ)“ initiiert. Die Methode „Qualitätszirkel“, eine Form angeleiteter, gleichberechtigter Gruppenarbeit, wurde gewählt, weil in dem von der BZgA geförderten Projekt „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention“ belegt werden konnte, dass diese Arbeitsform eine Möglichkeit bietet, Kooperationen im Gesundheitswesen zu initiieren, zu verbessern und zu fördern.

Diese Erfahrungen der Universität Göttingen mit der Qualitätszirkelarbeit wurden mit den Erkenntnissen von der Universität Heidelberg aus dem Projekt „Entwicklung von Beratungskriterien bei zu erwartender Behinderung eines Kindes“ zu einem neuen Modellprojekt verbunden. Das Modellprojekt wurde also als inhaltliche und methodische Konsequenz zweier Vorläuferprojekte entwickelt.<sup>4</sup>

**3** Zum Beispiel Modellprojekt des Bundes „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung von Schwangeren bei zu erwartender Behinderung des Kindes“ (1999–2001)

**4** ZUM EINEN: „Entwicklung von Beratungskriterien zur Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“, gefördert vom BUNDEMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (1998–2001); Projektleitung: M. CIERPKA, Universität Heidelberg. Vgl. z. B. BMFSFJ (2001); DEWALD & CIERPKA (2002). Zum anderen: „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“, gefördert von der BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (1999–2003), Projektleitung: O. BAHRs, Universität Göttingen. Ergebnisse aus dem Modellprojekt vgl. z. B. BAHRs (2005).

## ZIELE

Das übergeordnete Ziel des Modellprojekts „Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik“ bestand darin, die Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und psychosozialen Berufsgruppen im Kontext von Pränataldiagnostik (PND) zu fördern, um die Versorgungssituation von Schwangeren zu verbessern und die psychosoziale Beratung stärker in der Versorgungsstruktur zu PND zu verankern. Im Rahmen der interprofessionellen Qualitätszirkelarbeit sollten die Vorteile eines solchen Zusammenwirkens konkret und praxisnah erfahrbar gemacht werden. Außerdem sollten die derzeitige Kooperationspraxis und die wechselseitigen Einstellungen bei den beteiligten Akteurinnen und Akteuren erfasst, Hemmnisse, die einer Kooperation entgegenstehen, identifiziert und deren Veränderbarkeit sollte im Rahmen von Qualitätszirkelarbeit überprüft werden.

Ein konkretes und praxisbezogenes Ziel der interprofessionellen Qualitätszirkelarbeit sollte die Entwicklung von Bottom-up-Leitlinien für eine ganzheitliche Beratung von Schwangeren und ihren Partnern sowie ihre Veranschaulichung an exemplarischen Fällen sein.

## BOTTOM-UP-HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

In der derzeitigen Diskussion über die Reichweite von Leitlinien besteht Übereinstimmung darüber, dass der Nutzen des jeweils empfohlenen diagnostischen und therapeutischen Vorgehens wissenschaftlich nachgewiesen (evidenzbasiert<sup>5</sup>) sein soll. Randomisiert-kontrollierte Studien genießen die höchste Wertschätzung<sup>6</sup>, sind aber nicht immer möglich und für den Bereich der Kooperationsförderung in der Schwangerenversorgung schon aus ethischen Gründen ausgeschlossen. Die bislang vorliegenden Empfehlungen sind der (niedrigsten) Ebene 4 zuzuordnen und noch zu wenig konkret, um eine praktische Orientierung für das Alltagshandeln darstellen zu können. Vor diesem Hintergrund bietet es sich an, Erfahrungswissen und Problembewusstsein der praktisch Tätigen in einer qualitativen Studie zu bündeln, um schrittweise „Bottom-up“-Empfehlungen zu erarbeiten. Dieses Vorgehen hat sich im Bereich der hausärztlichen Versorgung bewährt.<sup>7</sup>

## VON LÖSUNGSVORSCHLÄGEN IM IQZ ZUR HANDLUNGSEMPFEHLUNG FÜR DIE KOOPERATIVE BERATUNG

Die Entwicklung von „Bottom-up“-Empfehlungen ist ein mehrstufiger Prozess, der hier idealtypisch dargestellt wird. Im ersten Schritt stellt eine ärztliche bzw. psychosoziale Fachkraft einen Fall aus ihrer Beratungspraxis im IQZ vor. In der Diskussion werden fallbezogene Vorschläge für angemessenes Handeln in der Beratung zu PND erarbeitet, wobei insbesondere Möglichkeiten und Grenzen der interprofessionellen Kooperation zu berücksichtigen sind. Bei weiteren Treffen werden dann kontrastie-

**5** Zu den Grenzen der Evidenzbasierung vgl. MUTH, BEYER, GENSICHEN, GERLACH (2008)

**6** Die folgenden Evidenzklassen werden unterschieden

([http://de.wikipedia.org/wiki/Evidenzbasierte\\_Medizin](http://de.wikipedia.org/wiki/Evidenzbasierte_Medizin), 11.11.2007):

1: Es gibt ausreichende Nachweise für die Wirksamkeit aus systematischen Überblicksarbeiten (Meta-Analysen) über zahlreiche randomisiert-kontrollierte Studien.

2: Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus zumindest einer randomisierten, kontrollierten Studie.

3: Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus methodisch gut konzipierten Studien, ohne randomisierte Gruppenzuweisung.

4a: Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus klinischen Berichten.

4b: Stellt die Meinung respektierter Experten dar, basierend auf klinischen Erfahrungswerten bzw. Berichten von Experten-Komitees.

**7** SANDHOLZER, CIERPKA, FRITZSCHE, HÄRTER, RICHTER, WIRSCHING, DETER, BRUCKS, GEYER (2003); BAHRS (2007)

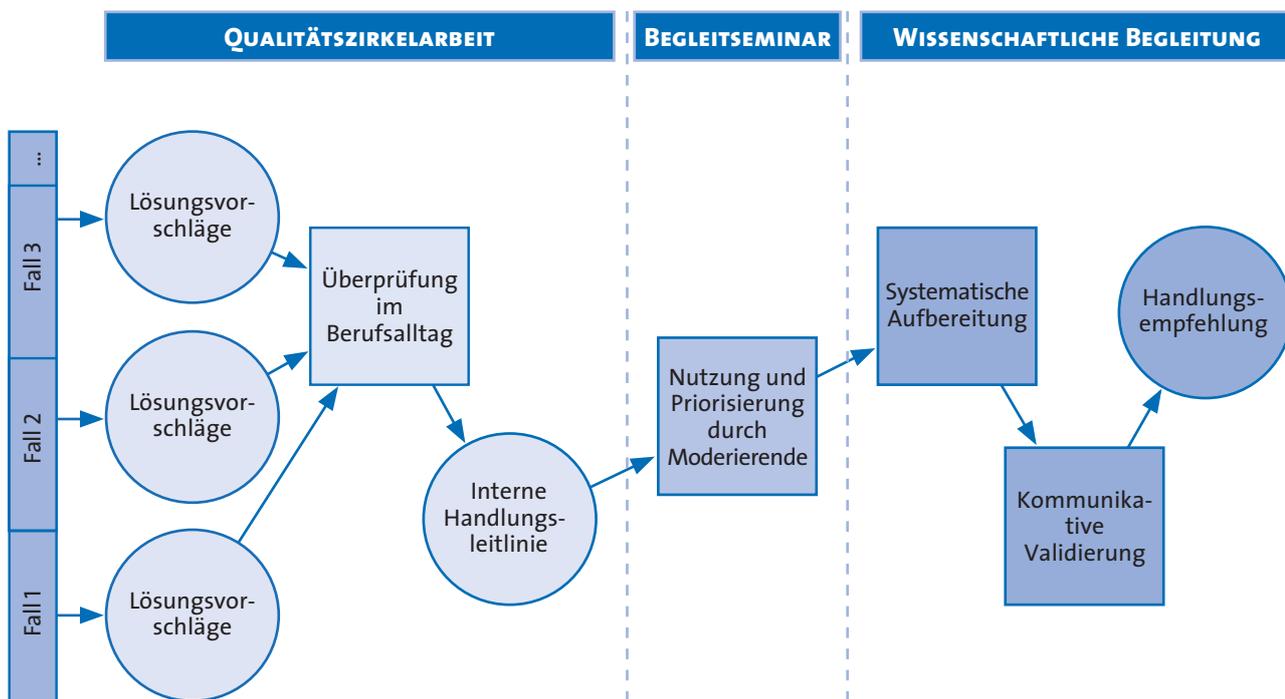
rende Fälle zur Diskussion gestellt und ebenso fallbezogenen Lösungen für das weitere Vorgehen erarbeitet. In der Folge werden die entwickelten Handlungsalternativen im Berufsalltag erprobt und über Erfahrungen bei der praktischen Umsetzung im IQZ berichtet. Die Empfehlungen werden so kontinuierlich korrigiert und erweitert sowie in einer zirkelinternen Leitlinie zusammengefasst.

Die am Projekt beteiligten IQZ entwickeln auf diese Weise zirkelinterne Leitlinien, die sich auf die Möglichkeiten und Grenzen ihrer Teilnehmenden beziehen und den regional unterschiedlichen Gegebenheiten Rechnung tragen. Im nächsten Schritt werden die verschiedenen internen Leitlinien zusammengefasst. Dazu ist in der Regel die Unterstützung durch eine wissenschaftliche Begleitung erforderlich, die die diskutierten Fallkonstellationen sondiert und zu ausgewählten prototypischen Fällen aufbereitet. Diese Fallvignetten werden dann im Kreis der Moderierenden zur Diskussion gestellt, um auf Grundlage der zirkelinternen Leitlinien eine Einigung darüber herzustellen, was in einer gemeinsamen Handlungsempfehlung zu berücksichtigen ist.

Das Ergebnis wird von der wissenschaftlichen Begleitung systematisch aufbereitet, und die Moderierenden nehmen abschließend dazu Stellung. Diese kommunikative Validierung führt nochmals zu Veränderungen.

ABBILDUNG 2-1

**VON LÖSUNGSVORSCHLÄGEN IM IQZ ZUR HANDLUNGSEMPFEHLUNG FÜR DIE INTERPROFESSIONELLE BERATUNG ZU PND**



Quelle: BZgA 2007

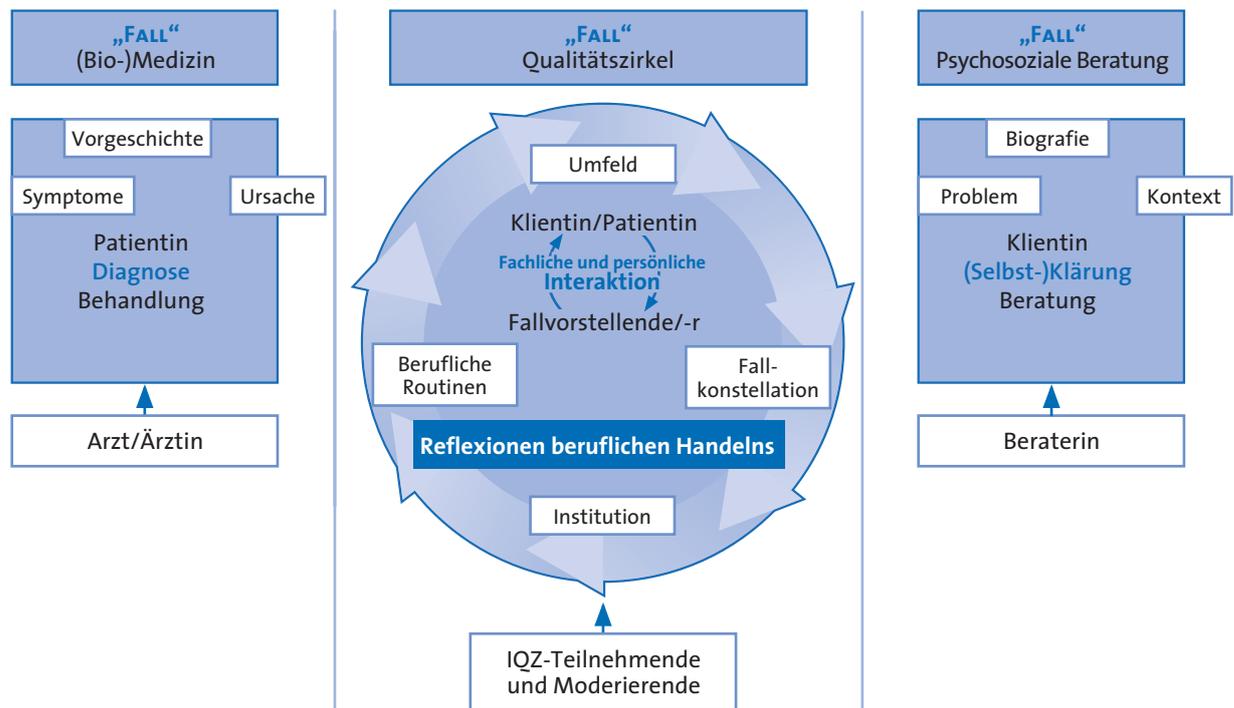
Der Prozess der Erstellung der in Kapitel 5 vorgestellten Handlungsempfehlungen für die kooperative Beratung (vgl. Abbildung 2-1) ist sorgfältig dokumentiert. Insgesamt wird das im Projekt versammelte Erfahrungswissen von mehr als einhundert Personen berücksichtigt. Gleichwohl ist festzuhalten, dass im Rahmen weiterer IQZ-Arbeit und Praxistests Modifikationen der Handlungsempfehlungen zu erwarten sind.

### DIE SCHLÜSSELROLLE DER FALLARBEIT BEI DER GENERIERUNG IQZ-INTERNER HANDLUNGSLEITLINIEN

Im IQZ kommt der Fallarbeit in besonderer Weise eine Schlüsselrolle zu, weil sie den gemeinsamen Erfahrungsraum der Beteiligten erschließen lässt und die Zirkelteilnehmenden zwingt, ihr Fallverständnis, das vor dem Hintergrund von Ausbildung und institutionellen Bedingungen je unterschiedlich geprägt ist (vgl. Abbildung 2-2), aufeinander zu beziehen. Die handlungsentlastete Diskussion im IQZ macht daher exemplarisch eine Problemaushandlung möglich, die im Berufsalltag schon deshalb unterbleibt, weil sich die Beteiligten kaum begegnen. Die Falldiskussion führt bei allen Beteiligten zu einem erweiterten Fallverständnis und zu einem Zugewinn an Handlungsoptionen. Die generierten zirkelinternen Leitlinien sind keine abstrakten Einigungen, sondern beziehen sich auf konkrete Personen und deren Verhaltensmöglichkeiten im Beratungsprozess.

ABBILDUNG 2-2

DER „FALL“ IM UNTERSCHIEDLICHEN BERUFLICHEN VERSTÄNDNIS



Quelle: BZgA 2007

## METHODISCHE VORGABEN

Das Modellprojekt gliederte sich in zwei Teilprojekte. In der ersten Phase sollten interprofessionelle Qualitätszirkel (IQZ) an drei Standorten in Baden-Württemberg eingerichtet werden.<sup>8</sup> Die Erfahrungen aus dieser ersten Phase sollten aufbereitet werden und erste Schlussfolgerungen für die Implementierung liefern.

In der zweiten Phase sollte an drei weiteren Standorten, die sich regional und strukturell von denen der ersten Phase unterschieden, das bisher erarbeitete Material überprüft und ggf. modifiziert werden. Durch den Vergleich der Standortbedingungen sollten zusätzliche Erkenntnisse für die zukünftige Implementierung gewonnen werden.<sup>9</sup>

Die Konzeption sah für beide Projektphasen eine wissenschaftliche Begleitung vor. Die Ergebnisse der Evaluation sollten die Grundlage für eine Breitenimplementierung von IQZ schaffen und so zum Aufbau eines umfassenden und vor allem vernetzten Beratungsangebots für schwangere Frauen beitragen. Darüber hinaus sollten Kriterien für die breitere Installierung von IQZ formuliert und unterstützende Materialien erarbeitet werden.

### ZIELGRUPPE

Zielgruppen des Modellprojekts waren ärztliche und psychosoziale Berufsgruppen, die im Kontext von PND tätig sind. Auf Seiten der Ärzteschaft richtete es sich primär an Fachärztinnen bzw. -ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie für Humangenetik, die in Universitätskliniken, Krankenhäusern oder in freier Praxis in diesem Bereich medizinisch beratend tätig sind. Im Bereich psychosoziale Beratung sollten vor allem beratend tätige Fachkräfte aus Schwangerschafts- bzw. Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen und aus universitären Beratungseinrichtungen zur PND (z. B. humangenetische Beratungsstellen) mit einer dafür typischen Berufsausbildung (z. B. in Sozialpädagogik) und/oder entsprechender Fortbildung (z. B. staatlich anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatung) erreicht werden.

### MODELLSTANDORTE

Das Modellprojekt wurde an sechs Standorten durchgeführt, wobei Städte aus den alten und aus den neuen Bundesländern sowie mit ländlicher und städtischer Versorgungsstruktur ausgewählt wurden.

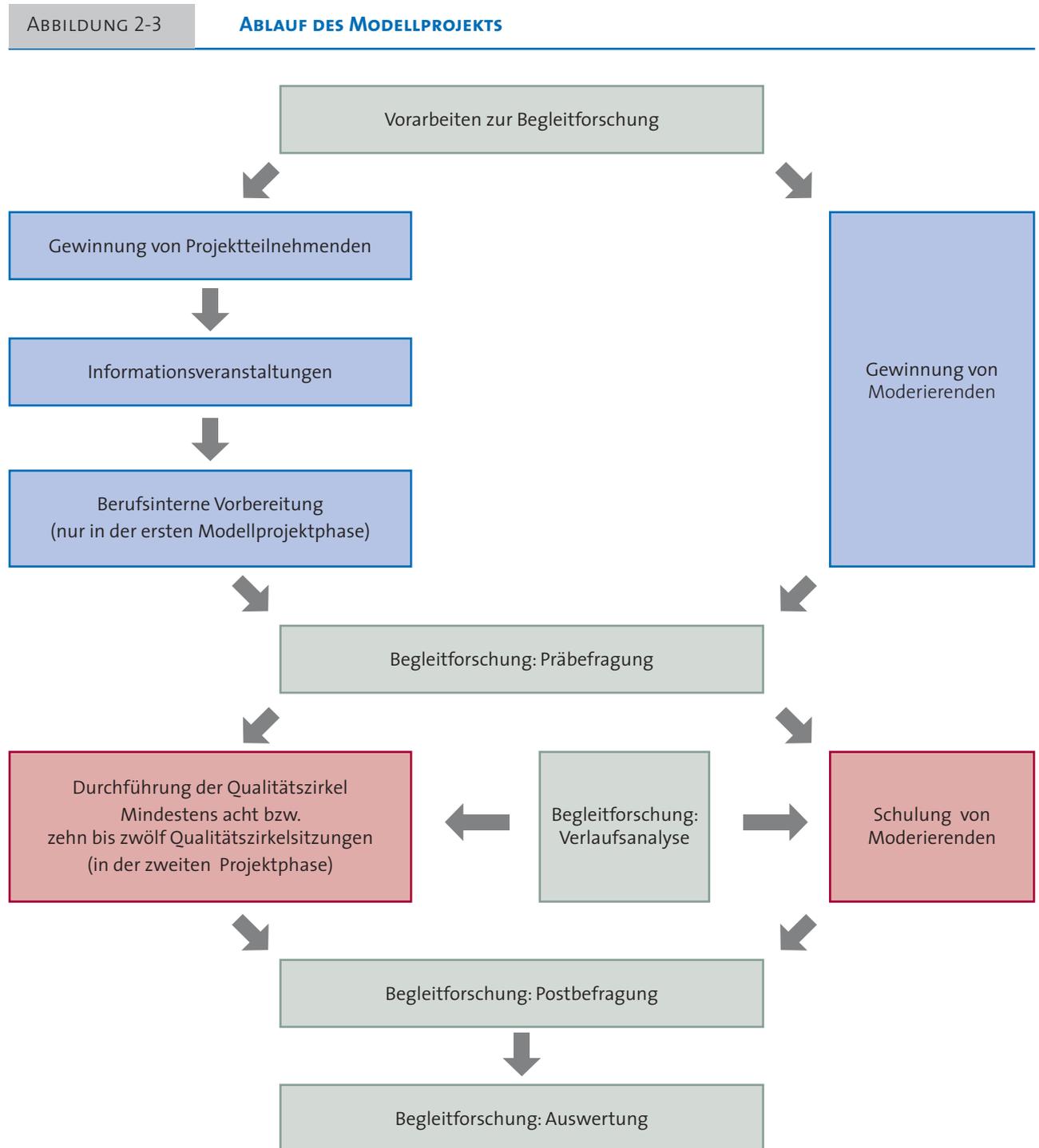
In der ersten Projektphase waren drei Standorte aus den alten Bundesländern beteiligt (Freiburg, Heidelberg, Mannheim), an denen schon erste Kooperationen in den Universitätsfrauenkliniken zwischen Ärzteschaft und Beratung bestanden. In der zweiten Projektphase nahmen Standorte aus den neuen Bundesländern und ein Standort in Bayern teil (Augsburg, Erfurt, Schwerin). Hier gibt es keine Universitätsfrauenkliniken und mögliche Strukturen für eine Zusammenarbeit mussten neu geschaffen werden – unter völlig anderen Rahmenbedingungen als in der ersten Projektphase.

**8** Da sich – so die Erfahrungen aus dem Heidelberger Vorläuferprojekt – vor allem die Ärzteschaft über die Arbeitsweise der psychosozialen Beraterinnen nur ein unzureichendes Bild machen konnten, waren im Vorfeld der IQZ-Arbeit berufsinterne Treffen vorgesehen, um spezifische „Berufsprofile“ zu erarbeiten.

**9** Beide Projektphasen waren auf eineinhalb Jahre mit acht IQZ-Sitzungen konzipiert. Aufgrund von Erfahrungen aus der ersten Projektphase wurde dieser Zeitraum verlängert. Durch die Modifikation des Konzepts erhöhte sich die Zahl der Sitzungen auf zehn bis zwölf. Da die berufsinternen Treffen sich als wenig effektiv, sogar hinderlich für den Gruppenbildungsprozess erwiesen, wurde die Konzeption für die zweite Phase modifiziert; die IQZ sollten direkt mit der gemeinsamen Arbeit beginnen.

## ABLAUF DES MODELLPROJEKTS

Die Ablaufstruktur des Modellprojekts ist schematisch in Abbildung 2-3 dargestellt.



Quelle:  2007

## GEWINNUNG VON PROJEKTEILNEHMENDEN

Im Vorfeld der konkreten Projektdurchführung lag der Schwerpunkt der Arbeit im Bereich Planung und Organisation, um optimale Startbedingungen für die Initiierung von interprofessionellen Qualitätszirkeln zu erhalten. Die Ansprache und Gewinnung von Projektteilnehmenden erfolgte in mehreren Schritten. Zunächst wurden pro Standort über örtliche Telefonbücher und Beratungsverzeichnisse<sup>10</sup> die gewünschten Zielgruppen ermittelt. An Standorten mit eher ländlicher Versorgungsstruktur erstreckte sich die Recherche auf einen Umkreis von bis zu 50 km. Dann wurden die Mitarbeitenden aller recherchierten Einrichtungen bzw. Praxen schriftlich zu einer Informationsveranstaltung am jeweiligen Standort eingeladen.

Insgesamt wurden pro Standort zwischen 45 und 80 ärztliche und psychosozial beratende Fachkräfte aus Institutionen (Beratungsstellen, Kliniken und Arztpraxen) angeschrieben. Da an allen sechs Standorten deutlich weniger Beratungsstellen als Arztpraxen und klinische Einrichtungen existieren, wurden deutlich mehr Ärztinnen bzw. Ärzte angeschrieben als Fachkräfte der psychosozialen Beratung.

## INFORMATIONSVANSTALTUNGEN

Jede Informationsveranstaltung wurde von mindestens einer Projektmitarbeiterin aus Heidelberg und einem Ausbilder des Lehrgangs für Moderierende (Göttingen) durchgeführt. Die Anwesenden wurden ausführlich über Hintergrund, Nutzen, Ziel, Konzept und Ablauf des Projektvorhabens informiert. Alle Anwesenden erhielten ein Handout mit den wichtigsten Projektinformationen und hatten ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen. An jedem Standort wurde eine örtliche Ansprechperson gewählt, die zusammen mit der Mitarbeiterin aus Heidelberg die Koordination vor Ort und die weitere Anwerbung von Teilnehmenden unterstützen sollte. Die Informationsveranstaltungen dauerten jeweils eineinhalb bis zwei Stunden.

- Am Standort Freiburg nahmen von 56 Personen, die zur Informationsveranstaltung eingeladen worden waren, 16 (28,6 %) Personen teil: zwölf von 43 eingeladenen Ärztinnen und Ärzten (27,9 %), drei von 13 eingeladenen Beraterinnen (23,1 %) sowie eine Hebamme.
- Am Standort Heidelberg waren zwölf von 53 eingeladenen Personen (22,6 %) anwesend: sechs von 38 eingeladenen Ärztinnen und Ärzten (15,8 %) und sechs von 15 eingeladenen Beraterinnen (4 %).
- Am Standort Mannheim nahmen von 59 eingeladenen Personen sechs Personen teil (10,2 %): fünf der 43 eingeladenen Ärztinnen und Ärzte (11,6 %) und eine von 16 eingeladenen Vertreterinnen und Vertretern der psychosozialen Berufsgruppe.
- Am Standort Augsburg existierte bereits ein Arbeitskreis zum Thema PND, der zum Zeitpunkt der Anwerbung aus insgesamt 13 Personen (zwei Klinikärztinnen bzw. -ärzte, zwei niedergelassene und neun Personen aus psychosozialen Berufsfeldern) bestand und sich aktiv um die Teilnahme am Modellprojekt bemüht hatte.
- Am Standort Erfurt waren 32 von 84 eingeladenen Personen (38,1 %) anwesend: 18 von 71 eingeladenen Ärztinnen und Ärzten (25,4 %) und elf von 13 eingeladenen Beraterinnen (84,6 %) sowie zwei Hebammen.

<sup>10</sup> Zum Beispiel DEUTSCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR JUGEND- UND EHEBERATUNG E. V. (DAJEB)

ABBILDUNG 2-4

## TEILNAHME AN DER INFORMATIONSVERANSTALTUNG NACH BERUFSGRUPPE

Berufsgruppe	Freiburg	Heidelberg	Mannheim	Augsburg	Erfurt	Schwerin
Ärztinnen bzw. Ärzte (inklusive Biologe)	12	6	5	4	18	6
Fachkräfte der psychosozialen Beratung	3	6	1	9	11	9
Andere (z. B. Hebammen)	1	–	–		2	–
Insgesamt	16	12	6	13	32	15

Quelle: BZgA Datensatz „IQZ in der PND“ 2007

- Am Standort Schwerin waren 15 von 70 eingeladenen Personen (21,4 %) anwesend: sechs der 51 eingeladenen Ärztinnen bzw. Ärzte (9,8 %) und neun von 19 eingeladenen Beraterinnen (47,4 %).

Im Anschluss an die Informationsveranstaltung gab es noch wenig verbindliche Teilnahmezusagen. Darüber hinaus waren an fast allen Standorten relativ wenig niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte vertreten. Deswegen wurden die Bemühungen, Teilnehmende zu gewinnen, nach der Informationsveranstaltung fortgesetzt, und es wurde gezielt bei niedergelassenen Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen um Teilnahme am Modellprojekt geworben.

Im Rahmen der Informationsveranstaltungen ergaben sich bereits erste Hinweise auf je nach Standort unterschiedliche Vorbehalte und Hoffnungen, die sich um die Teilnahme am Modellprojekt rankten. Trotz zahlreicher Bedenken überwogen offensichtlich die positiven Erwartungen, denn an allen sechs Standorten wurden Qualitätszirkel eingerichtet.

Etwa ein bis zwei Monate nach den Informationsveranstaltungen und nach Abschluss der gezielten Nachfrage bei Gynäkologinnen und Gynäkologen waren in Freiburg 25, in Heidelberg 15, in Mannheim 17, in Augsburg 25, in Erfurt 15 und in Schwerin 17 Personen an einer Teilnahme interessiert.

Die Ärzteschaft konnte für die Teilnahme am Qualitätszirkel Fortbildungspunkte erwerben. Voraussetzung dafür war, dass die jeweilige ärztliche Moderationskraft den IQZ bei der örtlichen kassenärztlichen Vereinigung (KV) anmeldete. Die Anzahl der anerkannten Fortbildungspunkte gestaltete sich regional unterschiedlich. Nach Abschluss der Zirkelphase erhielten die Teilnehmenden aller Berufsgruppen in der zweiten Projektphase ein Zertifikat über die Teilnahme am IQZ, das von den jeweils zuständigen Sozialministerien anerkannt wurde.

## IMPULSE

Anerkennung und Zertifizierung

## GEWINNUNG VON MODERIERENDEN

Die Gewinnung von Moderierenden erfolgte ebenfalls in mehreren Teilschritten. Bereits im Rahmen der oben beschriebenen Informationsveranstaltungen wurden alle Anwesenden von einem der verantwortlichen Ausbilder der Moderationsschulung ausführlich über Ziel, Funktion und Rolle der Moderation sowie über den Umfang der Ausbildung informiert.

### IMPULSE

Anerkennung und Zertifizierung

Für die Ärzteschaft:

- Anerkennung der Schulungsseminare als ärztliche **Fortbildung** (Beantragung bei den regionalen kassenärztlichen Vereinigungen (KV) durch die Projektgruppen in Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern) und damit die Möglichkeit, für die Teilnahme am Seminar zusätzliche Fortbildungspunkte zu erwerben
- Anerkennung der Ausbildung zur Qualitätszirkelmoderation in der zweiten Projektphase (in der Regel von den Landesärztekammern anerkannt, so dass auch zukünftig andere Qualitätszirkel geleitet werden können)

Für die psychosoziale Berufsgruppe:

- Zertifikat über die Ausbildung zur Qualitätszirkelmoderatorin bzw. zum Qualitätszirkelmoderator durch die jeweils zuständigen Sozialministerien in der zweiten Projektphase

Insbesondere an den Standorten der ersten Projektphase erwies sich die Gewinnung von Moderierenden als schwierig. Vor allem unter den ärztlichen Teilnehmenden waren zunächst nur wenige bereit, den zusätzlichen Arbeitsaufwand auf sich zu nehmen. An fünf der sechs Standorte fanden sich schließlich nicht nur zwei, sondern drei Personen, die sich bei Bedarf (z. B. bei Krankheit) gegenseitig unterstützen konnten.

## SCHULUNG DER MODERIERENDEN

Die praxisbegleitende Fortbildung zur Qualitätszirkelmoderation bestand aus einem zweieinhalbtägigen Einführungsseminar, fünf anderthalbtägigen Begleitseminaren und einem anderthalbtägigen Abschlusssseminar. Das Einführungsseminar fand vor Beginn der Qualitätszirkelarbeit statt. Spätestens nach den Einführungsseminaren initiierten die Moderierenden ihre IQZ, um beim ersten Begleitseminar aus der konkreten Praxis berichten zu können. Die Begleitseminare wurden parallel zur Qualitätszirkelpraxis in einem Abstand von etwa einem Vierteljahr durchgeführt. Das Abschlusssseminar wurde sechs Monate nach Abschluss der Modellphase durchgeführt.

Die begleitende Schulung sollte vor allem die optimale Umsetzung der Qualitätszirkelarbeit gewährleisten und eine professionelle Unterstützung der Moderationstätigkeit bieten.

Die IQZ sollten gleichberechtigt durch eine Ärztin bzw. einen Arzt und eine Fachkraft aus der psychosozialen Beratung moderiert werden. Diese Konstruktion sollte den Moderierenden wechselseitige Entlastung ermöglichen und der zu erwartenden Interessenkonstellation der verschiedenen Berufsgruppen in den Qualitätszirkeln Rechnung tragen. Die Moderation im Team hatte sich in ärztlichen Qualitätszirkeln besonders dann bewährt, wenn systematisch Perspektivenunterschiede zu berücksich-

tigen waren. Da Moderierende Vorbildfunktion haben, sollte die interdisziplinäre Moderation als Modell für berufsübergreifende Zusammenarbeit im Alltag dienen.<sup>11</sup>

Die Aufgaben der Moderation bestand darin,

- die Arbeitsfähigkeit der Gruppe zu sichern,
- das Qualitätszirkelkonzept zu vermitteln,
- die Teilnehmenden bei der fallorientierten Arbeitsweise zu unterstützen und
- ihnen eine kritische Analyse ihres dokumentierten Alltagshandelns zu ermöglichen.

Die Moderation erfordert neben den üblichen Moderationsfähigkeiten auch spezifische methodische Kompetenzen. Der eineinhalbjährige Lehrgang ermöglichte eine praxisbegleitende Fortbildung zur Moderatorin bzw. zum Moderator von Qualitätszirkeln nach Maßgabe des Modellprojekts „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“.

### EXKURS: LEHRGANGSKONZEPT UND SEMINARAUFBAU

Der Lehrgang sollte den Teilnehmenden ermöglichen, selbstständig einen IQZ aufzubauen und durchzuführen. Der Lehrgang begleitete über eineinhalb Jahre (pro Projektphase) die praktische Arbeit der IQZ.

#### KONKRETE INHALTLICHE ELEMENTE DES LEHRGANGS

- Sensibilisierung für das Thema und mögliche Konflikte in der Zusammenarbeit
- Modellhaftes Lernen („Qualitätszirkelprinzip“)
- Erfahrungsbezug (Praxisbegleitung)
- Kleingruppenarbeit
- Kontinuität, Stützung in der und durch die Gruppe
- Teilnehmerorientierung
- Praktische Übungen
- Gezielte Unterstützungsangebote (z. B. praktische Unterstützung bei der Förderung von konkreten kooperativen Arbeitsbeziehungen)
- Gegenseitiges Coaching der Moderierenden
- Einführung in den Umgang mit vorliegenden Materialien
- Unterstützung beim Aufbau einer fachübergreifenden Kooperation
- Anregungen und Begleitung der inhaltlichen IQZ-Arbeit

Weiter nächste Seite

<sup>11</sup> BAHRs et al. (2001)

## WEITER EXKURS: LEHRGANGSKONZEPT UND SEMINARAUFBAU

### ARBEITSWEISEN IM LEHRGANG

- Intensive Kleingruppenarbeit
- Wechsel von Plenum und Kleingruppe
- Arbeit an konkreten Situationen aus der Arbeitspraxis
- Lernen im Qualitätszirkelmodell
- Aktive Pausen

### EINFÜHRUNGSSEMINAR

Das zweieinhalbtägige Einführungsseminar hatte zum Ziel, die Teilnehmenden zu befähigen, in ihrem Arbeitsbereich einen eigenen Qualitätszirkel zu initiieren und zu leiten. Dementsprechend wurde das Qualitätszirkelkonzept erfahrungsnah und mit Bezug auf die jeweilige Arbeitspraxis vermittelt. Die Lehrgangsteilnehmenden bildeten gleichsam einen Qualitätszirkel von Moderierenden und konnten so am eigenen Beispiel die Entwicklung einer Kultur des Feedbacks erproben. Weiterhin sollte bereits frühzeitig ein Netz wechselseitiger Kooperation und Unterstützung aufgebaut werden. Um diese Gruppenbildung zu fördern, wurde den Seminarteilnehmern und -teilnehmerinnen bei Beginn Gelegenheit gegeben, in spielerischer Weise miteinander bekannt und vertraut zu werden, ihren Erfahrungshintergrund vorzustellen und darzulegen, was sie sich vom Lehrgang erwarteten.

### WESENTLICHE INHALTE DES EINFÜHRUNGSSEMINARS

- Kreislauf der Qualitätssicherung
- Qualitätszirkelkonzept
- Initiierung eines Qualitätszirkels – Motivierung von Teilnehmenden und Institutionen
- Organisatorische Aspekte: Strukturierung der ersten Treffen
- Sach- und subjektbezogene Selbstreflexion: die Arbeit am Fall
- Erfahrungen nachvollziehbar machen: Dokumentationsmethoden
- Praktische Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten für die Moderation
- Evaluation

### METHODISCHES VORGEHEN

Kurze Impulsreferate führten in die Kernthemen ein, während die intensive Kleingruppenarbeit den Teilnehmenden Raum gab, ihren jeweiligen Vorkenntnissen entsprechend diejenigen Probleme besonders zu akzentuieren, deren Klärung für sie vordringlich war. Dementsprechend wurden bei Beginn des Seminars Erwartungen und Befürchtungen erfragt, und ein Themenspeicher wurde gebildet, auf den bei Bedarf jederzeit zurückgegriffen werden konnte.

Die Kleingruppenarbeit orientierte sich thematisch weitgehend an den Schritten, die zum Aufbau eines eigenen Qualitätszirkels erforderlich waren. So wurden einzelne Qualitätszirkelsequenzen simuliert (z. B. „das erste Treffen“, „Themenwahl“, „Erstellung einer Problemliste“, „Definition von Qualitätskriterien“, „Auswahl einer geeigneten Dokumentationsmethode“). In einem Schnupperseminar wurde der Qualitätskreislauf auf der Basis aufbereiteter Daten von der Problemdefinition bis zur Entwicklung von Lösungsvorschlägen fallbezogen durchlaufen. Weiterhin erhielten die Teilnehmenden des Kurses die Möglichkeit, die

Weiter nächste Seite

## WEITER EXKURS: LEHRGANGSKONZEPT UND SEMINARAUFBAU

Diskussion sowohl aus der Perspektive der Teilnehmenden als auch aus der Perspektive der Moderation zu erleben. Sie wurden darin eingeführt, wie mit einfachen Mitteln eigene Fälle nachvollziehbar gemacht und in der Gruppe so vorgestellt werden können, dass hilfreiche Problemlösungen erarbeitet werden können. Die Schulungsleitung konnte dabei als Modell dafür fungieren, wie die Moderationsrolle ausgeübt werden kann, und es bestand die Gelegenheit, die Aufgabe der Moderation selbst zu üben.

Im Rahmen des Einführungsseminars wurden die Dokumentations- und Evaluationsmaterialien vorgestellt und mit den Teilnehmenden individuelle Pläne für die Initiierung der Qualitätszirkel („Wie informiere ich über einen geplanten Qualitätszirkel?“, „Wen ansprechen?“, „Wie ansprechen?“) und für die Gestaltung der ersten Treffen erarbeitet. Die im jeweiligen Handlungsfeld vorliegenden Anknüpfungsmöglichkeiten und Hemmnisse wurden gezielt thematisiert sowie Unterstützungsmöglichkeiten erörtert. Die dabei entwickelten Perspektiven wurden dokumentiert und im Rahmen der folgenden Begleitseminare wieder zum Thema gemacht, so dass Beschreibung, Analyse und Bewertung des Entwicklungsprozesses ermöglicht werden konnten.<sup>12</sup>

Das Einführungsseminar fungierte damit insgesamt als inhaltliche Vorbereitung auf die künftige Moderatorentätigkeit und als Katalysator des Gruppenbildungsprozesses, der sozioemotionale Unterstützung und Interventionsmöglichkeiten für die Moderierenden bietet.

### BEGLEIT- UND ABSCHLUSSEMINARE

Im Anschluss an das Einführungsseminar initiierten die Teilnehmenden des Lehrgangs ihre Qualitätszirkel, so dass sie bei den folgenden Begleitseminaren bereits über ihre eigenen Erfahrungen verfügten und diese zum Thema machen konnten. Die insgesamt fünf Begleitseminare wurden in vierteljährlichem Abstand durchgeführt und dauerten je eineinhalb Tage. Nach Ende der Modellphase wurde ein eineinhalbtägiges Abschlusssseminar durchgeführt, in dessen Rahmen Bilanz gezogen wurde.

Der Erfahrungsaustausch war eine notwendige und hilfreiche Unterstützung für die Moderierenden. Das Einführungsseminar fungierte als Starthilfe, war doch die jeweils individuelle Entwicklung nicht vorhersehbar, und die Moderierenden waren daher zur beständigen Improvisation gezwungen. Die fallbezogene – und das heißt hier: zirkelspezifische – Diskussion der jeweiligen Entwicklungen sowie von Unterstützungsmöglichkeiten war daher wesentlicher Bestandteil eines jeden Begleitseminars.

### SUPERVISION DER QUALITÄTZRINKELPRAXIS

Die Begleitseminare bestanden aus denselben Grundelementen wie das Einführungsseminar, doch wurden Fallvorstellungen und praktische Übungen dem jeweiligen Entwicklungsstand der Qualitätszirkel und ihrer Moderation angepasst. Eine wichtige Funktion der Begleitseminare bestand in der Supervision der Qualitätszirkelpraxis. Der bei den Seminaren ermöglichte Perspektivenwechsel vom Teilnehmenden zur/ zum Moderierenden schaffte Abstand zur eigenen Moderation und half, deren Wirkung auf den eigenen Zirkel zu reflektieren. Die Bereitschaft zu aktiver Mitarbeit (Moderationsübungen, Präsentation eigener Fälle) war daher zwingende Teilnahmevoraussetzung. So wurden wesentliche Prinzipien des Qualitätszirkelkonzepts sowie Schwierigkeiten bei seiner Umsetzung immer wieder thematisiert. Der Wert objektivierter Protokolle leuchtete am Beispiel von Tonaufzeichnungen der Zirkeldiskussionen unmittelbar ein, wenn hier ausgewählte Passagen im Begleitseminar zur Diskussion gestellt werden, um Handlungsoptionen für die Moderierenden zu erarbeiten (vgl. Teil 5). Im Rahmen des Modellprojekts hat sich bestätigt, dass gerade diese beständige Vertiefung des IQZ-Konzepts zur Effektivierung der Gruppenarbeit beiträgt.

Weiter nächste Seite

<sup>12</sup> Beim Abschlusssseminar wurde von Kursteilnehmenden und Schulungsleitung gemeinsam und zirkelbezogen Bilanz gezogen, so dass wechselseitig ein Feedback erfolgte. Die wissenschaftliche Begleitung ermöglichte eine weiter gehende – auch lehrgangsübergreifende – Evaluation.

## WEITER EXKURS: LEHRGANGSKONZEPT UND SEMINARAUFBAU

### THEMENSCHWERPUNKTE

Dem Einführungsseminar vergleichbar wurde auch bei den Begleitseminaren eine Themensammlung durchgeführt, und es wurden teilnehmerbezogene Schwerpunkte gesetzt. Darüber hinaus wurde von der Schulungsleitung jeweils mindestens ein Thema akzentuiert, das dem zu erwartenden Verlaufsrhythmus der Qualitätszirkel entsprach und von den Teilnehmenden nicht selbst aufs Programm gesetzt wurde. Damit waren (auch) die folgenden Themenschwerpunkte zu erwarten:

- Erstes Begleitseminar: Moderierende und Gruppe (schwierige Teilnehmende; Angst und Widerstände bei Moderierenden und Zirkelmitgliedern; mögliche Doppelrolle des/der Moderierenden; Co-Moderation; Coaching)
- Zweites Begleitseminar: Fall und Dokumentationsmethode. Hier sollte auch bereits teilnehmende Beobachtung als Instrument wechselseitigen Coachens entwickelt, gelernt und genutzt werden.
- Drittes Begleitseminar: Evaluation; Verlaufsanalyse (Zwischenbilanz)
- Viertes Begleitseminar: Umsetzbarkeit von Diskussionsergebnissen im Arbeitsalltag
- Fünftes Begleitseminar: Rückvermittlung der Arbeitsergebnisse an die Institutionen
- Abschlusssseminar: Bilanz der IQZ-Arbeit, Darstellung und Diskussion der Ergebnisse, Vorbereitung der weiteren Implementation, Honorierung und Kosten

Ferner wurden in den Begleitseminaren ausgewählte Inhalte vertieft und analysiert. Im Abschlusssseminar erfolgte eine erste gemeinsame, systematische Zusammenfassung der von den Teilnehmenden im Verlauf der IQZ diskutierten bzw. erarbeiteten internen Handlungsleitlinien (vgl. Kap. 5, S. 279 ff.).

## BERUFSGRUPPENINTERNE VORBEREITUNG

In der ersten Projektphase wurden vor Beginn der konkreten Qualitätszirkelarbeit berufsinterne Treffen durchgeführt. In diesem Treffen sollten die beiden Berufsgruppen zunächst getrennt auf die interprofessionelle Arbeit im Qualitätszirkel vorbereitet werden.

Obwohl die berufsinternen Treffen von den Teilnehmenden als inhaltlich interessant erlebt wurden, war die Mehrheit der Meinung, dass durch diese vorgeschaltete, berufsinterne Gruppenarbeit Unsicherheiten und Vorbehalte gegenüber der anderen Berufsgruppe eher begünstigt statt aufgelöst wurden. Daher wurde in der zweiten Modellprojektphase auf die Durchführung von berufsinternen Treffen verzichtet, um möglichst ohne „Reibungsverluste“ mit der konkreten IQZ-Praxis zu beginnen.

## DURCHFÜHRUNG DER QUALITÄTSZIRKEL

Etwa vier bis acht Wochen nach dem Einführungsseminar begann die eigentliche Qualitätszirkelarbeit. Über einen Zeitraum von etwa einem bzw. eineinhalb Jahren trafen sich die Teilnehmenden in einem Abstand von etwa vier bis sechs Wochen zu acht bis zwölf IQZ-Sitzungen.

In der ersten Projektphase wurde empfohlen, mindestens acht Sitzungen innerhalb eines Jahres durchzuführen. Am Ende der ersten Projektphase wurde jedoch deutlich, dass sowohl die Anzahl der Sitzungen als auch die Laufzeit zu kurz waren, um das Konzept praktisch hinreichend umzusetzen und eine effektive Arbeit zu gewährleisten. Daher wurde in der zweiten Projektphase von Anfang an die Anzahl der Qualitätszirkelsitzungen auf zehn bis zwölf festgesetzt und die Laufzeit von zwölf auf 18 Monate erhöht.



# BEGLEITFORSCHUNG

## ZIELE DER BEGLEITFORSCHUNG

1. Ergebnisevaluation (Evaluation der Effekte der IQZ-Arbeit)
2. Inhaltliche Zusammenfassung und Analyse der IQZ-Arbeit
3. Prozessevaluation und Evaluation der Konzeptumsetzung

Die Projektgruppe Göttingen war vor allem für die Schulung der Moderation sowie für die Evaluation der Arbeitsweise im IQZ (Prozess) und der Konzeptumsetzung verantwortlich; die Projektgruppe Heidelberg vor allem für die Ergebnisevaluation und die inhaltliche Zusammenfassung der Analyse der Qualitätszirkelarbeit (vgl. Abbildung 2-5). Außerdem war Heidelberg in der zweiten Projektphase inhaltlich an der Ausbildung der Moderierenden beteiligt.

ABBILDUNG 2-5

SCHEMA ZUR AUFGABENSTELLUNG DER BEGLEITFORSCHUNG

BEGLEITFORSCHUNG		
Ergebnisevaluation	Prozessevaluation	
↓	↓	
Eingangsbefragung: Soziodemografische Merkmale Strukturelle und inhaltliche Merkmale der Beratung Einstellungsmerkmale und Beratungsstil Berufliche Stereotypen	Eingangsbefragung: Erwartungen an und Einstellungen zu IQZ-Arbeit Erfahrungen mit Qualitätsmanagement	Prozessunterstützung Schulung der Moderierenden
↓	↓	↓
Inhaltliche Analyse der IQZ-Arbeit: Themen und Problemfelder der Beratung Qualitätsmerkmale der Beratung Handlungsempfehlungen für die zukünftige Beratung	Prozessevaluation: IQZ-Durchführung und Konzeptumsetzung Akzeptanz des Konzepts Entwicklungsprozesse bei der Konzeptumsetzung Praktische Veränderungen durch IQZ-Arbeit Untersuchung der Begleitseminare für Moderierende	
↓	↓	
Abschlussbefragung: Veränderungen in den eingangs untersuchten Merkmalen	Abschlussbefragung: Bewertungen und wahrgenommene Veränderungen durch IQZ-Arbeit	

Quelle: BZgA Datensatz „IQZ in der PND“ 2007

### ERGEBNISEVALUATION

Das Ziel der Ergebnisevaluation bestand in der Untersuchung der Veränderungen und Effekte, die im Zusammenhang mit der Qualitätszirkelarbeit erreicht wurden. Dabei wurden folgende Merkmalsbereiche betrachtet:

1. Soziodemografische Merkmale
2. Strukturelle und inhaltliche Merkmale der Beratung
  - Art und Umfang der Beratung
  - Inhaltliche Schwerpunkte in der Beratung zur PND
  - Kooperation mit anderen Berufsgruppen
3. Einstellungs- und Beziehungsmerkmale
  - Beziehungsstil im Umgang mit Patienten
  - Einstellung zur PND
  - Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch (SSA)
  - Kooperationsbereitschaft
4. Berufliche Stereotypen
5. Erwartungen an und Einstellungen zur IQZ-Arbeit

Die meisten Merkmale (mit Ausnahme der soziodemografischen Daten) wurden zu Beginn und am Ende des Modellprojekts mittels schriftlicher Befragung der Teilnehmenden erfasst.<sup>13</sup>

### INHALTLICHE DOKUMENTATION DER QUALITÄTSZIRKELARBEIT

Jede IQZ-Sitzung wurde von einer Person teilnehmend beobachtet. Darüber hinaus wurden alle IQZ-Sitzungen aufgezeichnet (Audio) und transkribiert. Die Transkripte dienten als Datengrundlage für die inhaltliche Zusammenfassung und Analyse der IQZ-Arbeit.

### EVALUATION DER IQZ-DURCHFÜHRUNG UND KONZEPTUMSETZUNG

Mit Blick auf die konzeptuelle Weiterentwicklung und die Umsetzung des Qualitätszirkelkonzepts im Bereich PND wurden sowohl der Lehrgang für Moderierende als auch die Qualitätszirkelarbeit wissenschaftlich begleitet. Der Fokus dieser Evaluation lag auf der Untersuchung der Prozessqualität, d. h. auf der Arbeitsweise der Qualitätszirkel selbst. Dabei waren folgende Aspekte von besonderem Interesse:

- Inwieweit wurde das Konzept „Qualitätszirkel“ im Bereich der Pränataldiagnostik akzeptiert?
- Inwieweit wurde das (bei den Begleitseminaren unterstützend vermittelte) Qualitätszirkelkonzept umgesetzt?

<sup>13</sup> „Soziodemografische Merkmale“ und der „Beziehungsstil im Umgang mit Patientinnen“ wurden nur zu Beginn des Modellprojekts erhoben.

- Welcher Unterstützungsbedarf ergab sich bei den im Rahmen des Projekts geschulten Moderierenden?
- Inwieweit bedarf das Qualitätszirkelkonzept spezifischer Modifikationen für den Bereich Kooperationsförderung in der Pränataldiagnostik?
- Lassen sich Entwicklungsprozesse bei der Konzeptumsetzung beschreiben?
- Wie schätzen Zirkelteilnehmende und Moderierende selbst die Wirkungen der Qualitätszirkelarbeit, der erstellten Produkte sowie der Begleitseminare ein?

Zur Prozessevaluation erhielten die Teilnehmenden und Moderierenden nach jeder IQZ-Sitzung einen Kurzbeurteilungsbogen zur Bewertung der Qualitätszirkelsitzung. Zur Dokumentation des IQZ-Ablaufs, der Struktur und wichtiger Inhalte des Treffens erhielten die Moderierenden einen Protokollbogen (siehe Anhang). Mittels des „Qualitätszirkelchecks“ sollten die Moderierenden zudem den Entwicklungsstand ihres Qualitätszirkels selbst einschätzen. Dazu füllten sie den Qualitätszirkelcheck nach jedem Begleitseminar aus.

Die Evaluation des Lehrgangs an sich erfolgte über einen Evaluationsbogen, mit dem die Lehrgangsteilnehmenden die jeweiligen Seminare bewerten konnten, sowie über eine abschließende schriftliche Befragung.

## INSTRUMENTE DER BEGLEITFORSCHUNG

Nachfolgend sind die zum Teil schon erwähnten Instrumente der Begleitforschung noch einmal zusammenfassend dargestellt<sup>14</sup>:

- Schriftliche Befragung der Teilnehmenden und Moderierenden zu zwei Zeitpunkten (Prä-/Postbefragung)
- Teilnehmende Beobachtung; Audioaufzeichnung bzw. Transkripte der IQZ-Sitzung
- Kurzbeurteilungsbogen für Teilnehmende und Moderierende zur (kontinuierlichen) Bewertung der IQZ-Arbeitstreffen
- Protokollbogen der Qualitätszirkeltreffen
- Qualitätszirkelcheck
- Evaluationsbogen für die Moderationsseminare

## AUSWERTUNG

Bei der Auswertung wurden qualitative und quantitative Verfahren verwandt. Die qualitative Auswertung bezieht sich auf die Transkriptionen der Zirkelsitzungen, die Protokolle der Moderation, alle eingesetzten Fragebogen, die Kurzevaluationsbogen sowie auf die Protokolle der teilnehmenden Beobachtung. Gemeinsames Merkmal dieser Auswertung ist, dass Informationen zu Kategorien verdichtet wurden (vgl. unten).

<sup>14</sup> Detailliertere Informationen zu den Instrumenten der Begleitforschung finden sich im Anhang.

**QUALITATIVE AUSWERTUNG**

Offene Fragen der Eingangs- und Abschlussbefragung

Die **Antworten zu den offenen Fragen** wurden zunächst in einem Tabellenkalkulationsprogramm nach inhaltlichen Gesichtspunkten sortiert und ausgewertet. In der Regel wurde zunächst anhand der Antwortinhalte iterativ eine begrenzte Anzahl an inhaltlich sinnvollen Kategorien gebildet, die anschließend quantitativ ausgewertet wurden.

**QUANTITATIVE AUSWERTUNG**

Daten der Eingangs- und Abschlussbefragung

Die **quantifizierbaren Fragebogendaten** wurden mit Hilfe von Statistikprogrammen<sup>15</sup> ausgewertet. Die Auswertung erfolgte überwiegend deskriptiv (Häufigkeiten, Mittel- oder Medianwerte).

Die Beschreibung der Stichprobe erfolgte anhand der soziodemografischen Daten, die zu Beginn der Qualitätszirkelarbeit erfasst wurden. Die weitere Auswertung erfolgte überwiegend berufsgruppenvergleichend (Ärztinnen bzw. Ärzte vs. Beraterinnen). Die Zuordnung zu den beiden Berufsgruppen wurde anhand der Angaben über die überwiegend ausgeübte Tätigkeit (ärztlich-medizinische Betreuung/Beratung vs. psychosoziale Beratung) vorgenommen. Unterschiede zwischen den Berufsgruppen wurden anhand der Gesamtstichprobe (über alle Standorte) geprüft. Auf eine standortspezifische Überprüfung wurde verzichtet, da die Stichprobengröße der einzelnen Standorte für eine solche Testung zu gering war. Die Frage, inwieweit sich die beiden Berufsgruppen zu Beginn der Qualitätszirkelarbeit hinsichtlich der erfassten Einstellungs- und Beziehungsmerkmale unterscheiden, wurde zunächst global (mittels Varianzanalyse)<sup>16</sup> überprüft; anschließend erfolgte aus Gründen der besseren inhaltlichen Interpretierbarkeit eine Überprüfung auf Itemebene<sup>17</sup>. Die Überprüfung von Gruppenunterschieden in den strukturellen Merkmalen der Beratung erfolgte ausschließlich auf Ebene der Einzelitems; in Abhängigkeit vom Skalenniveau und von den Verteilungscharakteristika der Daten kamen unterschiedliche Testverfahren zum Einsatz.<sup>18</sup> Die Beschreibung von Unterschieden in den inhaltlichen Schwerpunkten der Beratung erfolgte rein deskriptiv.

Die Bewertung der Veränderungen erfolgte über den Vergleich der Ergebnisse aus der Eingangs- und Abschlussbefragung (Prä-post-Vergleiche). Bedingt durch eine Fluktuation der Teilnehmenden haben nur wenige Personen die Fragen zu beiden Zeitpunkten beantwortet, weshalb in der Regel auf eine statistische Überprüfung der Prä-post-Unterschiede verzichtet wurde und die Kennwerte aus der Eingangs- und Abschlussbefragung (Profile) überwiegend deskriptiv-vergleichend dargestellt sind.

**QUALITATIVE AUSWERTUNG**

Strukturierung der Transkripte

Ausgehend vom Modell des Qualitätskreislaufs wurden die **Transkripte** der IQZ-Arbeit nach folgenden Aspekten strukturiert:

- vorgestellte Fälle
- IQZ-Themen
- Probleme in der Beratung

<sup>15</sup> Statistikprogramm SPSS14

<sup>16</sup> MANOVA

<sup>17</sup> Bei entsprechender Alpha-Adjustierung nach BONFERRONI

<sup>18</sup> Bei intervallskalierten Merkmalen erfolgte dies mittels T-Test, bei nicht erfüllten Voraussetzungen bzw. bei ordinalskalierten Merkmalen mittels MANN-WHITNEY-Test und bei nominalskalierten Merkmalen mittels Chi-Quadrat-Test. Bei Einzeltestung von inhaltlich zusammengehörigen Items (Konstrukt) wurde eine Alpha-Adjustierung nach BONFERRONI vorgenommen (vgl. HOLLAND et al., [1998]).

- Qualitätsmerkmale der Beratung
- Lösungsvorschläge für die zukünftige Beratung

Die Fälle wurden fortlaufend in Form von Fallvignetten zusammengefasst.

Die Transkripte zweier Standorte der ersten Projektphase wurden einer ausführlichen qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen,<sup>19</sup> mit deren Hilfe typische Spannungsfelder, die Ärztinnen bzw. Ärzte und Beraterinnen in ihrer Beratungsarbeit erleben, beschrieben werden konnten. Diese Spannungsfelder wurden an ausgewählten Sitzungen der drei Standorte der zweiten Projektphase überprüft und konnten bestätigt werden (vgl. Teil 5 in diesem Fachheft).

Die von den Teilnehmenden explizit oder implizit im Rahmen der Fallvorstellung und Falldiskussion genannten Lösungsvorschläge wurden den Moderierenden des jeweiligen Standorts etwa zwei Monate vor dem Abschlussseminar mit der Bitte zugesandt, sie inhaltlich nochmals zu prüfen und zusammenzufassen. Eine standortübergreifende Zusammenfassung im Sinne übergeordneter Bottom-up-„Handlungsempfehlungen für die Beratung“ erfolgte im Abschlussseminar der Moderierenden. Zur weiteren Validierung wurde eine von der wissenschaftlichen Begleitung erstellte erste Fassung der Handlungsempfehlungen den Moderatorinnen und Moderatoren vorgelegt mit der Bitte, diese anhand vorgegebener Fragen zu bewerten und auf Vollständigkeit zu prüfen (vgl. Teil 5 in diesem Fachheft).

<sup>19</sup> Nach MAYRING (2003)

# Interprofessionelle Qualitätszirkel konkret – Gruppenarbeit vor Ort

## ÜBERBLICK ÜBER DIE DURCHFÜHRTEN SITZUNGEN

Anzahl der Sitzungen und Teilnahme am IQZ	62
Themen der IQZ	64

62

## FALLDARSTELLUNG – AUSGEWÄHLTE IQZ-SITZUNGEN

Kriterien für die Auswahl exemplarischer Sitzungen	68
Struktur der Falldarstellung	68

68

Beispiel 1: Austragen einer Schwangerschaft trotz letaler Prognose – Fall aus Sicht einer Klinikseelsorgerin	70
Auswahlkriterien	70
Fallprofil	70
Bedeutung für die Beratungspraxis	71
Strukturelle Aspekte der Sitzung	71
Konkreter Verlauf der Sitzung	73
Wiederaufnahme der Fallvorstellung	77
Bewertung der Sitzungen	80
Fragebogen der Teilnehmenden	80
Dokumente der teilnehmenden Beobachtung	81

Beispiel 2: Umgang mit Wiederholungsrisiko bei erblich bedingter Erkrankung – Fall aus Sicht eines Pränataldiagnostikers	82
Auswahlkriterien	82
Fallprofil	82
Bedeutung für die Beratungspraxis	83
Strukturelle Aspekte der Sitzung	83
Konkreter Verlauf der Sitzung	85
Wiederaufnahme der Fallvorstellung	88
Bewertung der Sitzungen	92
Fragebogen der Teilnehmenden	92
Dokumente der teilnehmenden Beobachtung und der Moderierenden	93

Beispiel 3: Probleme der Indikationsstellung bei letaler Prognose – Fall aus Sicht eines Pränataldiagnostikers und einer Humangenetikerin	95
Auswahlkriterien	95
Fallprofil	95
Bedeutung für die Beratungspraxis	96

Strukturelle Aspekte der Sitzung	96
Konkreter Verlauf der Sitzung	98
Erste Wiederaufnahme der Fallvorstellung	103
Zweite Wiederaufnahme der Fallvorstellung	105
Bewertung der Sitzungen	106
Fragebogen der Teilnehmenden	106
Dokumente der teilnehmenden Beobachtung und der Moderierenden	106

Beispiel 4: Verweigerung der Indikation bei auffälligem Befund – Fall aus Sicht einer Humangenetikerin und einer psychosozialen Beraterin	108
Auswahlkriterien	108
Fallprofil	108
Bedeutung für die Beratungspraxis	109
Strukturelle Aspekte der Sitzung	110
Konkreter Verlauf der Sitzung	111
Bewertung der Sitzung	114
Fragebogen der Teilnehmenden	114
Dokumente der teilnehmenden Beobachtung	115

Beispiel 5: Bewältigung eines Spätabbruchs infolge schwerer Fehlbildungen des Kindes – Fall aus Sicht einer psychosozialen Beraterin	116
Auswahlkriterien	116
Fallprofil	116
Bedeutung für die Beratungspraxis	117
Strukturelle Aspekte der Sitzung	117

# 3

## **MODERATIONSSCHULUNG – BEGLEITSEMINARE ALS IQZ ZWEITER EBENE**

# 139

Konzeptmodifikation in der zweiten Projektphase	139
Überblick über die Arbeitsweise	139

## **FALLDARSTELLUNGEN DER MODERIERENDEN**

# 140

Thema „Gruppe und Moderation“	141
Beispiel 1: Umgang mit indifferentem und ablehnendem Verhalten	141
Beispiel 2: Umgang mit Wertediskussionen	143
Thema „Fallarbeit und Dokumentationsmethoden“	146
Beispiel 3: Dokumentation des Alltagshandelns	146
Beispiel 4: Fehlende Fallvorstellung der psychosozialen Beraterinnen	148
Beispiel 5: Thema „Bilanz der Qualitätszirkelarbeit“	150
Beispiel 6: Thema „Was sind Handlungsleitlinien?“	153

## **BEWERTUNG DER BEGLEITSEMINARE**

# 158

Bewertung der offenen Fragen	160
Fazit	163

Konkreter Verlauf der Sitzung	119
Wiederaufnahme der Fallvorstellung	123
Bewertung der Sitzungen	125
Fragebogen der Teilnehmenden	125
Dokumente der teilnehmenden Beobachtung und der Moderierenden	126

Beispiel 6: Entscheidungsfindung bei zu erwartender Behinderung des Kindes – Fall aus Sicht von zwei psychosozialen Beraterinnen	127
Auswahlkriterien	127
Fallprofil	127
Bedeutung für die Beratungspraxis	128
Strukturelle Aspekte der Sitzung	128
Konkreter Verlauf der Sitzung	130
Bewertung der Sitzung	137
Fragebogen der Teilnehmenden	137
Dokumente der teilnehmenden Beobachtung und der Moderierenden	138

## ÜBERBLICK ÜBER DIE DURCHGEFÜHRTEN SITZUNGEN

In der ersten Projektphase wurde den Teilnehmenden der interprofessionellen Qualitätszirkel (IQZ) in der Pränataldiagnostik (PND) empfohlen, innerhalb eines Jahres mindestens acht Sitzungen durchzuführen. Es zeigte sich jedoch, dass sowohl die Anzahl von acht Sitzungen als auch der Zeitraum von einem Jahr eher zu kurz ist, um eine gute Umsetzung des IQZ-Konzepts erreichen zu können.

### ANZAHL DER SITZUNGEN UND TEILNAHME AM IQZ

Die Anzahl von nur acht Sitzungen war insbesondere dann zu kurz, wenn in den IQZ anfänglich (erste bis dritte Sitzung) noch neue Teilnehmende zugelassen wurden. Vor diesem Hintergrund wurde in der zweiten Projektphase der Zeitraum zur Durchführung der IQZ-Arbeit um sechs Monate (auf insgesamt 18 Monate) verlängert und den Mitgliedern empfohlen, mindestens zehn Sitzungen innerhalb dieses Zeitraumes anzusetzen. Ein Standort führte zwölf Sitzungen in dem vorgegebenen Zeitrahmen durch. Da in der Anfangszeit Teilnehmende dazukamen und andere wegblieben, veränderte sich im Verlauf der IQZ-Arbeit an allen sechs Standorten die anfängliche Teilnehmerzusammensetzung. Die Kontinuität der Arbeit war weitgehend gegeben. Bisweilen kam es aus individuellen Gründen zu Fluktuationen. Die unterschiedliche Teilnehmeranzahl bei den Sitzungen der einzelnen Standorte liegt damit nicht nur in Neuzugängen und Abgängen begründet.

Die Abbildungen 3-1 und 3-2 geben einen Überblick über die Anzahl der durchgeführten Sitzungen und die Anzahl der Teilnehmenden (nach Berufsgruppen unterschieden; Hebammen werden gesondert aufgeführt).

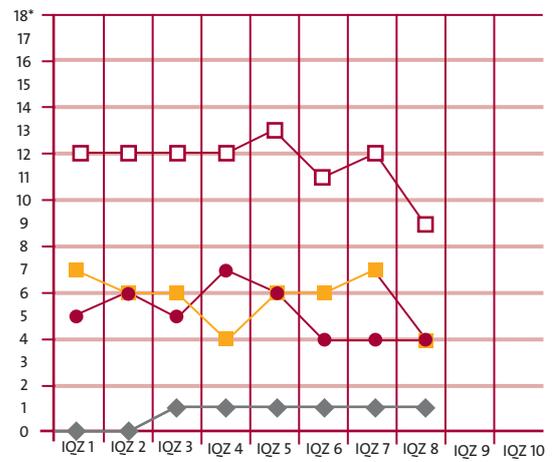
In beiden Abbildungen zeigt die Horizontale die Anzahl der durchgeführten Sitzungen am jeweiligen Standort. An der Vertikalen ist abzulesen, wie viele Personen an der jeweiligen Sitzung teilnahmen – getrennt nach Berufsgruppen und Gesamtzahl der Teilnehmenden. Die Kontinuität der Teilnahme für die Berufsgruppen als auch für die Gesamtzahl der anwesenden Personen zeigt sich anhand der verschiedenfarbigen Kurvenverläufe.

ABBILDUNG 3-1

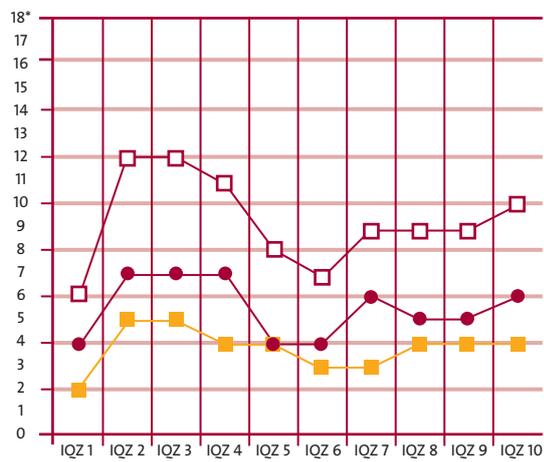
ANZAHL DER SITZUNGEN UND TEILNAHME AM IQZ IN DER ERSTEN PROJEKTPHASE



Freiburg



Heidelberg



Mannheim

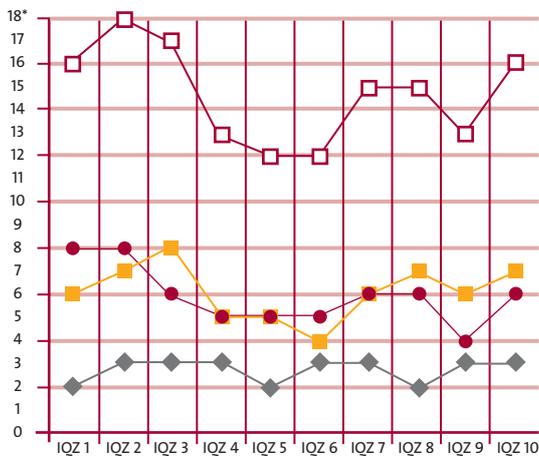
□ Insgesamt      ● Ärzte/Ärztinnen  
■ Beraterinnen      ◆ Hebammen

\* Anzahl der teilnehmenden Personen

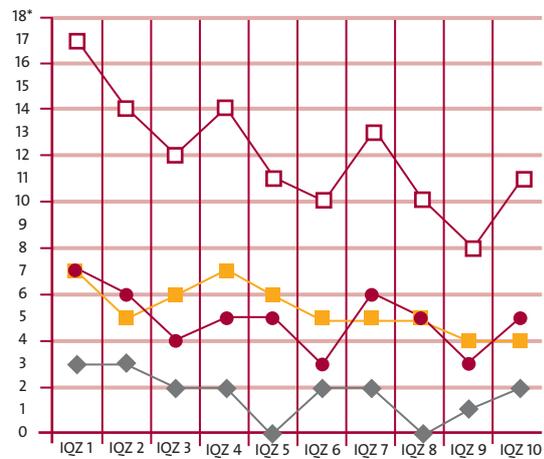
Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

ABBILDUNG 3-2

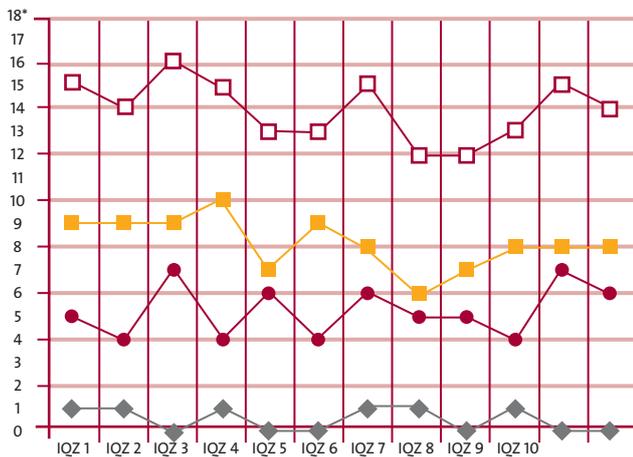
ANZAHL DER SITZUNGEN UND TEILNAHME AM IQZ IN DER ZWEITEN PROJEKTPHASE



Augsburg



Erfurt



Schwerin

□ Insgesamt      ● Ärzte/Ärztinnen  
■ Beraterinnen      ◆ Hebammen  
 \* Anzahl der teilnehmenden Personen

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## THEMEN DER IQZ

An allen sechs Standorten erfolgte in der ersten und zweiten Sitzung eine Themenwahl. Abbildung 3-3 und 3-4 geben eine Übersicht über die von den IQZ-Mitgliedern gewählten Themen in beiden Projektphasen. Die Themen stellen den Ausgangspunkt der inhaltlichen Arbeit eines Qualitätszirkels dar. Idealerweise steht jede Qualitätszirkelsitzung unter einem vorab festgelegten Thema.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dem Qualitätszirkelkonzept entsprechend sollen die Teilnehmenden bei Beginn eines Arbeitszyklus diejenigen Themen zusammentragen, die sie für ihren beruflichen Alltag als relevant erachten. Dadurch wird gewährleistet, dass die Zirkelarbeit nicht „ins Blaue“ verläuft, sondern in ihrer Funktion als Qualitätssicherungsmaßnahme gelingen kann. Bei Bedarf können Themen dem Lernfortschritt der Gruppe entsprechend erweitert bzw. modifiziert werden.

ABBILDUNG 3-3

**GEWÄHLTE THEMEN AM ANFANG DER IQZ-ARBEIT** (erste Projektphase)

Freiburg	Heidelberg	Mannheim
Beratung über PND bei Erstkontakt	Methoden der Pränataldiagnostik	Beratung in der Frühschwangerschaft (bei Nicht-Risikoschwangeren)
Schwangerschaftsabbruch/medizinische Indikation	Beratung in der Frühschwangerschaft (Nicht-Risikoschwangere)	Beratung und Aufklärung vor der Schwangerschaft
Begleitung während PND	Wie lassen sich die pränatalen Beratungsfälle in meiner Beratungsstelle erhöhen?	Beratung bei positivem Befund/ Vermittlung schlechter Nachrichten
Interdisziplinäre Kooperation	Kooperationsmöglichkeiten/ Verantwortlichkeiten	Verantwortlichkeit der beteiligten Personen im Beratungsprozess
Information über PND (Methoden, Indikationen)		Interdisziplinäre/interprofessionelle Zusammenarbeit/Netzwerk & Verweiskartei
Ethische Fragen, persönliche Einstellungen		Begleitung zur Entscheidungsfähigkeit (Shared Decision-Making)
		Pränatale Vaterschaftsfeststellung
		Berufspolitische Positionen der Verbände kennen lernen

ABBILDUNG 3-4

**GEWÄHLTE THEMEN AM ANFANG DER IQZ-ARBEIT** (zweite Projektphase)

Augsburg	Erfurt	Schwerin
Kooperation & Vernetzung	Ergebnisoffene Beratung	Erwartungen an PND
Bild der Pränataldiagnostik – Ethik	Bedeutung von und Umgang mit Zeit	Grundkenntnisse über/und Bewertung von Befunden und Untersuchungen
Begleitung beim Austragen des (behinderten) Kindes	Kontinuität der Betreuung unter Einbeziehung notwendiger Spezialisten/ Spezialistinnen	Aufgabenverteilung, Abstimmung und Abgrenzung von Leistungen von Beratungsstellen und Ärzteschaft
Spätabbruch	Diagnose und Prognose, Umgang mit Unklarheit von Diagnosen	Hilflosigkeit gegenüber der Schwangeren
Traumabewältigung	Betreuungsangebote nach Spätabbruch	Zeit, Zeitdruck, Umgang mit Zeitdruck
Beratung vor PND	Angebote von Beratungsstellen	Behandlungskonzept der Beratenden
Motivation zur psychosozialen Beratung	Frühe Mutter-(ungeborenes-)Kind-Beziehung	Regionale Zuständigkeiten für spezielle medizinische Untersuchungen
Vorschläge für aktuelle Fallvorstellungen		Notwendigkeit und Finanzierbarkeit von PND
Gesprächsführung		Zufriedenheit der Beratenden
Öffentlichkeitsarbeit		Zusammenarbeit der Fachleute (Patientinnenführung)

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

Die meisten der vorab gewählten Themen wurden explizit oder implizit im Rahmen der Qualitätszirkel bearbeitet. Manchmal erfolgte die Fallvorstellung auch losgelöst vom ursprünglich gewählten Thema. Der thematische Fokus einer IQZ-Sitzung wurde in der Regel durch die Fallvorstellung bestimmt. Häufig berührte eine IQZ-Sitzung mehrere Themen bzw. Problembereiche.

DEFINITIONEN: FALL, FALLVORSTELLUNG, FALLDARSTELLUNG
<p><b>Fall:</b> Als „Fall“ wird eine auf Schwangerenvorsorge zielende sachlich und zeitlich abgrenzbare Beratungssequenz des beruflichen Handelns einer oder mehrerer Personen bezeichnet.</p> <p>Dabei werden insbesondere diejenigen Aspekte des Routinehandelns in den Vordergrund gestellt, die von den Vorstellenden selbst beeinflussbar und zu verantworten sind. Die Kontextbedingungen und typische Handlungsmuster werden insoweit berücksichtigt, als sie den Verhaltensspielraum begrenzen. Wenn fallübergreifende Begrenzungen deutlich werden, können diese zum eigenständigen Thema gemacht werden.</p>
<p><b>Fallvorstellung:</b> Die Fallvorstellung bezeichnet nach dem Qualitätszirkelkonzept die Präsentation eines nachvollziehbar aufbereiteten Ausschnitts des beruflichen Handelns („Fall“) im Qualitätszirkel mit dem Ziel, eigene Erfahrungen zur Diskussion zu stellen und die Expertise der anderen Zirkelteilnehmenden für die weitere Behandlung fruchtbar werden zu lassen. Nachvollziehbarkeit wird durch (idealerweise objektivierbare) Dokumentationen des Alltagshandelns gesichert, die auf aufbereiteten Behandlungsprotokollen („Routinedokumenten“) beruhen oder auf eigens für diesen Zweck erhobenen Daten gründen können.</p>
<p><b>Falldarstellung:</b> Die Falldarstellung ist die von der wissenschaftlichen Begleitung erstellte systematisierte und komprimierte Zusammenfassung von Fallvorstellung, Fallverlauf und Falldiskussion. Sie berücksichtigt idealerweise alle Aspekte des Qualitätskreislaufs.</p>

Abbildung 3-5 gibt eine Übersicht über Problembereiche, die wiederholt (an mehreren Standorten und in mehreren Sitzungen) im Rahmen der Fallvorstellungen thematisiert wurden.

ABBILDUNG 3-5

**ÜBERSICHT ÜBER HÄUFIG THEMATISIERTE PROBLEMBEREICHE IN IQZ-SITZUNGEN**

Eigendynamik und Automatismus bei Inanspruchnahme von PND

Zeitpunkt, Inhalte und Umfang der medizinischen und psychosozialen Beratung (wann, was, wie viel?)

Diagnose und Diagnosemitteilung

Beratungsstil, Kommunikation und Gesprächsführung

Einbezug des Partners in die Beratung

Spätabbruch (vor allem Thema Fetozid)

Zeitdruck

Automatismus der Entscheidung nach Mitteilung eines positiven Befundes

Patientinnenführung (Case-Management)

Begleitung „danach“ (nach positivem Befund, bei Schwangerschaftsabbruch [SSA] beim Austragen des erkrankten/behinderten Kindes, Trauerbegleitung, Beerdigung)

Angebot und Nutzen psychosozialer Beratung

Vermehrung der Inanspruchnahme psychosozialer Beratung (Motivierung der Patientin)

Umfang medizinischer Grundkenntnisse von Beraterinnen (Basiswissen)

Zusammenarbeit und Zuständigkeiten (wann, wer mit wem?)

Modell der Arzt-Patienten-Beziehung (ergebnisoffene vs. „führende“ Beratung)

Haftung von bzw. juristischer Druck bei Ärztinnen und Ärzten (Angst vor Regress)

Güte der Beratung (Unsicherheit aufgrund mangelnden Feedbacks von Patientinnen)

Beteiligte Professionen am IQZ und an der Beratung zur PND (z. B. auch Hebammen, Kinderärztinnen/-ärzte und Klinikseelsorgerinnen/-seelsorger)

Wohlbefinden der Betreuenden (z. B. Hilflosigkeit vs. Zufriedenheit)

Finanzielle Aspekte (z. B. finanzielle Belastung für die Patientinnen, Kostendruck bei Ärztinnen/Ärzten)

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

Über die hier in komprimierter Form dargestellten Themenschwerpunkte, die in allen IQZ-Standorten großen Raum einnahmen, wurden verschiedene Problemstellungen in Zusammenhang mit PND in den einzelnen Zirkeln bearbeitet.

Eine detaillierte Übersicht über die an den jeweiligen Standorten durchgeführten Sitzungen mit Angaben zur vorstellenden Berufsgruppe, zum patientinnen-/klientinnenbezogenen Anlass, zum Hauptanliegen der Fallvorstellenden und zum Themenbezug der Sitzungen befindet sich im Anhang (siehe S. 322).

## FALLDARSTELLUNG – AUSGEWÄHLTE IQZ-SITZUNGEN

Um einen Einblick zu gewinnen, wie die IQZ-Arbeit konkret abgelaufen ist, werden im Folgenden sechs IQZ-Sitzungen exemplarisch vorgestellt. Die Auswahl der Sitzungen erfolgte unter Berücksichtigung vorab festgelegter Kriterien. Zum einen sollten möglichst prototypische Fälle, zum anderen sollte ein breites Spektrum an Fällen dargestellt werden.

### KRITERIEN FÜR DIE AUSWAHL EXEMPLARISCHER SITZUNGEN

- Themenbezug der Sitzungen bzw. Problembereiche, die bei der Fallvorstellung thematisiert wurden
- Falldarstellungen aus dem Arbeitsbereich beider Berufsgruppen
- Gute und weniger gute Umsetzung des Qualitätszirkelkonzepts
- Gut und weniger gut bewertete IQZ-Sitzungen (aus Sicht der Teilnehmenden)



### STRUKTUR DER FALLDARSTELLUNG

Im Hinblick auf dieses Kriterium war die Auswahlmöglichkeit begrenzt. Die infrage kommenden Sitzungen mit einer Fallvorstellung wurden von den Teilnehmenden durchgängig gut oder sogar sehr gut bewertet. Schlechte Bewertungen erhielten lediglich Sitzungen, bei denen eine konkrete Fallvorstellung fehlte, und solche Treffen konnten für dieses fallorientierte Kapitel nicht berücksichtigt werden.

Die Beschreibung der ausgewählten IQZ-Beispiele erfolgt anhand eines Rasters, das sich zum einen am Qualitätskreislauf (vgl. Teil 1, Qualitätszirkel als Instrument zur Förderung der Kooperation) und zum anderen an der Struktur des Protokollbogens für die Qualitätszirkeltreffen (vgl. Anhang) orientiert. Die Begründung für die Auswahl, ein Fallprofil und Überlegungen, die sich aus der Fallbearbeitung für die zukünftige Beratungspraxis ergeben, führen jeweils in die Falldarstellungen ein. Die wichtigsten Inhalte der IQZ-Sitzung werden zu Beginn der Falldarstellung stichpunktartig zusammengefasst am vereinfachten Modell des Qualitätskreislaufs dargestellt. Anschließend wird der konkrete Verlauf der Sitzung ausführlich beschrieben.

Am Schluss der Falldarstellungen werden die Bewertungen der Teilnehmenden zur Sitzung und – soweit Daten dazu vorliegen – die Gruppendynamik und die Umsetzung des Qualitätszirkelkonzepts aus Sicht der Begleitforschung interpretiert.



Die Darstellung erfolgt anonymisiert. Sie stützt sich auf die Transkripte der IQZ-Sitzungen, die Daten der teilnehmenden Beobachtung und die Protokolle der Moderierenden über die einzelnen Qualitätszirkelsitzungen.

Eine Herausforderung dabei ist die Vielschichtigkeit der Fallstruktur. Zum einen wird bei der Darstellung der IQZ-Sitzungen das Interaktionsgeschehen aus Sicht der Beteiligten auf Basis der Protokolle der Moderation und der Kurzevaluationsbogen beschrieben; zum anderen stützt sich die Beschreibung auf die Dokumentation der teilnehmenden Beobachtung (Audioaufzeichnung, Transkripte). Darüber hinaus werden die diskutierten Fälle aus unterschiedlicher Perspektive dargestellt: zum einen Fälle, die entsprechend dem Qualitätszirkelprinzip die Beratungssituation und das berufliche Handeln aus Sicht eines IQZ-Teilnehmenden beschreiben, und zum anderen Fälle, die aus Sicht eines Dritten (z. B. aus Sicht einer betroffenen Patientin) die Beratungssituation beschreiben. Soweit möglich wurden die unterschiedlichen Perspektiven kenntlich gemacht.



## BEISPIEL 1: AUSTRAGEN EINER SCHWANGERSCHAFT TROTZ LETALER PROGNOSE – FALL AUS SICHT EINER KLINIKSEELSORGERIN

### AUSWAHLKRITERIEN

Diese Falldarstellung wurde ausgewählt, weil in den beiden Sitzungen zum Fall Problemaspekte angesprochen werden, die übergreifenden Charakter haben. Sie wurden auch an anderen Standorten immer wieder thematisiert:

- Eigendynamik von PND (von der Routineuntersuchung zur weiterführenden invasiven Diagnostik)
- Automatismus des Prozesses nach pathologischem Befund
- Hilflosigkeit der Professionellen
- Art der Gesprächsführung (ergebnisoffene vs. direktive Beratung)
- Bedeutung einer unabhängigen psychosozialen Beratung
- Abschied und Begleitung „danach“ (hier nach Geburt eines nicht überlebenden Kindes)

Im Hinblick auf die Umsetzung des IQZ-Konzepts liegt die Besonderheit der beiden Sitzungen darin, dass der Fall aus zwei Perspektiven geschildert wird. Die „Präsentation der Betroffenen“ ist streng genommen keine Fallvorstellung im Sinne des Qualitätszirkelkonzepts, sondern eine Darstellung ärztlichen Handelns aus der Patientenperspektive. Der Fall im Sinne des IQZ bzw. die Arbeitspraxis der Klinikseelsorgerin wird auf die nächste Sitzung vertagt. Erst dort wird aufgezeigt, inwieweit der vorgestellte Fall die Schwierigkeiten des beruflichen Alltags der Klinikseelsorgerin illustriert und inwieweit sie in die Begleitung des Paares involviert war.

### FALLPROFIL

Zur Konkretisierung ihres Berufsalltags stellt eine Klinikseelsorgerin den Begleitprozess bei einem Paar vor, das sich trotz des Befundes Trisomie 18 für das Austragen des Kindes entschieden hat. Das Paar – die Frau ist Ärztin, der Mann ebenfalls Arzt – hat negative Erfahrungen mit der ärztlichen Beratung vor, aber insbesondere nach PND gemacht. Das Paar wurde von der Klinikseelsorgerin zur IQZ-Sitzung eingeladen, damit es selbst von seinen Erfahrungen berichten kann. In der darauf folgenden Sitzung geht die Klinikseelsorgerin auf ihren beruflichen Alltag ein. Sie will eine gelungene Kooperation zwischen ärztlich und psychosozial tätigem Fachpersonal mit der Fallvorstellung aufzeigen.

Die Erfahrungen des Paares sind für die Seelsorgerin ein „Aufhänger“ für die Themen „Automatismus“ und „Möglichkeiten der Entschleunigung“. Dem Paar ist es ihrer Ansicht nach gelungen, die Eigendynamik bzw. den Automatismus zu durchbrechen. Sie wirft aber die Frage auf, wie andere Paare/Betroffene die Situation bewältigt hätten, die nicht so vorteilhafte Voraussetzungen wie Einigkeit der Partner, guten familiären Rückhalt und fundiertes medizinisches Hintergrundwissen mitbringen.

## BEDEUTUNG FÜR DIE BERATUNGSPRAXIS

Die erste Falldarstellung beschreibt aus Sicht der Betroffenen das im IQZ häufig diskutierte Problem, dass in Beratungsgesprächen zu PND vor allem medizinische Aspekte im Vordergrund stehen und wenig auf die emotionale Befindlichkeit bzw. die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen eingegangen wird. In diesem Fall wurde nicht ergebnisoffen beraten, sondern es wurde dem Paar ein Schwangerschaftsabbruch nahegelegt. Das Paar kann mit dieser Situation relativ gut umgehen, da beide medizinisch ausgebildet sind, eine klare Haltung zum Thema haben und bereits vor dem Beratungsgespräch die Entscheidung zum Austragen der Schwangerschaft getroffen haben.

Fraglich ist, wie ein anderes Paar, das keine eindeutige Position oder Einstellung zu dem Thema hat und sich noch in der Phase der Entscheidung befindet, in der gleichen Situation reagiert hätte. In einem solchen Fall ist eine psychosoziale Beratung (zur Unterstützung der Entscheidungsfindung) unabdingbar, die bei dem hier vorgestellten Paar nicht notwendig war.

Die zweite Fallvorstellung zeigt, wie wichtig und selbstverständlich die Zusammenarbeit zwischen psychosozialen Fachkräften (hier Klinikseelsorgerin) und Ärztinnen bzw. Ärzten sein kann. Ferner wird damit auf die große Bedeutung der Begleitung während und nach PND bzw. nach Diagnosemitteilung hingewiesen.

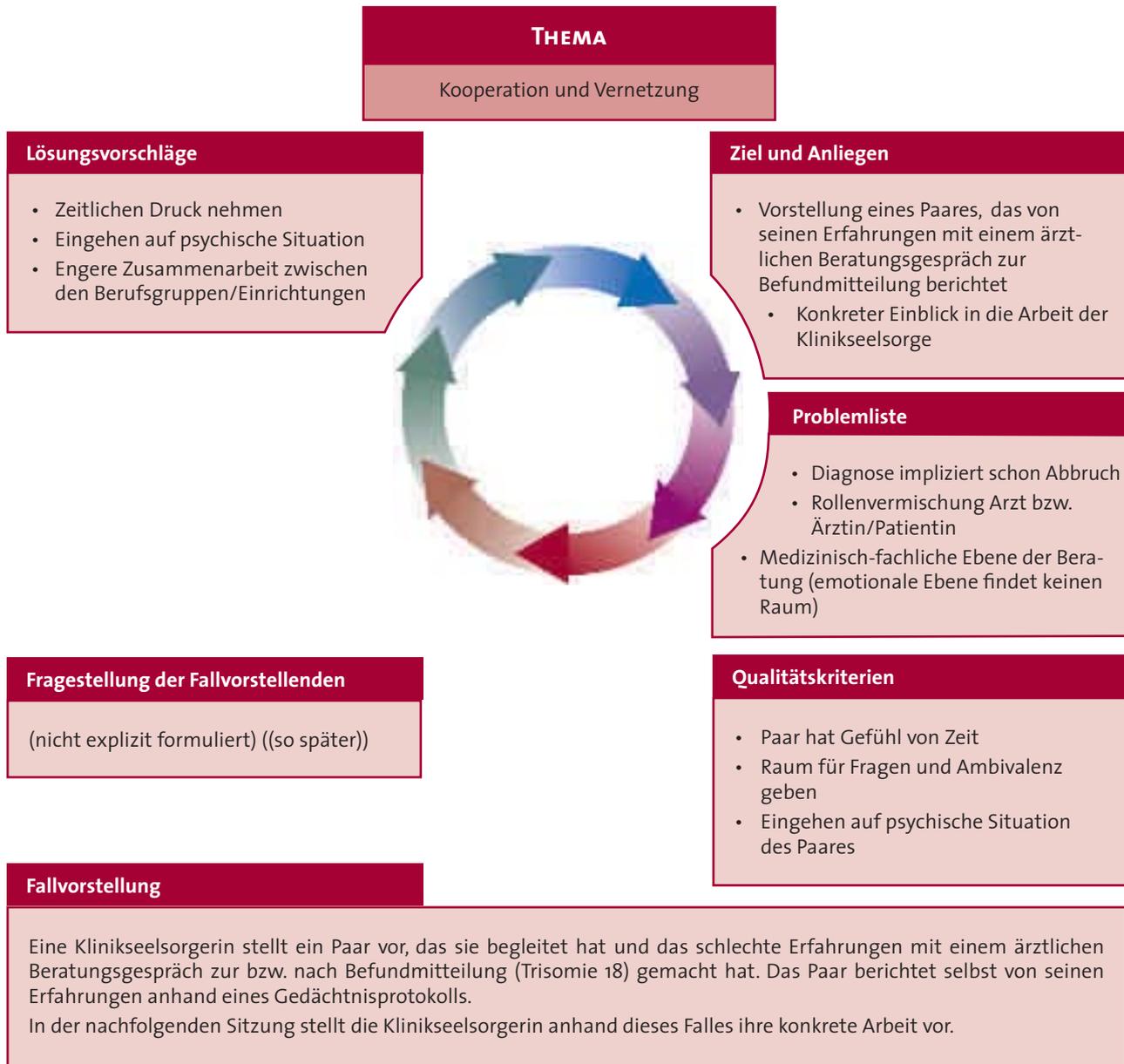
## STRUKTURELLE ASPEKTE DER SITZUNG

An den Sitzungen nehmen 13 von 19 festen Mitgliedern teil.

- Fünf Personen in ärztlicher Funktion (eine niedergelassene Humangenetikerin, eine niedergelassene Frauenärztin, zwei Gynäkologen und zwei Kinderärzte aus den beiden Kliniken des Standortes)
- Sieben Personen in psychosozialer Beratungsfunktion und eine Hebamme
- Sitzungsdauer jeweils etwas mehr als zwei Stunden

ABBILDUNG 3-6

**AUSTRAGEN EINER SCHWANGERSCHAFT TROTZ LETALER PROGNOSE**



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## KONKRETER VERLAUF DER SITZUNG



### THEMENBEZUG

Die Sitzung stand formal unter dem Thema „Vernetzung und Kooperation“. Der thematische Fokus wurde im Verlauf der Sitzung aber überwiegend durch die Fallvorstellung und die damit verbundene Problematik bestimmt.



### ZIEL UND ANLIEGEN

Das Paar soll selbst über seine Erfahrungen berichten. Die Seelsorgerin fokussiert die Aufmerksamkeit vor allem auf das ärztliche Beratungsgespräch zur Besprechung des Befundes, das ihrer Ansicht nach auch bei anderen Betroffenen so oder ähnlich hätte verlaufen können. Sie regt an, diesen Erfahrungsbericht als Impuls zu nutzen, um gemeinsam darüber nachzudenken, was Professionelle tun können, um den Automatismus bei der Entscheidungsfindung besser stoppen zu können. Bevor das Paar von seinen Erfahrungen berichtet, werden im Plenum potenzielle Probleme gesammelt, die in der vorab skizzierten Beratungssituation auftreten könnten.



### ERSTELLEN DER PROBLEMLISTE<sup>2</sup>

- Rollenvermischung (Doppelrolle Ärztin und Patientin/Arzt und Patient) könnte zur Verunsicherung führen.
- Mögliche Überforderung von Ärztinnen bzw. Ärzten, denen in ihrer Ausbildung/ Fortbildung überwiegend medizinische Fakten und kaum psychologische Aspekte vermittelt werden
- Beratungsgespräch eher auf einer fachlichen Ebene, kein Raum für emotionale Ebene
- Trisomie 18 impliziert von medizinischer Seite einen Abbruch, da 95 % der Kinder kurz nach der Geburt versterben.



### AUFSTELLEN VON QUALITÄTSKRITERIEN<sup>3</sup>:

- Es wird auf die psychische Situation des Paares eingegangen.
- Den Betroffenen wird Raum für Fragen und Ambivalenzen gegeben.
- Dem Paar wird das Gefühl gegeben, „Zeit für die Entscheidung“ zu haben.

**2** Aus Transkript

**3** Aus Transkript



## FALLVORSTELLUNG<sup>4</sup>

### Bericht des Mannes

Das Paar wolle keinen medizinischen Fall vorstellen, sondern von seinen persönlichen Erlebnissen als damals werdende Eltern eines Kindes mit Trisomie 18 berichten. Die Schwangerschaft sei ungeplant gewesen, sei aber von beiden erfreut angenommen worden.

In der zwölften Schwangerschaftswoche (SSW) habe die behandelnde Frauenärztin bei einem Routineultraschall ein ausgeprägtes Nackenödem festgestellt. Die Ärztin habe nahegelegt, den Befund weiter abzuklären. Die weiterführenden Untersuchungen (Chorionzottenbiopsie und genetische Analyse) seien bei einem Spezialisten in der gleichen Praxis durchgeführt worden.

Im ersten Beratungsgespräch (vor Chorionzottenbiopsie) habe das Paar erfahren, dass die sonographische Befundkonstellation auf eine Trisomie 18 oder aber auch auf eine Trisomie 13 hindeute. Der Spezialist habe daraufhin erklärt: „Bei einer Trisomie 18 oder 13 ist es ja eine klare Entscheidung, bei einer Trisomie 21 müsste man dann halt überlegen, was man macht.“<sup>5</sup> Die Ehefrau habe daraufhin deutlich gemacht, dass sie bei einer Trisomie 21 sicher nicht überlegen müsse. Der Arzt sei auf diese Bemerkung nicht eingegangen. Nach der Biopsie habe er eine sofortige stationäre Aufnahme angeboten, für den Fall, dass das Ergebnis der genetischen Untersuchung eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch darstellen würde. Das Paar habe dieses Angebot abgelehnt.

Das Ergebnis der Chorionzottenbiopsie habe eine freie Trisomie 18 bei einem männlichen Kind bestätigt. Außerdem habe der Ultraschall den Verdacht auf einen schweren Herzfehler ergeben. Die werdenden Eltern hätten den Befund von ihrer niedergelassenen Frauenärztin (mit der sie befreundet sind) vorab per Fax erhalten und seien sich nach dem ersten Schock relativ schnell einig gewesen, die Schwangerschaft fortführen und das Kind möglichst lange austragen zu wollen.

### Bericht der Frau

Das eigentliche Gespräch zum Befund habe bei einer der erfahrensten Ärztinnen aus der Gemeinschaftspraxis stattgefunden. Es habe etwa 20 Minuten gedauert. Obwohl die Ärztin darüber informiert gewesen sei, dass das Paar den Befund bereits gekannt habe und dass sie Arzt bzw. Ärztin von Beruf seien, habe sie das Gespräch mit den Worten eröffnet: „Bei der genetischen Untersuchung ist ja eine freie Trisomie 18 gefunden worden, und jetzt sind Sie hier, um sich informieren zu lassen, was das ist, und weil sie wissen wollen, wie es weitergeht.“

Die Schwangere habe daraufhin gegenüber der Ärztin deutlich gemacht, dass sie schon informiert seien und dass sie bereits eine Entscheidung getroffen hätten.

<sup>4</sup> Aus Transkript

<sup>5</sup> Originalzitat aus dem Gedächtnisprotokoll des betroffenen Paares

Die Ärztin habe den Einwand ignoriert, stattdessen habe sie das Paar mit den bereits bekannten genetischen Fakten der Krankheit konfrontiert und ausführlich über die Möglichkeiten eines Schwangerschaftsabbruchs (SSA) informiert. Sie habe jedoch weder nach dem Befinden des Paares noch nach seiner sozialen Situation oder nach seinen Wünschen und Einstellungen gefragt.

Die Schwangere habe an dieser Stelle unmissverständlich klargestellt, dass sie sich gegen einen SSA entschieden habe und dass sie beide das Kind so annähmen, wie es sei. Das Paar habe bereits beschlossen gehabt, nach Beratung mit einem erfahrenen Neonatologen die bestmöglichen Rahmenbedingungen für die Geburt zu schaffen. Die Ärztin habe verständnislos und aggressiv auf diese Entscheidung reagiert. Ihre Gegenargumentation habe sich scheinbar am Wohl des Kindes orientiert, sich dabei aber auf Komplikationen beschränkt, die bei der Geburt auftreten könnten, die erhöhte Gefahr eines intrauterinen Fruchttods etc.

Schließlich habe die Ärztin dem Paar einen weiteren Ultraschall vorgeschlagen, „um zu schauen, ob das Kind überhaupt noch lebt“ (protokolliertes Zitat), andernfalls erübrige sich jedes weitere Gespräch. Die betroffene Frau habe das Verhalten der Ärztin zwar als Hilflosigkeit interpretiert, sie habe sich jedoch zunehmend gezwungen gesehen, für ihre Entscheidung zu „kämpfen“, ihr Kind zu verteidigen und sich rechtfertigen zu müssen. Sie habe den vorgeschlagenen Ultraschall abgelehnt und in einer Weiterführung des Gesprächs keinen Sinn mehr gesehen.

Die Ärztin habe sich dann nur noch danach erkundigt, was das Paar bei einer Trisomie 21 gemacht hätte. Obwohl beide den Sinn dieser Frage nicht verstanden hätten, habe die Schwangere deutlich gemacht, dass es für sie keine kindliche Befundkonstellation gäbe, bei der sie sich für einen SSA entscheiden würden. Beide Betroffenen seien verletzt und aggressiv aus diesem Gespräch gegangen.



## THEMEN DER FALLDISKUSSION<sup>6</sup>

- Gesprächsführung und Beratungsstil
- Suggestive Fragestellungen, direktive Art der Beratung und Versäumnis der Ärztin, auf das Anliegen und die Befindlichkeit des Paares einzugehen
- Unangemessen empfundene Empfehlung einer stationären Aufnahme bereits vor Diagnostik
- Hilflosigkeit der Behandelnden bei der Befundmitteilung von schweren Diagnosen
- Inhaltliche Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten

<sup>6</sup> Aus Transkript



## LÖSUNGSVORSCHLÄGE<sup>7</sup>

- Zeitlichen Druck nehmen
- Ärztlicherseits auf die psychische Situation des Paares eingehen
- Psychosoziale Beratung anbieten (möglichst von der medizinischen Beratung unabhängige Gespräche), idealerweise eine direkte Weiterverweisung an eine konkrete Person/Beraterin
- Engere Zusammenarbeit bzw. Verzahnung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen bzw. Einrichtungen anregen (z. B. zwischen Neonatologie, Humangenetik, gynäkologischer Praxis und psychosozialer Beratung)

<sup>7</sup> Aus Transkript

## WIEDERAUFNAHME DER FALLVORSTELLUNG

Ziel der nachfolgenden Sitzung war, den Teilnehmenden einen konkreten Einblick in die Arbeit der Klinikseelsorgerin zu geben. Die Klinikseelsorgerin beschreibt ihre Aufgaben im Allgemeinen und kommt noch einmal auf den Fall zurück, den sie als eine gelungene Begleitung betrachtet, eingebunden in eine gute interdisziplinäre Kooperation in der Klinik.



### FALLVORSTELLUNG

#### **Bericht der Klinikseelsorgerin zu ihren Aufgaben im Allgemeinen**

Sie begleite betroffene Eltern nach erfolgter Pränataldiagnostik, häufig mit schwerwiegenden Befunden, d. h., die Entscheidung, ein Kind bis zur Geburt auszutragen oder die Geburt einzuleiten, sei von den Betroffenen bereits getroffen worden. Die Aufgabe der Klinikseelsorgerin bestehe darin, Eltern vor und nach der Geburt eines Kindes zu stützen und, falls erforderlich und gewünscht, in ihrer Trauer zu begleiten. Während dieses Prozesses erfahre sie von den Paaren meist Details über deren Weg durch die Pränataldiagnostik. Dabei stelle sie häufig fest, dass sich bei positivem Befund eine Eigendynamik entwickle, die sich nicht stoppen ließe.

Als wichtige Grundsätze ihrer Arbeit sehe sie die „Kontinuität in der Person“ bei der Begleitung von Frauen bzw. Paaren, d. h., die Seelsorgerin begleite ein Paar, während es unterschiedliche Stationen in der Klinik durchlaufe. Einen weiteren Grundsatz sehe sie in der „Kontinuität in der Form der Begleitung“ (während der Zeit in der Entbindungsstation, Kinderintensivstation, Pathologie etc.). Alle Mitarbeitenden auf einer Station müssen in das Konzept der Seelsorge eingebunden werden. Umgekehrt sollte die Seelsorge die Angebote der anderen Beteiligten, z. B. der Hebammen, kennen, damit die Begleitung der Eltern „Hand in Hand“ geht.

#### **Bericht der Klinikseelsorgerin zur konkreten Begleitung des Paares**

Der Kontakt zu dem Elternpaar sei über einen Klinikarzt in der 18. SSW hergestellt worden. Das Paar habe sich entschieden gehabt, das Kind auszutragen. Beim ersten Gespräch mit der Seelsorgerin hätten sich die Eltern vor allem nach den Möglichkeiten erkundigt, das Kind taufen zu lassen. Um dieses Thema sei es auch in einem Telefongespräch ca. zwei Wochen später gegangen.

Die Zeit der stationären Behandlung wegen der Zervixinsuffizienz sei für die Patientin sehr aufwühlend gewesen. Sie habe sich für oder gegen eine wehenhemmende Infusion entscheiden müssen. Die Seelsorgerin habe daher einen Arzt gebeten, noch einmal mit der Patientin zu sprechen. Dieses Gespräch habe für das Paar zu der Entscheidung geführt, die Geburt nicht weiter hinauszuzögern.

Die Beerdigung des Kindes habe eineinhalb Wochen nach seinem Tod stattgefunden. Danach seien noch zwei weitere Gespräche mit der Seelsorgerin gefolgt, in denen die Trauer der Eltern im Mittelpunkt gestanden habe. Etwa drei Monate später habe das Paar einmalig eine Selbsthilfegruppe besucht, habe aber das Gefühl gehabt, bereits weiter fortgeschritten im Trauerprozess zu sein als die anderen Teilnehmenden.

Die Seelsorgerin habe die gesamte Begleitung des Paares als sehr intensiv und wertvoll für die Eltern und sich selbst empfunden.



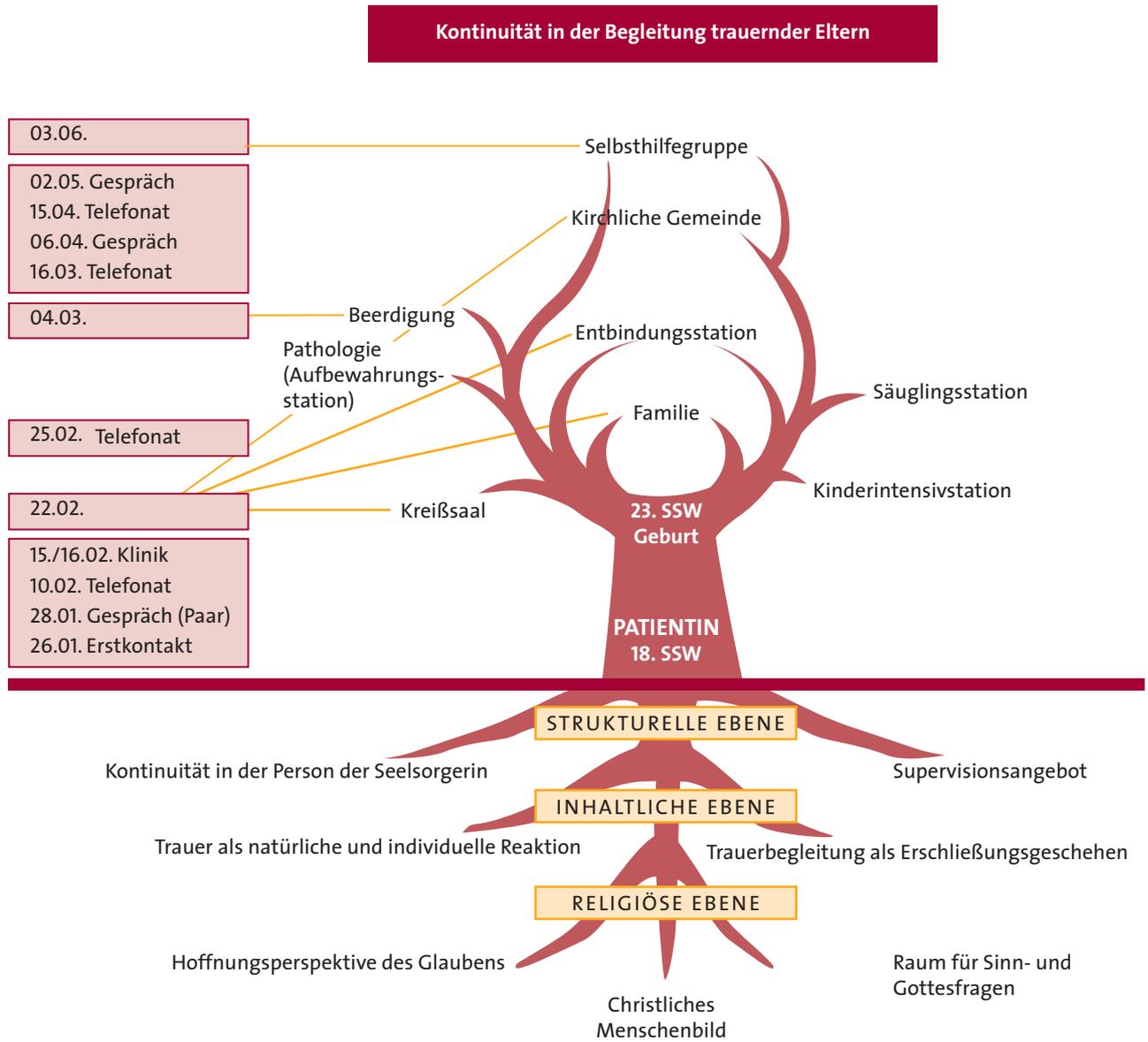
## ERGÄNZUNG DER PROBLEMLISTE

- Für die Ärzteschaft ist es schwierig, den gesamten Weg an Begleitung anzubieten. Daher wird oft an die Klinikseelsorge verwiesen.
- Interprofessionelle Zusammenarbeit ist notwendig, trotzdem muss immer wieder die Frage gestellt werden: Zu wie vielen Ansprechpersonen sollen die Eltern noch Kontakt aufnehmen?
- Emotionsfreie, nicht direktive Beratung ist kaum möglich.
- Starke Belastung für die Seelsorgerin, wenn sie Betroffene in der Entscheidungsphase begleitet. Die seelsorgerische Begleitung ist einfacher, wenn sie erst nach der Entscheidungsphase in die Beratung eingebunden wird.

Die Seelsorgerin dokumentiert ihren Kontakt zu dem betroffenen Paar anhand einer Folie:

ABBILDUNG 3-7

**DOKUMENTATION DER KLINIKSELSORGERIN**



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007



## BEWERTUNG DER SITZUNGEN

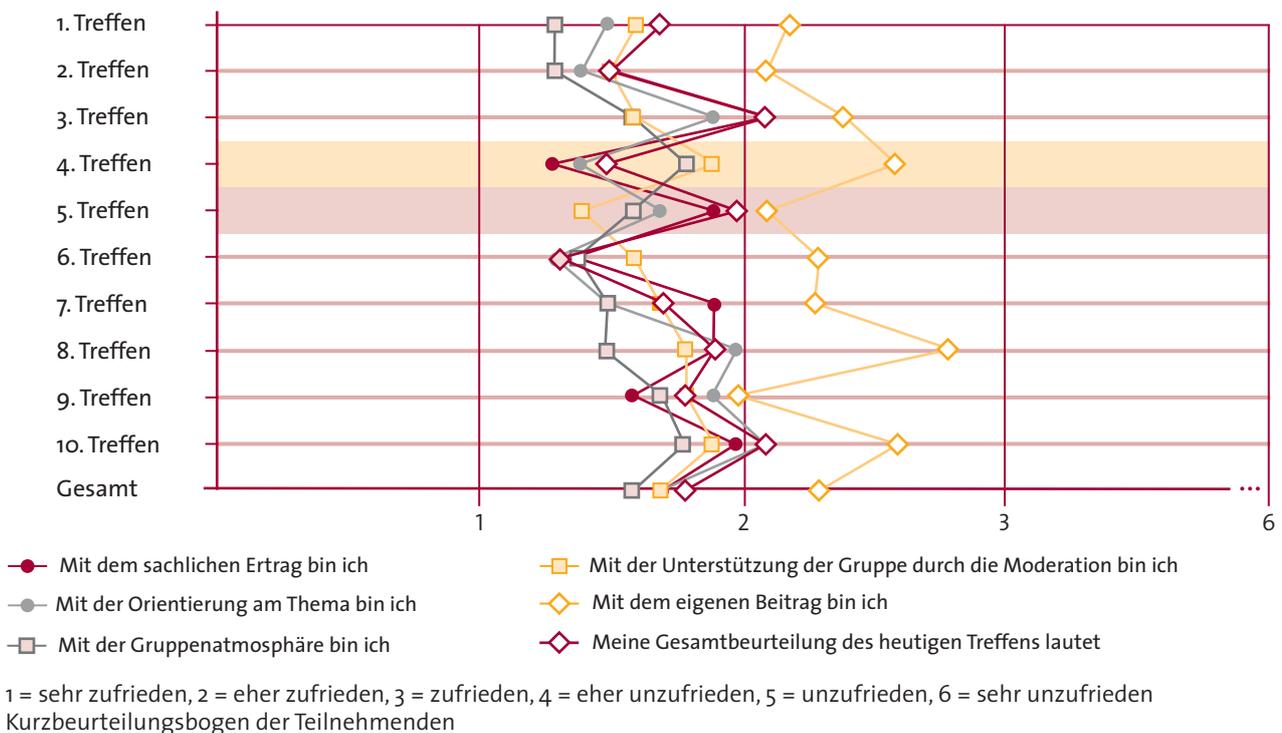
### FRAGEBOGEN DER TEILNEHMENDEN

Die Bewertungen (Schulnoten/Mittelwerte) der Teilnehmenden heben für die erste dargestellte Sitzung anhand einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (sehr unzufrieden) insbesondere den „sachlichen Ertrag“ (1,3) und die „Orientierung am Thema“ (1,4) positiv hervor. Beide Einschätzungen fließen maßgeblich in die sehr positive „Gesamtbeurteilung“ (1,5) dieser Sitzung mit ein (vgl. Abbildung 3-8). Fast alle Teilnehmenden äußern sich positiv über die (praxisorientierte) „Fallvorstellung und Einbeziehung von Betroffenen“, wobei insbesondere „die persönliche Vorstellung einer erlebten Geschichte“, bei der „konkrete Rückfragemöglichkeit an Betroffene“ besteht, als hilfreich betont wird. Viele Teilnehmenden geben an, Anregungen für ihre berufliche Praxis erhalten zu haben. Die zahlreichen Antworten zu diesem Aspekt beziehen sich wiederholt auf den interprofessionellen Austausch („persönlicher Austausch zwischen Berufsgruppen unbedingt erforderlich“). Die positiven Effekte der gemeinsamen Arbeit am Fall zeigen sich in dem Entschluss, sich „noch mehr mit dem Thema Gesprächsführung und Qualitätskriterien zu befassen“. Wichtige Überlegungen zeigen sich auch in Stellungnahmen, die Folgegespräche nach einer „Begutachtung durch PND-Experten bzw. -Expertin“ einplanen sowie das „Offenhalten von Entscheidungen, Einbeziehen der Befindlichkeit“ thematisieren.

Die guten Bewertungen der Teilnehmenden für die zweite Sitzung beziehen sich insbesondere auf die „Moderation“ (1,4) und die „Gruppenatmosphäre“ (1,6). In den Ant-

ABBILDUNG 3-8

BEWERTUNGEN DES DARGESTELLTEN VIERTEN UND FÜNFTEN TREFFENS (Mittelwerte)



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

worten auf die offenen Fragen wird sowohl die „Weiterführung des Falls“ als auch die „seelsorgerische Darstellung“ wiederholt positiv hervorgehoben.

## DOKUMENTE DER TEILNEHMENDEN BEOBACHTUNG

### Gruppendynamik und Interaktionsbeziehungen

Aus den Dokumenten der teilnehmenden Beobachtung lässt sich eine ungleiche Beteiligung der beiden Berufsgruppen ableiten, die Ärztinnen und Ärzte dominieren die Diskussion. Der Umgang in der Gruppe ist dennoch sehr offen, Konkurrenzen zwischen und innerhalb der Berufsgruppen werden nicht deutlich. Die Gruppenatmosphäre ist entspannt.

### Umsetzung des Qualitätszirkelkonzepts

Über die „doppelte Fallvorstellung“ des Paares wird insgesamt ein klarer Bezug zum gewählten Thema (Kooperation und Vernetzung) hergestellt. Die für die Konzeptumsetzung relevanten Aspekte wie Erstellung einer Problemliste, Formulierung von Qualitätskriterien, Fallvorstellung, Falldiskussion, Erarbeitung von Lösungsvorschlägen werden in den beiden Sitzungen erfüllt.

Die Besonderheit dieser Sitzungen liegt in der Vielfalt nicht klar gegeneinander abgegrenzter Perspektiven. Eine Schwierigkeit liegt darin, dass das ärztliche Handeln aus Sicht des betroffenen Paares und der Klinikseelsorgerin problematisiert wird, während die Ärztin, die das Paar beraten hat, nicht dem Zirkel angehört. Sie kann ihre Sicht nicht darlegen und auch keine Konsequenzen aus der Diskussion ziehen. Unklar blieb auch, wessen „Fall“ im Vordergrund stehen soll. Das berufliche Handeln der die Vorstellung einleitenden Klinikseelsorgerin wird zunächst nicht ausgeführt und thematisiert. An einigen Nachfragen zu Beginn der Sitzung wird deutlich, dass es hilfreich gewesen wäre, zunächst zu klären, welche Aspekte zur Fallvorstellung gehören sollen und welche Personen welche Aufgaben dabei übernehmen. Dadurch wäre die Struktur der Fallvorstellungen deutlicher geworden.

Diese Unklarheiten hatten auch Auswirkungen auf die Formulierung von Qualitätskriterien. Sie bleiben unvollständig. Da die erste „Fallvorstellung“ sich nur auf das Erleben eines ärztlichen Gesprächs bezieht, weder auf die Gesamtsituation des Paares noch auf die Beziehung zwischen Klinikseelsorgerin und betroffenem Paar eingeht, decken die aufgestellten Qualitätskriterien zwar die negative Beratungssituation des Paares ab, nicht jedoch das berufliche Handeln der Seelsorgerin. Die verschiedenen Ebenen der Betrachtung werden nicht deutlich voneinander getrennt. Die Falldiskussion „beschränkt“ sich folglich überwiegend auf das Verhalten der Ärztinnen und Ärzte, die Funktion bzw. Einbeziehung von Beratungsstellen in dem konkreten Fall wird nur am Rande thematisiert. Es bleibt unklar, wer welche Probleme hat und für wen Lösungen entwickelt werden sollen. Die Arbeitspraxis der Klinikseelsorgerin wird erst in der darauf folgenden Sitzung konkret aufgezeigt. Es erfolgt eine **dokumentierte Falldarstellung**. Mit Hilfe der in dieser Sitzung präsentierten Folien werden die Begleitgespräche und die Kontakte mit dem betroffenen Paar für die anderen Teilnehmenden nachvollziehbar, und sie erhalten konkreten Einblick in den Arbeitsalltag einer Klinikseelsorgerin. Durch die Selbstpräsentation des Paares konnte die **Patientenperspektive** authentisch vermittelt werden, was die Teilnehmenden dazu motivieren könnte, diesen Aspekt zukünftig stärker zu berücksichtigen. Insgesamt werden die Haltung und der Mut des Paares anerkannt. Vor allem die ärztlichen Zirkelmitglieder zeigen viel Verständnis für die schwierige Situation des Paares.



## BEISPIEL 2: UMGANG MIT WIEDERHOLUNGSRISIKO BEI ERBLICH BEDINGTER ERKRANKUNG – FALL AUS SICHT EINES PRÄNATALDIAGNOSTIKERS

### AUSWAHLKRITERIEN

Dieser Fall veranschaulicht die Ambivalenz gegenüber PND bei Patientinnen, die bereits in früheren Schwangerschaften schwerwiegende pathologische Befunde des ungeborenen Kindes verkraften mussten. Auch die Ambivalenz gegenüber einer psychosozialen Beratung wird an diesem Fall deutlich spürbar. Der behandelnde Arzt empfahl mehrfach eine psychosoziale Beratung, doch die stark verunsicherte Patientin nahm weder vor noch nach Mitteilung der Verdachtsdiagnose eine derartige Beratung in Anspruch. Damit wirft dieser Fall die ziemlich häufig in den IQZ diskutierte Frage auf, welche Schritte ärztlicherseits unternommen werden müssen, damit Betroffene Beratungsangebote in Anspruch nehmen. Weitere Besonderheiten der Falldarstellung sind:

- Verdeutlichung unterschiedlicher Denk- und Handlungsansätze von Medizin und Beratung (Arzt fokussiert das Augenmerk bei der Fallvorstellung auf Patientin als Fall, auf medizinische Befunde und deren Bedeutung; Beraterinnen fokussieren die emotionale Ebene des Erlebens mit Schwerpunkt „Ambivalenz der Betroffenen“ und „notwendige Entscheidungshilfen“)
- Diverse Mängel in der IQZ-Umsetzung: primär Patientinnenvorstellung, keine nach Qualitätszirkelkonzept notwendige Fragestellung mit Bezug auf die Erarbeitung von Handlungsalternativen für den Umgang mit der Patientin; Fragen des Arztes beziehen sich auf den richtigen Diagnosezeitpunkt und inwieweit er dem Druck einer psychisch labilen Patientin nachgeben darf, wenn sie auf einer frühen und damit unsicheren Diagnosestellung besteht.

### FALLPROFIL

Mit dem Ziel, den anderen IQZ-Teilnehmenden medizinisches Wissen zu PND zu vermitteln, stellt ein niedergelassener Gynäkologe mit einer Schwerpunktpraxis für Pränataldiagnostik den Behandlungsverlauf bei einer Patientin mit starkem Kinderwunsch vor, bei deren Kind ein hohes Wiederholungsrisiko für die Diagnose „Meckel-Gruber-Syndrom“ besteht. Die erste Schwangerschaft wurde aufgrund der oben genannten Diagnose abgebrochen (Spätabbruch mit Fetozid).

Zum Zeitpunkt der Fallvorstellung ist die Patientin zum zweiten Mal schwanger. Die von ihr in der 12./13. Schwangerschaftswoche in Anspruch genommene genetische Beratung ergab wiederum Hinweise auf ein Meckel-Gruber-Syndrom. Der auf Wunsch der Patientin durchgeführte Ultraschall hätte auf Empfehlung des Fallvorstellenden 14 Tage später wiederholt werden sollen, um eine höhere diagnostische Sicherheit zu erhalten. Die unter Schock stehende Patientin wartete diese Untersuchung jedoch nicht ab, sondern ließ erneut einen Abbruch vornehmen, lehnte aber die notwendige Obduktion zur Klärung des Befundes wie bei der ersten Schwangerschaft erneut ab.

Für den vorstellenden Arzt ist im Nachhinein problematisch, dass er nicht auf ein geeignetes Betreuungskonzept bei letalen Prognosen mit hohem Wiederholungsrisiko zurückgreifen konnte, dass er sich unter Druck gesetzt fühlte und dass ein Schwangerschaftsabbruch trotz nicht abgeschlossener Diagnostik erfolgte.

Der Fall wird ein halbes Jahr später noch einmal im IQZ aufgegriffen, da die Patientin zum dritten Mal schwanger ist und der Fall den Arzt zu diesem Zeitpunkt stark beschäftigt.

## BEDEUTUNG FÜR DIE BERATUNGSPRAXIS

Das Besondere an diesem Fallbeispiel liegt darin, dass die Frau schon mehrfach einen positiven Befund erhalten hat und sowohl in der zweiten als auch in der dritten Schwangerschaft hoch besorgt und ängstlich in Bezug auf einen weiteren positiven Befund reagiert. Sie hat einen starken Kinderwunsch und weiß, worauf sie sich bei einer weiteren Schwangerschaft einlässt. Deutlich wird hier die Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach Sicherheit durch frühzeitige Diagnostik und Vermeidung der Auseinandersetzung mit den Befunden; sie schaut z. B. während der Untersuchung nicht auf den Bildschirm und hat Angst vor einem erneuten pathologischen Befund. Nach dem ersten Schwangerschaftsabbruch hat keine psychosoziale Begleitung stattgefunden.

Der Arzt konzentriert sich in der Fallvorstellung auf das Problem des Diagnosezeitpunktes und ist bestrebt, der Frau zu vermitteln, wie wichtig die Diagnoseabsicherung zu einem späteren Zeitpunkt ist. Er erkennt, dass die Frau psychisch unter starker Anspannung steht, und schlägt ihr auch mehrfach eine psychosoziale Beratung vor, wobei nicht deutlich wird, wie dieses Angebot konkret formuliert wurde. Er versucht immer wieder, der Patientin mit rationalen Argumenten zu erklären, wie wichtig weitere Untersuchungen sind. Es wirkt so, als wenn er die emotionale Ebene – sowohl seine eigene Befindlichkeit in der Situation als auch die der Frau – weitgehend ausblendet.

Der Arzt versucht, die Befindlichkeit an die psychosoziale Beratung zu delegieren, und empfiehlt eine psychosoziale Beratung: Eine angemessene Strategie – möglicherweise nicht stringent genug verfolgt –, aber die Patientin blockiert völlig, so dass er vermutlich eine Haltungsänderung bei ihr nicht hätte erreichen können.

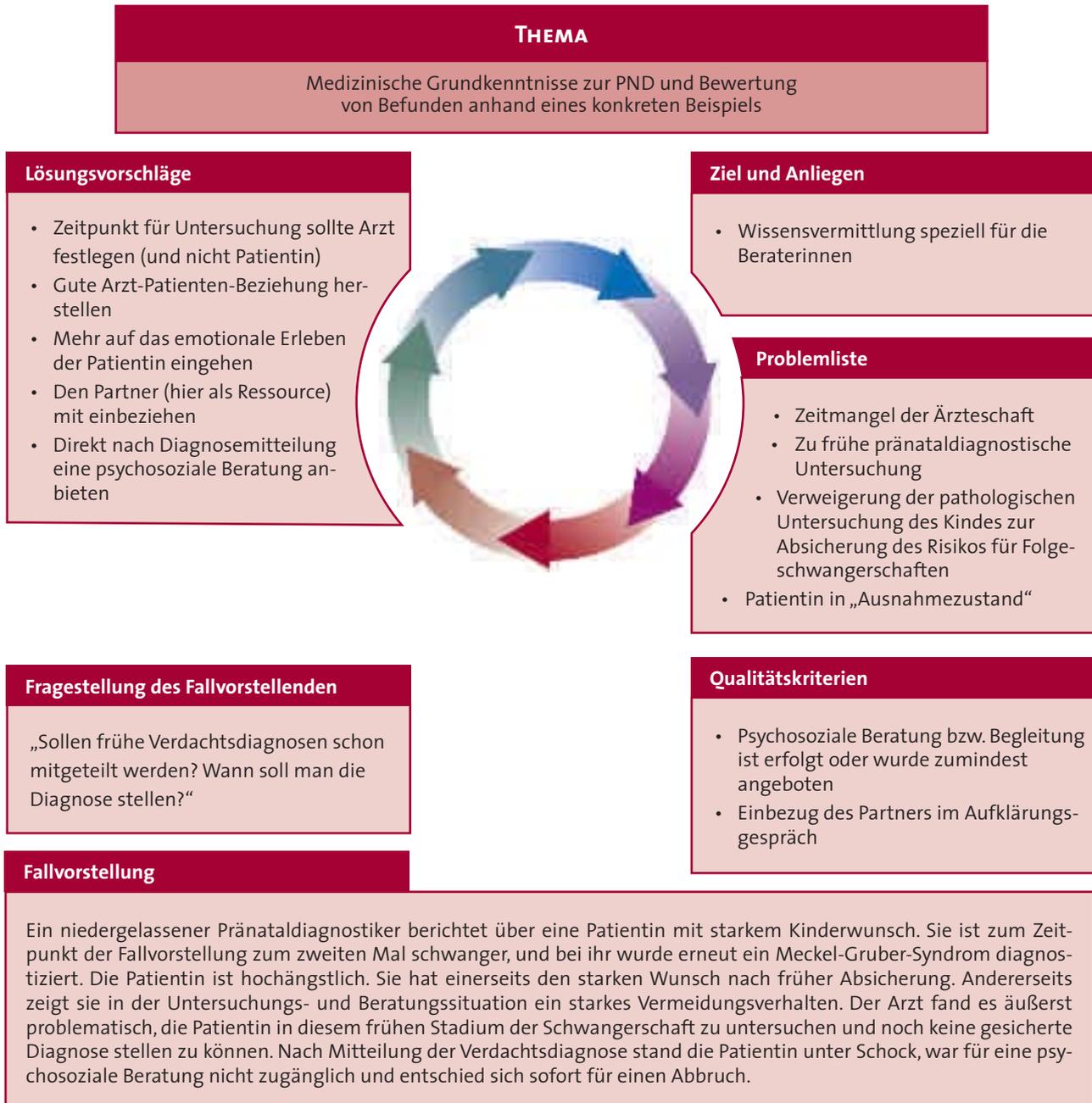
## STRUKTURELLE ASPEKTE DER SITZUNG

An der ersten Sitzung nehmen insgesamt 15 von 18 festen Mitgliedern teil.

- Vier Personen in ärztlicher Funktion (drei niedergelassene Frauenärzte und ein Gynäkologe aus der Klinik)
- Zehn Personen in psychosozialer Funktion
- Ein Biologe, selbstständig tätig im Bereich genetische Diagnostik
- Sitzungsdauer jeweils etwas mehr als zweieinhalb Stunden

ABBILDUNG 3-9

**UMGANG MIT WIEDERHOLUNGSRISIKO BEI ERBLICH BEDINGTER ERKRANKUNG**



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## KONKRETER VERLAUF DER SITZUNG



### THEMENBEZUG

Die Sitzung stand unter dem Thema „Medizinische Grundkenntnisse zu PND und Bewertung von Befunden“. Im Verlauf der Fallvorstellung wurden aber auch andere Themenbereiche angesprochen.



### ZIEL UND ANLIEGEN

Der Arzt referiert zunächst über diverse pränataldiagnostische Untersuchungsmethoden, mögliche auffällige Befunde, Fehlbildungen, Softmarker und andere medizinisch wichtige Details entsprechend seinem Wunsch, vor allem den Beraterinnen medizinisches Wissen zu vermitteln. Dann stellt er den aktuellen Fall vor.



### FALLVORSTELLUNG

#### Bericht des Pränataldiagnostikers

Seine Patientin sei als medizinisch-technische Assistentin in einer Fachklinik tätig. Sie sei verheiratet und habe einen dringenden Kinderwunsch. Bei ihrer ersten Schwangerschaft vor etwa eineinhalb Jahren sei sie in der 22. Schwangerschaftswoche von ihrer behandelnden Frauenärztin zu ihm zur Feindiagnostik überwiesen worden. Die Diagnose habe damals ein Meckel-Gruber-Syndrom ergeben, eine schwere Erkrankung des Kindes ohne Überlebenschance. Da die Schwangerschaft schon sehr weit fortgeschritten gewesen sei, sei der Patientin die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch damals nicht leicht gefallen. Fetozid und Abbruch hätten in der 24. SSW stattgefunden.

Das vorab gegebene Einverständnis zur Nachuntersuchung des Kindes durch Genetik und Pathologie habe sie widerrufen. Dieser Widerruf war für den Fallvorsteller unverständlich. Ohne einen eindeutigen Befund sei eine Einschätzung des Risikos, ein weiteres Kind mit dieser Krankheit zu bekommen, unmöglich.<sup>8</sup> Auch die damals beteiligten Ärzte hätten das Verhalten der Patientin bzw. den Umgang mit ihr als schwierig empfunden.

Etwa ein Jahr später sei die Patientin erneut schwanger geworden und auf eigenen Wunsch bereits in der 12./13. Schwangerschaftswoche zur genetischen Beratung gegangen. Hier hätten sich erneut Hinweise auf ein Meckel-Gruber-Syndrom ergeben.

**8** Der PND-Befund sei eine Verdachtsdiagnose, das tatsächliche Vorliegen der Erkrankung könne nur über die pathologische Untersuchung verifiziert werden; das Wiederholungsrisiko liege bei 25 %.

Die Patientin habe daraufhin in seiner Praxis die Verdachtsdiagnose abklären wollen. Da die diagnostische Sicherheit bei einem in der 13. Schwangerschaftswoche vorgenommenen Ultraschall noch nicht sehr hoch sei, habe er eine weitere Untersuchung zur Absicherung des Befundes zwei Wochen später vorgeschlagen. Daraufhin sei die Patientin „völlig zusammengebrochen“. Die von ihm mehrfach empfohlene psychologische Betreuung habe sie abgelehnt mit der „Begründung“, dass sie keine Zeitverzögerung wolle. Die Möglichkeit, das Kind weiter auszutragen und den Zeitpunkt der Geburt/des Absterbens des Kindes abzuwarten, sei für sie keine Option gewesen.

Sie habe erneut einen Abbruch vornehmen lassen und wiederum eine Obduktion des Kindes abgelehnt.

Der Fallvorsteller wolle mit diesem Fall aufzeigen, dass ein geeignetes Betreuungskonzept gerade im Fall schwerer Anomalien mit hohem Wiederholungsrisiko dringend notwendig sei.



## FRAGESTELLUNG DES FALLVORSTELLENDEN

Der Arzt möchte die Frage erörtern, ob über einen Schwangerschaftsabbruch bereits entschieden werden kann, solange die Diagnostik noch nicht abgeschlossen ist. Zudem wirft er die Frage auf, ob ein Arzt sich dem Druck/Willen der Patientin „beugen“ müsse, wenn sie Gefahr laufe, psychisch zusammenzubrechen.



## ERSTELLEN DER PROBLEMLISTE<sup>9</sup>

Im Rahmen der Falldiskussion erfolgte keine explizite Erstellung der Problemliste. Diese wurde daher von der wissenschaftlichen Begleitung auf der Basis der Diskussionsunterlagen zusammengestellt.

- Zeitmangel der Ärzteschaft (in Bezug auf eine ausführliche Beratung und psychische Unterstützung)
- Unsicherheit von Diagnosen und Prognosen bei zu frühen pränataldiagnostischen Untersuchungen
- Schwierigkeiten der Ärztinnen und Ärzte, Patientinnen von einer Amniozentese abzuraten, selbst wenn vorausgehende Befunde aus ihrer Sicht diese Maßnahme nicht rechtfertigen; vermutete Gründe: z. B. Angst vor späteren Haftungsansprüchen/Regressforderungen
- Ablehnung einer pathologischen Untersuchung des Kindes durch die Patientin

<sup>9</sup> Aus Transkript und Protokoll der Moderation

- Unfähigkeit von Patientinnen, in Ausnahmesituationen Informationen aufzunehmen
- Suche nach gemeinsamen Wegen für Ärzteschaft und Betroffene
- Fehlende Betreuung nach Spätabbruch
- „Case-Management“/Absprachen
- Qualität/optimaler Zeitpunkt der Verweisung an Beratungsstelle



## AUFSTELLEN VON QUALITÄTSKRITERIEN<sup>10</sup>

- Psychologische bzw. psychosoziale Beratung hat stattgefunden oder wurde zumindest angeboten.
- Erste Aufklärung über Ziel, Sinn, Konsequenzen von PND ist bereits beim niedergelassenen Gynäkologen erfolgt.
- Information zu Adressen und Ausgabe von Faltblättern von Beratungsstellen an Patientinnen ist erfolgt.
- Beraterinnen sind den niedergelassenen Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen bekannt.
- Beteiligung des Partners am Aufklärungsgespräch



## LÖSUNGSVORSCHLÄGE<sup>11</sup>

- Der optimale Zeitpunkt für eine pränataldiagnostische Untersuchung muss medizinisch begründet sein, d. h., er kann nicht von der Patientin, sondern nur vom behandelnden Pränataldiagnostiker bzw. von der behandelnden Pränataldiagnostikerin bestimmt werden.
- Direkt nach Diagnosemitteilung bzw. vor, während und nach der Zeit des Abbruchs unbedingt auf die Möglichkeit psychosozialer Beratung hinweisen
- Gutes Aufklärungsmaterial erstellen und an Patientinnen und andere an der Beratung Beteiligte weitergeben
- Beziehung zur Patientin herstellen und (ersten) Eindruck gewinnen, damit besser einzuschätzen ist, was ihr zugemutet werden kann
- Auf emotionales Erleben – insbesondere auf die Ängste der Patientin – eingehen
- Partner sollte mit einbezogen werden (vor allem zur Entlastung der Frau und zur „objektiveren“ Aufnahme des Befundes).

**10** Aus Transkript

**11** Aus Transkript und Protokoll der Moderierenden

## WIEDERAUFNAHME DER FALLVORSTELLUNG

Etwa ein halbes Jahr später wird der Fall noch einmal aufgenommen, da er den Fallvorsteller aktuell stark beschäftigt. Vorrangiges Ziel der Sitzung ist „die Erarbeitung eines optimalen und durchsetzbaren Betreuungskonzepts für Patientinnen mit Wiederholungsrisiko“.

Der Fallvorsteller referiert zunächst über die Ziele der pränatalen Diagnostik, wie sie die Richtlinien der BUNDESÄRZTEKAMMER zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen<sup>12</sup> vorgeben. Dann berichtet er über den weiteren Verlauf seines Kontakts mit der früher im IQZ vorgestellten Patientin.



### FALLVORSTELLUNG

#### Bericht des Pränataldiagnostikers

Nach einem halben Jahr sei die Patientin zum dritten Mal schwanger gewesen und auf „Druck“ der Abteilung für klinische Genetik bereits in der elften Schwangerschaftswoche zu ihm geschickt worden. Er habe ihr wiederum mitgeteilt, dass der Zeitpunkt viel zu früh sei für eine sichere Diagnostik. Er habe die Patientin aber trotzdem untersucht, wobei sich keine Hinweise auf ein Meckel-Gruber-Syndrom gefunden hätten. Er berichtet, dass die Patientin während der Durchführung des Ultraschalls vermieden habe, auf dem Bildschirm der Untersuchung zu folgen.

In der 14. Schwangerschaftswoche habe er eine zweite, sehr lange und gründliche feindiagnostische Ultraschalluntersuchung durchgeführt. Auch diese habe keinerlei Hinweise auf das Krankheitsbild ergeben, lediglich der Zustand der Nieren des Feten habe sich nicht ganz eindeutig beurteilen lassen. Dieses Mal sei die Patientin von ihrem Mann begleitet worden. Sie habe auch die Untersuchung am Bildschirm verfolgt, den Vorschlag einer Amniozentese zur weiteren Absicherung habe sie jedoch abgelehnt. Auch bei der dritten Untersuchung in der 20. Schwangerschaftswoche habe er keine Hinweise auf ein Meckel-Gruber-Syndrom gefunden, die Nieren seien gestaut gewesen, was aber bis zur 30. Schwangerschaftswoche keine Konsequenzen habe. Möglicherweise müsse eine vorzeitige Entbindung ab der 32. Schwangerschaftswoche erfolgen.

<sup>12</sup> BUNDESÄRZTEKAMMER (Hg.) (1998)



## THEMEN DER FALLDISKUSSION

- Ausmaß des Drucks bei der Patientin während einer Schwangerschaft mit hohem Wiederholungsrisiko einer Erkrankung
- Verunsicherung der Patientin bei ersten Hinweisen auf geringste Abweichungen vom erwarteten Entwicklungsstand des Kindes
- Ärztlicherseits damit eng verbunden: Verschweigen erster Auffälligkeiten, um die Patientin nicht unnötig zu verunsichern
- Hohe Erwartungen der Patientinnen an PND im Allgemeinen, hier speziell an die erste Ultraschalldiagnostik
- Starke Ambivalenz der Patientin, Wunsch nach Absicherung vs. Vermeidung von Kenntnisnahme
- Problem, dass Betroffene sich bei unklarem Befund („halb ausdiagnostiziert“) an einen zweiten Behandler oder eine zweite Behandlerin wenden (Ärztinnen bzw. Ärzte äußern hier die Sorge, vor Kollegen bzw. Kolleginnen „dumm dazustehen“ bzw. inkompetent zu wirken)

Mit der Fallvorstellung sollen folgende Fragen beantwortet werden<sup>13</sup>:

1. Sollten bei sehr frühen Untersuchungen (ca. elften Schwangerschaftswoche) die ersten Verdachtsdiagnosen überhaupt mitgeteilt werden? Oder sollten sie der Patientin vorenthalten werden, um einen Zusammenbruch bzw. überhasteten Aktivismus der Patientin zu vermeiden und um weitere Untersuchungen zur Befundabsicherung durchführen zu können?
  - Die Frage wurde kontrovers diskutiert.
  - Befürworter: 1) Die Frau merkt während der Untersuchung in der Regel durch Mimik und Gestik der Ärztin oder des Arztes, durch „Verharren in Stille“ oder längeres Untersuchen an einer Stelle (beim Schallen), dass etwas nicht in Ordnung ist. 2) Sie hat ein Recht zu erfahren, welche Befürchtungen oder Vermutungen der Arzt oder die Ärztin hat.
  - Gegner: 1) Die Frau wird unnötigerweise verunsichert. 2) Sie versteht oft nicht alles und interpretiert möglicherweise etwas ganz anderes in Äußerungen des Arztes oder der Ärztin hinein.
  - Einigkeit bestand darüber, dass Ärzte und Ärztinnen erfahrungsgemäß aus Auftreten, Fragen, Gesprächsbereitschaft und Offenheit im Kontakt erschließen können, was der Frau/dem Paar zugemutet werden kann.

<sup>13</sup> Die Diskussionspunkte zu den vier Fragen sind Auszüge aus dem Protokoll der Moderation.

## 2. Sollte generell eine Zweitmeinung eingeholt werden?

- Auf keinen Fall sollten generell Einzelfallentscheidungen gefällt werden.
- Eine Zweitmeinung kann sehr hilfreich sein, vor allem bei Hinzuziehung eines Spezialisten oder einer Spezialistin des jeweiligen Gebiets (Bestätigung, Klarheit, eventuell Planung von Konsequenzen).
- Mitunter kann eine Zweitmeinung auch für die betroffene Frau wichtig sein (im ersten Schock treten oft Reaktionen auf wie „Das kann nicht sein ...“, „Der Arzt muss sich vertan haben ...“, „Warum sollte das gerade mich treffen ...“). Die Bestätigung der – wenn auch schrecklichen – Wahrheit durch eine zweite Fachkraft verbessert die Akzeptanz.
- Durch das Angebot einer Zweitmeinung fühlt sich die Patientin an- und in ihrer Situation ernst genommen („Mein Arzt ist sehr bemüht um mich und das Kind ...“).

## 3. Kann die Ärztin oder der Arzt einem Schwangerschaftsabbruch zustimmen oder ihn ablehnen, wenn die Diagnostik noch nicht abgeschlossen ist? Muss sie/er sich dem Druck der Patientin im Falle eines psychischen Zusammenbruchs beugen?

- Abgeschlossene Diagnostik ist grundsätzlich nicht erforderlich, wenn eine Frau sich mit der Situation (auch der Unsicherheit, der Ungewissheit ...) überfordert fühlt und ihr ein Austragen nicht zugemutet werden kann (Gefahr für Leben oder Gesundheit der Frau); medizinische, nicht kindliche Indikation.
- Der Druck muss aus der Situation herausgenommen werden, unter Druck ist keine angemessene Entscheidung möglich, weder für Ärzte und Ärztinnen noch für die betroffene Frau: Zeit einräumen, Begleitung anbieten.
- Zu diesem Zeitpunkt besteht grundsätzlich die beste Gelegenheit, eine Frau zu einer psychosozialen Beratung/Schwangerschaftsberatung zu schicken. Psychologische Beratung war im konkreten Fall allerdings abgelehnt worden, daher vertrauten viele IQZ-Mitglieder die Ansicht, die Frau würde auch nicht in eine Schwangerenberatungsstelle gehen, da sie als MTA medizinisch sehr gut informiert sei.
- Beraterinnen weisen darauf hin, dass möglicherweise kein Beratungsbedarf besteht, aber auch, dass Beratung noch immer einen zu geringen Stellenwert hat und der Beratungsbedarf von den Ärztinnen bzw. Ärzten zum Teil nicht gesehen wird.
- Auch die Form der Empfehlung, der „Verweisung“ der Patientin an eine Schwangerschaftsberatungsstelle sowie zugehörige Begrifflichkeiten spielen eine Rolle: „Psychologische Beratung“ (emotionale Hemmschwelle) wirkt anders auf Frauen als „Schwangerschaftsberatung“ oder „psychosoziale Beratung“ (niederschwelliges Angebot).

4. Welche weiteren Betreuungsmöglichkeiten hätten der Schwangeren (nach Ablehnung der psychosozialen Beratung) angeboten werden können?
- Teilnehmende berichten von unterschiedlichen Erfahrungen mit Angehörigen-Gesprächen (Frau und Partner, Frau und Freundin, Schwester etc.): Sie werden zum Teil hilfreich und klärend erlebt, zum Teil auch hinderlich. Die Eignung als Unterstützungsmaßnahme ist vermutlich von verschiedenen Faktoren abhängig, unter anderem vom Geschlecht der Behandelnden (Ärzte berichten von guten Erfahrungen mit der Hinzuziehung des Partners, Ärztinnen eher nicht).



## LÖSUNGSVORSCHLÄGE<sup>14</sup>

- Patientinnen, die Untersuchungen zu einem (zu) frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft wünschen, „einfühlsam“ einen Untersuchungstermin für einen späteren Zeitpunkt empfehlen
- Ab der elften Schwangerschaftswoche feindiagnostische Ultraschalluntersuchungen zur Vorinformation, um dann zu entscheiden, wann die „eigentliche“ (aussagefähige) Untersuchung stattfinden soll
- Keine Mitteilungen von „kleineren“ Befunden und Verdachtsdiagnosen (vor allem nicht in früher Schwangerschaft), um die Patientin nicht zu verunsichern (Aufklärung der Patientin erst nach Befundbestätigung)
- Aufklärung der Patientin, wenn der Arzt oder die Ärztin bei der Untersuchung spürt, dass etwas nicht in Ordnung ist (Widerspruch zum vorherigen Punkt; dies wurde im IQZ kontrovers diskutiert)
- Bei der Empfehlung von psychosozialer Beratung sollte der Begriff „Schwangerschaftsberatung“ gewählt und sollten Bezeichnungen wie „psychologische“ Beratung etc. vermieden werden, um die Hemmschwelle der Patientinnen zur Inanspruchnahme solcher Hilfsangebote zu verringern.
- Arzt oder Ärztin sollten nach weiteren Unterstützungsmöglichkeiten suchen, wenn Betroffene eine psychosoziale Beratung ablehnen (z. B. zu Gesprächen mit dem Partner, Familienangehörigen oder anderen Vertrauenspersonen der Patientin anregen).
- Kontakt zur Humangenetik herstellen, um zu frühe Untersuchungstermine zu vermeiden

<sup>14</sup> Aus Transkript und Protokoll der Moderierenden



## BEWERTUNG DER SITZUNGEN

### FRAGEBOGEN DER TEILNEHMENDEN

Die Bewertungen der Teilnehmenden heben für den ersten Teil der Falldarstellung insbesondere den „sachlichen Ertrag“ (1,6) hervor, der hier, im Verlauf der gesamten Treffen betrachtet, die zweitbeste Beurteilung erhält. Damit korrespondiert die positive Einschätzung des „Themenbezugs“ (1,8) (vgl. Abbildung 3-10).

Mit einer Ausnahme äußern sich alle Teilnehmende zu der Frage: „Was hat Ihnen am heutigen Treffen besonders gut gefallen?“ Die Aussagen hierzu beziehen sich in erster Linie auf den „theoretischen Input zum Thema“, auf die „Vermittlung von Grundlagen für (die) Beratungstätigkeit“ und auf die Erweiterung von „Hintergrundwissen“. Aber auch die Fallvorstellung und die damit „verbundene Sensibilisierung für Problemsituationen“ sowie das „Wecken von Verständnis, (das) das Nachdenken anregt und zum Überprüfen eigener Standpunkte“ führt, werden als bemerkenswert eingestuft.

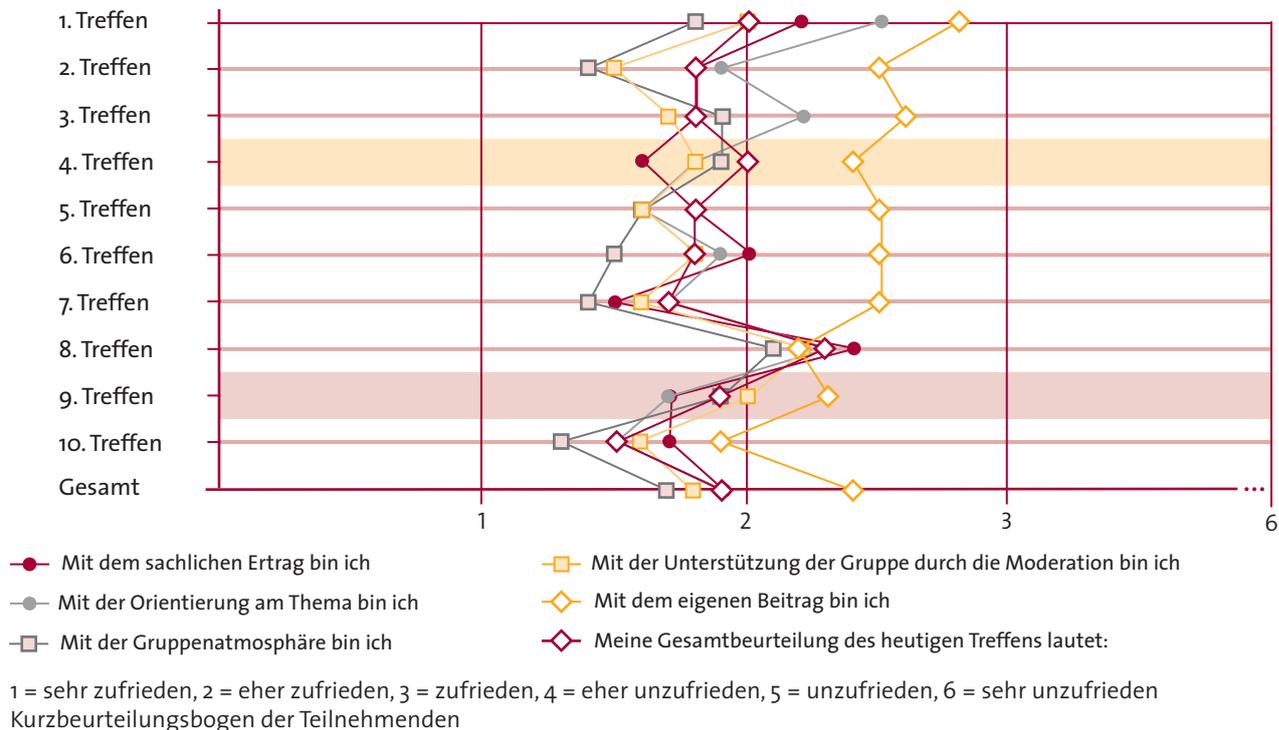
Darüber hinaus findet auch die Moderation besondere Anerkennung: „...bringt es immer wieder auf den Punkt“. Kritik wird von einigen Teilnehmenden am Zeitmanagement geäußert. Der überwiegende Teil äußert jedoch keine Verbesserungswünsche. Die zahlreichen Antworten auf die Frage „Haben Sie auf diesem Treffen praktische Anregungen erhalten?“ beziehen sich in erster Linie auf Verbesserungen des Kontakts zu Gynäkologinnen und Gynäkologen, wie z. B. die folgenden Aussagen verdeutlichen:

- „konsequent den Kontakt zu den Gynäkologinnen und Gynäkologen in der Region pflegen“
- „erneut Kontakt mit Gynäkologinnen und Gynäkologen vor Ort aufnehmen!“
- „Mut zum persönlichen Kontakt mit Gynäkologinnen und Gynäkologen“ erhalten
- „leichter auf die Ärztinnen und Ärzte zugehen können“
- allgemein: „nachfragen, zurückfragen“ und insgesamt „mehr Info-Material vermitteln“

Die Bewertungen des späteren Treffens (Wiederaufnahme des Falls) unterscheiden sich nicht wesentlich von den Einschätzungen der früheren Sitzung (vgl. Abbildung 3-10). In den Antworten auf die offenen Fragen werden die „konkrete Fallarbeit“ und die „Dynamik des Falls“ hervorgehoben, und die Teilnehmenden haben vor allem die folgenden praktischen Anregungen erhalten: Die Verbesserung der Methodik „im Aufklärungsgespräch“ oder auch der Zuwachs an Vertrautheit mit der „Arbeits- und Denkweise der Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen“ oder allgemein der Fortschritt der „Zusammenarbeit mit der anderen Berufsgruppe“ werden angeführt.

ABBILDUNG 3-10

BEURTEILUNG DES DARGESTELLTEN VIERTEN UND NEUNTEN TREFFENS (Mittelwerte)



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## DOKUMENTE DER TEILNEHMENDEN BEOBACHTUNG UND DER MODERIERENDEN

### Gruppendynamik und Interaktionsbeziehungen

Die Beteiligung der beiden Berufsgruppen ist nicht ganz ausgeglichen, wobei einige Teilnehmende (beider Berufsgruppen) die Diskussion bestimmen; insgesamt dominieren die Ärztinnen und Ärzte. Der Umgang in der Gruppe ist relativ offen, die Gruppenatmosphäre positiv. Konkurrenzen zwischen und innerhalb der Berufsgruppen lassen sich nur an wenigen Stellen erkennen. Es herrscht jedoch ein gewisses Gefälle zwischen den Berufsgruppen, das darauf basiert, dass die Beraterinnen meinen, (Informations-)Defizite zu haben, und noch zu wenig ihre eigenen Kompetenzen einbringen. Ihren Part übernehmen größtenteils die Moderierenden. Die Beraterinnen wirken teils sehr beeindruckt von dem medizinischen Fachwissen der Ärzteschaft.

Die Moderierenden beschreiben den Umgang und die Atmosphäre in der Gruppe als „diskussionsfreudig, offen, zum Teil etwas angespannt bzw. gereizt“. Inhaltlich wird angemerkt, dass „es immer wieder schwer (ist), die psychosoziale Beratung im Behandlungs-/Betreuungskonzept im Rahmen der PND zu etablieren, selbst wenn die Suche nach dem optimalen Betreuungskonzept Thema des Treffens ist“.

### Umsetzung des Qualitätszirkelkonzepts

Wie die Moderierenden anmerken, kam die „Fallvorstellung/-diskussion in beiden Sitzungen zu kurz; Besonderheiten, konkrete Probleme konnten nicht erschöpfend besprochen werden“. Die vom Fallvorstellenden formulierte Fragestellung bezieht sich in erster Linie auf den Diagnosezeitpunkt („Sollte man so früh die Diagnose stellen oder später, z. B. noch die 16. Schwangerschaftswoche abwarten? ... Wenn wir unsere Diagnose nicht abgeschlossen haben, das mag ich überhaupt nicht“<sup>15</sup>). Es bleibt unklar, ob er auch nach Handlungsalternativen für den Umgang mit der Patientin sucht. Das Handeln und Verhalten des Vorstellenden wird weder durch die Fallschilderung deutlich noch in der späteren Diskussion thematisiert. Offen bleibt, was das eigentliche Problem für den Vorstellenden bei diesem Fall ist. Laut Protokoll der Sitzung sollte der „Fall zur Veranschaulichung dienen“, nicht aber Fragen zur möglichen psychosozialen Beratung aufwerfen. Dies verweist auf ein wesentliches Problem bei der Konzeptumsetzung: Eine konkrete Fragestellung ist für die Fallbearbeitung im Qualitätszirkel notwendig, um zielorientiert diskutieren und umsetzbare Lösungen entwickeln zu können.

Die Schwierigkeit der Falldokumentation, die in vielen Qualitätszirkeln aufgetreten ist, zeigt sich ebenfalls deutlich in dem beschriebenen Beispiel. Als Anschauungsmaterial dienten hier Ultraschallaufnahmen der Patientin. Ansonsten wurde der Fall nicht durch Nutzung vorhandener Dokumentationsmaterialien (z. B. Karteikarte) für die Zirkelsitzung aufbereitet. Da letztendlich keine konkrete Fragestellung im Sinne des Qualitätszirkelkonzepts formuliert wurde und der Fokus nicht auf dem konkreten Handeln des Vorstellenden lag, wurde eine strukturierte Falldiskussion erschwert. Gleiches gilt für die Formulierung von Zielvorstellungen. Der fast nahtlose Übergang zwischen Vortrag und Fallvorstellung wirkte sich auch auf die anschließende Diskussion aus, in der sich immer wieder Vortrag und Fallvorstellung vermischten. Eine klare Trennung, z. B. durch eine Pause, wäre möglicherweise hilfreich gewesen. Aus Sicht der Moderierenden könnten folgende Vorschläge die Umsetzung des Qualitätszirkelkonzepts verbessern: „straffer im Qualitätszirkelkreislauf bleiben“, „ein ‚Timer‘ oder eine ‚Timerin‘ (sollte) künftig auf die Zeit achten (nicht unbedingt Moderator oder Moderatorin)“.

Bei der Wiederaufnahme des Falles zeigt sich allerdings, dass der Arzt auch ohne die nach dem Qualitätszirkelkonzept notwendige Fragestellung von der Diskussion profitiert hat. Er setzte die erarbeiteten Anregungen um (Anbieten psychosozialer Unterstützung, ausführliche Beratung, Einbeziehung des Ehemannes) und verknüpfte seine Fallvorstellung mit Fragen an die Gruppe, die zu außerordentlich produktiven und kontroversen Diskussionen führten. Die Ergebnisse der Diskussion verdeutlichen auch einen Entwicklungsprozess der Gruppe. Das nochmalige Aufgreifen und Thematisieren des Falls in einer späteren Sitzung entspricht dem Prinzip des Qualitätskreislaufs. Es bietet die Chance, Fallverläufe darzustellen und dabei zu überprüfen, ob die vereinbarten Veränderungen im Berufsalltag umgesetzt werden konnten und/oder ob die Zielvorstellungen möglicherweise modifiziert werden müssen.

Die Beraterinnen hätten ihre Kompetenzen stärker einbringen können. Schließlich geht es im IQZ darum, die Qualität der Schwangerenvorsorge zu verbessern und die Patientin in ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen, im Sinne einer stärkeren Kooperation und Zusammenarbeit der Berufsgruppen.

<sup>15</sup> Auszug aus dem Protokoll der teilnehmenden Beobachtung

## BEISPIEL 3: PROBLEME DER INDIKATIONSSTELLUNG BEI LETALER PROGNOSE – FALL AUS SICHT EINES PRÄNATALDIAGNOSTIKERS UND EINER HUMANGENETIKERIN



### AUSWAHLKRITERIEN

Bei diesem Fall wird das Thema „Spätabbruch und Fetozyd“ angesprochen, das in nahezu allen Zirkeln häufiger diskutiert wurde und von allen Beteiligten als sehr belastend empfunden wird. Besonderheiten der Falldarstellung sind:

- Verdeutlichung der Probleme und emotionalen Belastungen für Ärztinnen und Ärzte bei Spätabbrüchen mit Fetozyd
- Verantwortung für die Entscheidung, Teilen der Verantwortung, gemeinsames Tragen der Entscheidung
- Verbesserung der Qualität der Beratung zu PND durch interprofessionelle Zusammenarbeit
- emotionale Entlastung der Beteiligten durch interprofessionelle Zusammenarbeit
- Sitzung mit den „besten“ Bewertungen im Verlauf der gesamten zehn Treffen dieses Zirkels für den „sachlichen Ertrag“, die „Orientierung am Thema“ und für die „Gesamtbewertung“ (und das trotz Aufbereitung der Fallvorstellung als „Präsentation“ und nicht als „Dokumentation“; vgl. „Bewertung der Sitzungen“, S. 106)
- Beleg für die Bedeutung der Fallbearbeitung und den Gewinn, den Teilnehmende daraus ziehen

### FALLPROFIL

Das Beispiel greift eine komplette IQZ-Sitzung sowie Ausschnitte der beiden folgenden Sitzungen auf, in denen der Fall noch einmal zur Sprache kommt. Ein ärztlicher Teilnehmer, pränataldiagnostisch in einer Frauenklinik tätig, stellt den Fall einer Frau vor, die zu einem sehr späten Zeitpunkt der Schwangerschaft mit Verdacht auf Trisomie 18 von ihm untersucht wurde. Nach der Bestätigung der Diagnose war die Frau zu einem Schwangerschaftsabbruch fest entschlossen, der in Anbetracht der fortgeschrittenen Schwangerschaft nur mit vorherigem Fetozyd durchgeführt werden konnte. Eine niedergelassene Humangenetikerin wurde zur Indikationsstellung hinzugezogen. Beide Fallvorstellenden erhoffen sich „Entlastung der eigenen Person durch die Kommunikation des Falls im Kreis des IQZ“. Anhand der Fallvorstellung sollen „Handlungsleitlinien“ erarbeitet werden, um in Zukunft auf ein geeignetes Betreuungskonzept für schwierige und belastende Fälle dieser Art zurückgreifen zu können.

## DEFINITIONEN: HANDLUNGSLEITLINIEN, HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

**Handlungsleitlinien:** bezeichnen nach dem Qualitätszirkelkonzept die intern im Arbeitskreis erarbeiteten Lösungsstrategien für eine bestimmte Fallkonstellation, die von den Qualitätszirkelmitgliedern in ihrer Arbeitspraxis überprüft und ggf. modifiziert werden, aber keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben.

**Handlungsempfehlungen:** sind im Sinne dieses Modellprojekts zu verstehen als von Qualitätszirkeln erarbeitete, von den beteiligten Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen verdichtete und durch die Moderationsfachkräfte konsentrierte Lösungsstrategien für ausgewählte Fallkonstellationen.

## BEDEUTUNG FÜR DIE BERATUNGSPRAXIS

Die Tatsache, dass die Fallvorstellung zum Thema Fetozid über drei Sitzungen problematisiert und diskutiert wird, zeigt, wie belastend und brisant das Thema für alle beteiligten Berufsgruppen ist. Insbesondere die Ärztin, die damit beauftragt wurde, die Indikationsfrage zu prüfen, hatte das Gefühl, dass die letztendliche Entscheidung allein auf ihren Schultern lastete. Deutlich wird, wie wichtig es ist, sich in schwierigen Situationen interprofessionell zu beraten und zu stützen, z. B. durch interprofessionelle Klinikkonferenzen und Nachbesprechung von Fällen. Allein der Austausch im Qualitätszirkel hatte für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte eine enorm entlastende Funktion. An diesem Beispiel wird auch deutlich, dass die Zusammenarbeit mit Beraterinnen nicht nur die Qualität der Beratung von Schwangeren verbessert, sondern auch Personen aus dem medizinischen Bereich in schwierigen Beratungssituationen emotionale Entlastung bieten kann. Zudem ermöglicht Kooperation, Verantwortung zu (ver-)teilen, statt sie einer Einzelperson aufzubürden.

Der Fall regte die IQZ-Mitglieder dazu an, sich im weiteren Verlauf der Qualitätszirkelarbeit konkreter mit der Einbeziehung psychosozialer Beratung in dieser Situation zu beschäftigen (Rollenspiel). Nach dem zweiten Aufgreifen des Falls waren sich die Teilnehmenden darüber einig, dass Fragen wie: „Wie hätte die psychosoziale Beratung in der geschilderten Fallsituation konkret aussehen können? Hätte eine ergebnisoffene psychosoziale Beratung die Entscheidung der Frau stärken können, den Mann mit einbeziehen können und die Mediziner und Medizinerinnen entlasten können?“, unbedingt noch diskutiert werden müssen. Das hierzu durchgeführte Rollenspiel machte konkret erfahrbar, wie die Arbeit einer psychosozialen Beraterin aussehen kann. Die im IQZ aus der Falldiskussion und Kleingruppenarbeit gewonnenen Lösungsansätze für diesen und ähnlich gelagerte Fälle spiegeln wider, wie wichtig es ist, die Kompetenzen aller am Beratungsprozess Beteiligten zu nutzen.

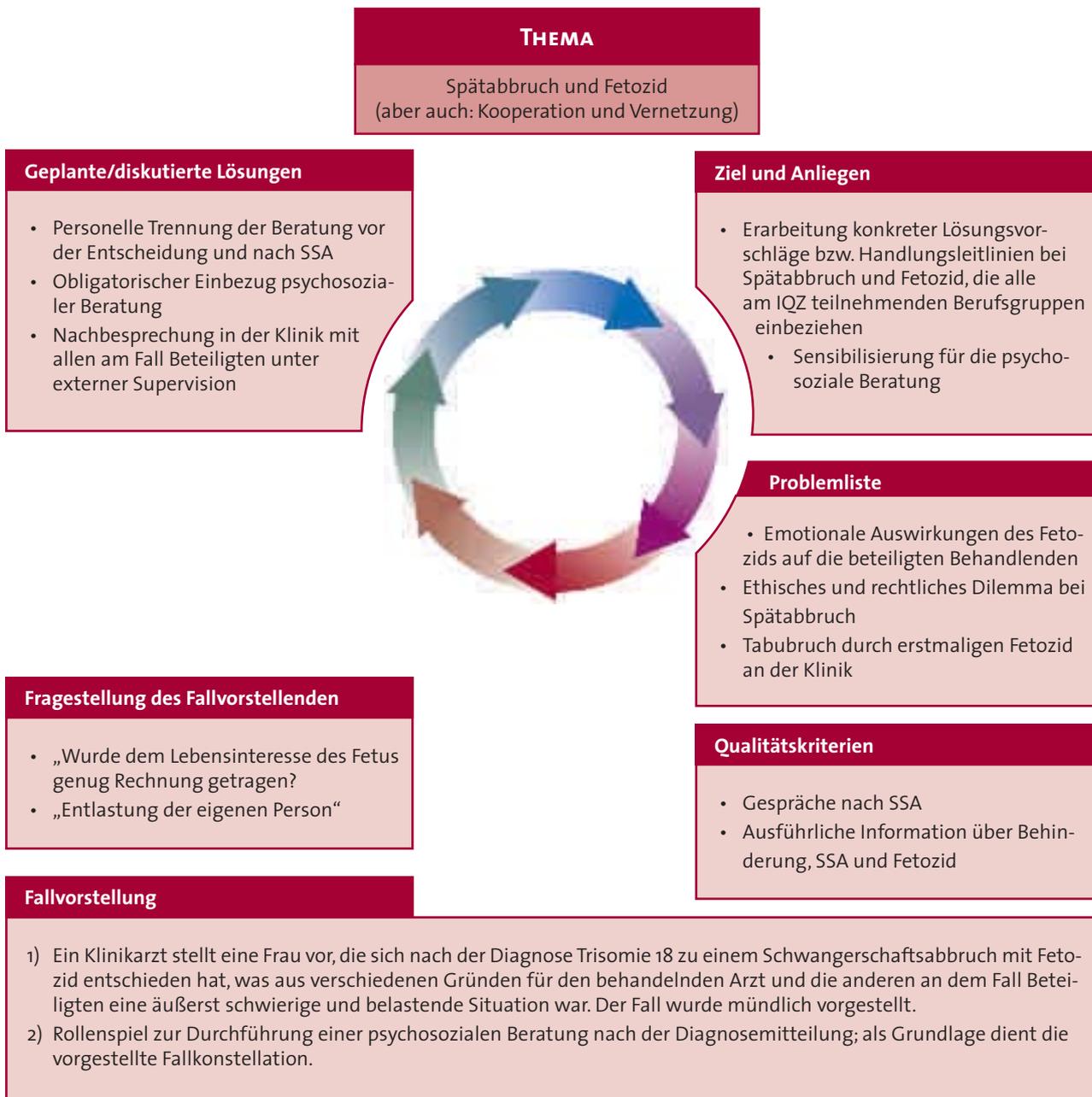
## STRUKTURELLE ASPEKTE DER SITZUNG

An der Sitzung nehmen 15 von insgesamt 18 festen Mitgliedern teil.

- Sechs Personen in ärztlicher Funktion (eine niedergelassene Humangenetikerin, eine niedergelassene Frauenärztin, zwei Gynäkologen und zwei Kinderärzte aus den beiden Kliniken des Standortes)
- Acht Personen in psychosozialer Beratungsfunktion und eine Hebamme
- Sitzungsdauer insgesamt etwas länger als zwei Stunden

ABBILDUNG 3-11

**PROBLEME DER INDIKATIONSSTELLUNG BEI LETALER PROGNOSE**



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## KONKRETER VERLAUF DER SITZUNG



### THEMENBEZUG

Im Mittelpunkt dieser Fallvorstellung steht das Thema „Spätabbruch und Fetozid“. Aber auch Aspekte der „Kooperation und Vernetzung“ zwischen den an der Schwangerenvorsorge Beteiligten kommen im Verlauf der Sitzung zur Sprache.



### ZIEL UND ANLIEGEN

Der Fall war für alle Beteiligten (bestehend aus Betroffenen, Ärzteschaft, Pflegepersonal, Hebammen) extrem belastend, und nach Erachten des Arztes wurde eine ethische Grenze durch die direkte Tötungshandlung verletzt. Ergänzt wird die Fallvorstellung von einer niedergelassenen Humangenetikerin, die zur Indikationsstellung hinzugezogen wurde. Sie hat große Schwierigkeiten damit, die Verantwortung für die Entscheidung (Zustimmung zum Fetozid) zu tragen. Beide Fallvorstellenden erhoffen sich eine emotionale Entlastung der eigenen Person durch die Bearbeitung des Falls im IQZ. Ein weiteres Ziel ist die Entwicklung von Handlungsleitlinien für ähnliche Fallsituationen.



### ERSTELLEN DER PROBLEMLISTE

Aus einer vorhergehenden Sitzung zum Thema Spätabbruch existierte bereits eine Problemliste.

- Negativ verändertes Bild vom ungeborenen Kind und Veränderung der Mutter-Kind-Beziehung
- Unklare Prognose/unkonkrete bzw. ungenaue Information über die Fehlbildung
- Zeitdruck
- Patientinnen haben wenig Wissen bzw. Information darüber, wie ein Schwangerschaftsabbruch abläuft
- Schwierigkeit für die Schwangere bzw. das Paar, eine eigene (von anderen unabhängige) Entscheidung zu finden
- Begleitung „danach“ (Betreuungsangebote, Rituale, wie wird das Kind bestattet etc.)

Diese Problemliste wird in der hier vorgestellten Sitzung mit Blick auf das Thema Fetozid um folgende Problemaspekte ergänzt.<sup>16</sup>

- Schwierige Arzt-Eltern-Beziehung (z. B. latente Aggression des Arztes: Warum „zwingen“ ihn die Eltern zum Fetozid?)

<sup>16</sup> Aus Transkript

- Emotionale Auswirkungen des Fetozids auf die an der Behandlung Beteiligten (Ärztenschaft, Schwestern, Hebammen)
- Auswirkungen auf den Ruf der Klinik bzw. der Ärztinnen und Ärzte, die den Fetozid durchführen (Tabubruch)
- Spätabbruch als ein ethisches und rechtliches Dilemma für Ärztinnen und Ärzte
- Schwierige und sehr abstrakte Beratungssituation (Beratung über etwas, was erst in Zukunft erfahrbar ist)



## AUFSTELLEN VON QUALITÄTSKRITERIEN<sup>17</sup>

- Rückmeldung der Betroffenen nach dem Schwangerschaftsabbruch
- Im Vorfeld ausführliche Information der Betroffenen über die Behinderung des Kindes und über den Ablauf (und die damit verbundenen Belastungen) des Schwangerschaftsabbruchs mit Fetozid (umfangreiches Wissen als Basis für die Entscheidungsfindung)
- Angebote für Gespräche in der Zeit danach (nach dem Schwangerschaftsabbruch mit Fetozid)



## FALLVORSTELLUNG

### Bericht des Klinikarztes

Eine 34-jährige, in einer stabilen Partnerschaft lebende Patientin sei von ihrer Gynäkologin an ihn zur Feindiagnostik in die Klinik überwiesen worden. Es habe sich um die erste (ungeplante) Schwangerschaft der Patientin gehandelt, die erst in der 23. Schwangerschaftswoche durch ihre Gynäkologin festgestellt worden sei. Eine Woche später habe sich bei einem Routineultraschall ein Verdacht auf Plexuszyste ergeben. Der Klinikarzt habe nach der Überweisung innerhalb von zehn Tagen sechs Gespräche mit der Patientin gehabt.

Beim feindiagnostischen Ultraschall durch den Klinikarzt hätten sich mehrere Hinweise auf Trisomie 18 ergeben. Die Ergebnisse aus der Amniozentese und der Chorionzottenbiopsie hätten drei Tage später den Verdacht auf Trisomie 18 bestätigt. Im Anschluss daran habe der Klinikarzt zwei weitere Gespräche mit der Patientin geführt, in denen er sie über den Befund und seine Bedeutung aufgeklärt habe: dass die Prognose sehr ungünstig sei, die Kinder häufig schon im Mutterleib sterben würden, bei einer Lebendgeburt etwa 90 % der Kinder innerhalb des ersten Lebensjahrs verstürben und die überlebenden Kinder meist eine erhebliche mentale Retardierung aufweisen würden. Die Patientin sei an diesen Informationen nicht interessiert gewesen, sie habe sofort entschieden,

<sup>17</sup> Aus Transkript

die Schwangerschaft abzubrechen, und nach entsprechenden Möglichkeiten gefragt. Der Klinikarzt habe sie darauf hingewiesen, dass ein Abbruch aufgrund der weit fortgeschrittenen Schwangerschaft nicht mehr möglich sei bzw. nur noch mit Fetozid durchgeführt werden könne. Die Patientin habe darauf gedrängt, den Fetozid durchzuführen, wobei sie fest entschlossen gewirkt und keine Ambivalenzen erkennen lassen habe.

Daraufhin habe sich der Klinikarzt an das nächste Perinatalzentrum gewandt, da die eigene Klinik die Durchführung eines Fetozids bisher abgelehnt habe. Dort habe man ihm bestätigt, dass die Erkrankung einen Fetozid rechtfertige (Indikation), die Durchführung eines Fetozids aber – aus Angst, ein „Fetozid-Touristenzentrum“ zu werden – vom Perinatalzentrum abgelehnt werde. Nach dieser Auskunft habe in der Klinik des vorstellenden Arztes eine Konferenz mit allen an dem Fall beteiligten Ärztinnen und Ärzten stattgefunden, in der man sich gemeinsam dazu durchgerungen habe, den Wunsch der Patientin „mit zu tragen“, allerdings erst wenn der Indikation durch eine externe Begutachtung zugestimmt würde. Diese Entscheidung habe er der Patientin mitgeteilt, die der externen Begutachtung durch eine Humangenetikerin zustimmte. Die Patientin habe weiterhin fest entschlossen gewirkt.

Unmittelbar am nächsten Tag sei das Gespräch mit der niedergelassenen Humangenetikerin (ebenfalls eine IQZ-Teilnehmerin) erfolgt.

#### **Bericht der Humangenetikerin**

Die Frau sei ohne ihren Partner zu ihr gekommen. Zunächst habe die Humangenetikerin eine Familienanamnese erhoben, dann sei es in dem Gespräch um den Befund Trisomie 18 gegangen. Von medizinischer Seite sei ihr die Patientin gut aufgeklärt erschienen. Auch die Humangenetikerin habe den Eindruck gewonnen, dass die Patientin fest zu ihrer Entscheidung gestanden habe. Die Patientin habe geäußert, dass sie die Ungewissheit über das Wohlergehen des Kindes nicht aushalten könne. Die Patientin habe Angst gehabt, das Geschehen nicht mehr kontrollieren zu können, und wollte das Kind nicht von der medizinischen Maschinerie vereinnahmen lassen. Der Partner der Patientin und ihr Freundeskreis hätten um ihre Entscheidung gewußt und trügen diese mit. Die Humangenetikerin habe ihr eine positive Indikation nach § 218 a (mütterliche Indikation) bescheinigt, aber die Verantwortung liege wie „eine Last auf ihren Schultern“.

Für sie sei es wichtig, zukünftig in solchen Situationen die Last gleichmäßiger auf mehrere Personen zu verteilen.

#### **Bericht des Klinikarztes über den weiteren Verlauf**

Einige Tage später sei der Fetozid in der Klinik durchgeführt worden (fünfter Kontakt). Da das Kind 520 Gramm gewogen habe, sei es als Totgeburt beurkundet worden. Danach habe der Klinikarzt noch einmal ein kurzes Gespräch mit der Patientin gehabt (sechster Kontakt). Die Situation sei für alle Beteiligten (Ärztenschaft, Krankenschwestern, Hebammen) eine enorme Belastung gewesen und habe im Team die Frage aufgeworfen, wie zukünftig in der Klinik mit Fetozid umgegangen werden sollte.



## FRAGESTELLUNG DES FALLVORSTELLENDEN

Der Klinikarzt stellt die Frage zur Diskussion, ob dem Lebensinteresse des Ungeborenen genügend Rechnung getragen wurde. Er fühlt sich hin- und hergerissen zwischen den Interessen von Mutter und Fetus und möchte auch eine persönliche Entlastung über das Gespräch in der Gruppe erfahren.



## THEMEN DER FALLDISKUSSION<sup>18</sup>

Die Falldiskussion greift zum einen ethische Probleme auf, die Ärztinnen bzw. Ärzte mit der Durchführung eines Fetozids haben, und zum anderen den enormen Druck (psychisch und zeitlich) der Patientin. In diesem Zusammenhang wird erneut über das Problem Automatismus der nachfolgenden Entscheidungen diskutiert.

Zum Dritten ist die emotionale Belastung der Behandelnden und derer, die an der Diagnostik und der Durchführung des Fetozids sowie an der Beratung der Patientin beteiligt waren, ein wichtiges Thema. Einigen Teilnehmenden ist unverständlich, dass die Patientin erst so spät zur Schwangerenvorsorge gegangen ist. Daneben sind einige IQZ-Teilnehmenden der Ansicht, dass der Partner (trotz gegenteiliger verbaler Bekundung der Patientin) keine große Rolle bei der Entscheidung für den Fetozid gespielt haben kann. Dahinter steht z. B. die Überlegung, dass ein Partner, der seine Frau unterstützt bzw. deren Entscheidung mitträgt, sie auch zu den Beratungsgesprächen und den weiteren Untersuchungen begleiten würde; der Partner war im konkreten Fall jedoch bei keinem Gespräch und bei keiner Untersuchung anwesend. Die Problemerkörterung stellt damit einen Bezug zu einem Thema her, das bereits häufiger im IQZ diskutiert wurde: der Einbezug des Partners in die Beratung.

Der Umgang der betroffenen Klinik bzw. des Klinikteams mit dem Thema Fetozid ist ein weiterer Punkt der Auseinandersetzung. Die Klinikärztinnen und -ärzte befürchten, dass die Durchführung eines Fetozids bzw. das Thema tabuisiert wird, und wünschen sich einen offenen Umgang bzw. eine offene Auseinandersetzung damit. Zum einen, weil es auch in Zukunft derartige Fälle an Kliniken geben wird, und zum anderen, weil ein offener Umgang mit dem Thema für alle Beteiligten emotional entlastend wirken könnte. Relativ großen Raum nimmt die Diskussion der Aspekte „Verantwortlichkeit“ und „Schuld“ ein. Weitgehende Übereinstimmung herrscht darüber, dass bei Spätabbruch und/oder Fetozid die Verantwortung auf mehrere Schultern verteilt werden sollte.

Offensichtlich wird auch, wie wichtig Teambesprechungen bzw. interprofessionelle Klinikkonferenzen sowohl „vorher“ als auch „nachher“ sind, an denen möglichst all diejenigen beteiligt sein sollten, die die Betroffenen untersuchen, beraten oder begleiten. Insbesondere für die Nachbesprechung wird diskutiert, inwieweit eine Supervision durch externe Professionelle den Behandelnden Unterstützung bieten könnte. Auch die Bedeutung der psychosozialen Beratung wird angesprochen. Die Ärzte und Ärztinnen interessieren sich dafür, wie im vorliegenden Fall (nach Mitteilung des Befundes) eine psychosoziale Beratung hätte aussehen können. Dies nimmt die Moderation zum Anlass, die Beraterinnen aufzufordern, mehr Fälle in den IQZ einzubringen.

<sup>18</sup> Aus Transkript und Protokoll der Moderation



## LÖSUNGSVORSCHLÄGE<sup>19</sup>

- Obligatorischer Einbezug einer psychosozialen Beratung (Gespräch mit der Betroffenen, aber auch Einbezug in Klinikkonferenzen)
- Verortung der Verantwortung für die Entscheidung bei der betroffenen Frau selbst (wichtiger Aspekt für beide Berufsgruppen: Die Frau muss „in ihre Verantwortung entlassen werden“)
- Nachbesprechung in der ausführenden Klinik. Diese sollte, da es sich um einen Bottom-up-Prozess handelt, unter Ausschluss des Chefs (zur Vermeidung von Kontrolllängsten<sup>20</sup>), aber unter Einbeziehung aller direkt oder indirekt Beteiligten aus Medizin, Humangenetik, Seelsorge, Geburtshilfe und Pflege) stattfinden.
- Supervision der Nachbesprechung durch nichtärztliche externe Person

<sup>19</sup> Aus Transkript und Protokoll der Moderierenden

<sup>20</sup> Das ist problematisch, denn auch der Chef oder die Chefin tragen Verantwortung; auch sie könnten „Entlastung“ brauchen.

## ERSTE WIEDERAUFNAHME DER FALLVORSTELLUNG

Vor dem Hintergrund der Konstellation der Fallvorstellung wird in der darauf folgenden IQZ-Sitzung – ebenfalls unter dem Thema Spätabbruch bzw. Fetoizid – ein Rollenspiel durchgeführt, das aufzeigen soll, wie eine psychosoziale Beratung (Beratung nach Diagnosemitteilung; Diagnose in fortgeschrittener Schwangerschaft) aussehen kann. Eine psychosoziale Beraterin spielt die Beraterin und eine andere Beraterin die betroffene Klientin.

Im Verlauf des Rollenspiels versucht die Beraterin vor allem, den Blick der Klientin für mehrere Entscheidungswege zu öffnen. Die Klientin äußert zu Beginn der Beratungssituation nur den Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch und lässt den Blick auf eine Zukunft mit dem (kranken) Kind nicht zu. Die Beraterin geht zunächst nur auf die psychische Befindlichkeit und emotionale Situation der Klientin ein. Durch das empathische Verstehen, das der Klientin von der Beraterin entgegengebracht wird, fühlt sich jene gut aufgehoben und lässt andere Entscheidungswege wie z. B. die Möglichkeit, das behinderte Kind zu bekommen, in ihrer Vorstellung zu. Auf Nachfragen der psychosozialen Beraterin ist sie dann auch bereit, sich diese Entscheidungswege einmal näher anzuschauen.

Eine Rückfrage (Blitzlicht) bei den Teilnehmenden ergibt, dass das Rollenspiel anschaulich zeigt, wie es gelingen kann, die Sichtweise der Klientin für verschiedene Richtungen zu öffnen, ohne dass medizinische Aspekte dabei zum Tragen kommen.

## KLEINGRUPPENARBEIT

Um Erwartungen an die psychosoziale Beratung zu erkennen und nach Wegen zur Förderung der Motivation zur Inanspruchnahme psychosozialer Beratung zu suchen, werden drei Kleingruppen gebildet, die unterschiedliche Fragestellungen bearbeiten sollen.

- Gruppe 1: Ärztinnen und Ärzte; Aufgabe: „Was erwarte ich von einer psychosozialen Beratung?“ und „Wie motiviere ich Frauen, in eine psychosoziale Beratungsstelle zu gehen?“
- Gruppe 2: Beraterinnen; Aufgabe: „Welche Erwartungen habe ich an die Kooperation mit Medizinerinnen und Medizinern?“
- Gruppe 3: Hebamme und Seelsorgerinnen oder Seelsorger; Aufgabe: „Was erwarte ich von einer psychosozialen Beratung?“ und „Wie motiviere ich Frauen, in eine psychosoziale Beratungsstelle zu gehen?“

Die Ärztinnen und Ärzte erwarten Gesprächsangebote über den Abbruch hinaus und eine ergebnisoffene Beratung, die die Interessen der Schwangeren und von deren Partnern sowie die des Fetus berücksichtigt. Für die Gruppe der Hebammen und Seelsorgerinnen sowie Seelsorger steht die Ergebnisoffenheit der Beratung im Vordergrund.

Bei der Frage nach der Motivation ist sich die Ärzteschaft nicht ganz einig, wie offensiv sie eine Klientin an eine Beraterin bzw. psychosoziale Beratungsstelle weiterverweisen soll. Eine Idee ist, auf die besseren Gesprächskompetenzen von Beraterinnen und deren größere zeitliche Ressourcen hinzuweisen. Die Gruppe der Seelsorgerinnen und Seelsorger und Hebammen würde Frauen erst dann an Beratungsstellen weiterverweisen, wenn die Probleme ihre eigenen Beratungskompetenzen überschreiten.

Die Beraterinnen fassen ihre Erwartungen an die Kooperation mit der Medizin folgendermaßen zusammen<sup>21</sup>:

- schnelle Erreichbarkeit und Rücksprachemöglichkeit
- vermehrte Weiterverweisung an psychosoziale Beratungsstellen
- Schaffung einer Grundlage für die Motivierung zur Inanspruchnahme einer psychosozialen Beratung
- ganzheitliche Betrachtung des Falls
- gleicher Stellenwert der psychosozialen/emotionalen und medizinischen Dimension der Beratung

**21** Aus Transkript

## ZWEITE WIEDERAUFNAHME DER FALLVORSTELLUNG

In der dritten IQZ-Sitzung zum Thema „Spätabbruch und Fetoamid“ werden auf Basis der Ergebnisse der Kleingruppenarbeit konkrete interne Handlungsleitlinien formuliert.<sup>22</sup>



### ERSTELLUNG VON HANDLUNGSLEITLINIEN

- Ergebnisoffenes Thematisieren folgender Aspekte in der psychosozialen Beratung (eventuell durch Verwendung eines Gesprächsleitfadens):
  - Schwangerschaftsabbruch
  - Austragen der Schwangerschaft
  - Zeit nach dem Schwangerschaftsabbruch
- Differenzierte Aussagen seitens der Ärzteschaft zur Kooperation mit psychosozialer Beratung (z. B. „Wir kooperieren mit Frau X“)
- Zielgerechte Begründung für Kooperationen bzw. selbstverständliche Angebote seitens der Medizin zur Zusammenarbeit mit psychosozialer Beratung
- Konsultation weiterer (anderer) Fachleute auf Seiten der Pränataldiagnostik, um eine sichere Aussage über die Diagnose zu gewährleisten (Zweitmeinung einholen)
- Motivierung betroffener Frauen durch Fachkräfte aus Pränataldiagnostik und Beratung, zusammen mit ihrem Partner in die Beratung zu kommen

<sup>22</sup> Aus Transkript



## BEWERTUNG DER SITZUNGEN

### FRAGEBOGEN DER TEILNEHMENDEN

Die auffällig positiven Bewertungen der ersten Fallvorstellung stellen in Bezug auf den „sachlichen Ertrag“, die „Orientierung am Thema“ und die „Gesamtbeurteilungen“ die besten Einschätzungen (1,3) aller zehn Treffen an diesem Standort dar (vgl. Abbildung 3-12).

Mit einer Ausnahme äußern sich alle Teilnehmenden auch zu der offenen Frage „Was fanden Sie bei diesem Treffen besonders gut?“. Beispiele: „detailgenaue und offene Darstellung, lebhaftige Diskussion, Vorschlag zur Kleingruppenarbeit“; „Intensive Auseinandersetzung mit Fetozid“; „Präsentation und Umgang mit Thema“; „Intensität des Gesprächs“; „extrem offene Atmosphäre mit sehr persönlichen Diskussionsbeiträgen“; „persönliche Arbeitsatmosphäre“; „klare Orientierung an einem Thema“; „Emotionalität“; „Fall, übertragbare Erkenntnisse (auf frühere Fälle)“.

Für diese Sitzung werden von den Teilnehmenden auch gruppenspezifische Aspekte positiv hervorgehoben, z. B. „dass die Beteiligten am IQZ auch mittlerweile persönliche Aussagen in der Gruppe machen“. Über die Hälfte der Befragten gibt an, durch diese Sitzung praktische Anregungen erhalten zu haben, und benennt sie auch konkret: „Gefühle, die spontan entstehen, formulieren“; Anregungen „im Umgang mit Eltern von behinderten Kindern und Kindern mit latenter Behinderung“; „Teilnehmerliste einer Klinikkonferenz“; „neues Wissen; Zusammenarbeit wird deutlicher“.

Auch die nachfolgende Sitzung wird positiv beurteilt (Gesamtbeurteilung 1,7). Hier werden insbesondere das Rollenspiel und die Kleingruppenarbeit von der Mehrzahl der Teilnehmenden positiv hervorgehoben. Die Anregungen beziehen sich auf die Gesprächsführung und die Kooperation mit der Medizin. Im Vergleich zur vorhergehenden Sitzung nehmen die positiven Antworten und die Anregungen etwas ab.

Diese Tendenz verstärkt sich für die Sitzung, in der die Handlungsleitlinien formuliert wurden (Gesamtbeurteilung „nur noch“ 1,9). Einige Teilnehmende heben die konkrete Entwicklung von Handlungsleitlinien positiv hervor, insgesamt jedoch finden sich deutlich weniger positive Äußerungen als bei der ersten Fallvorstellung. Der Fallbezug ist bei dieser Wiederaufnahme nur noch vermittelt, und die theoretische Auseinandersetzung wird weniger geschätzt (vgl. Abbildung 3-12).

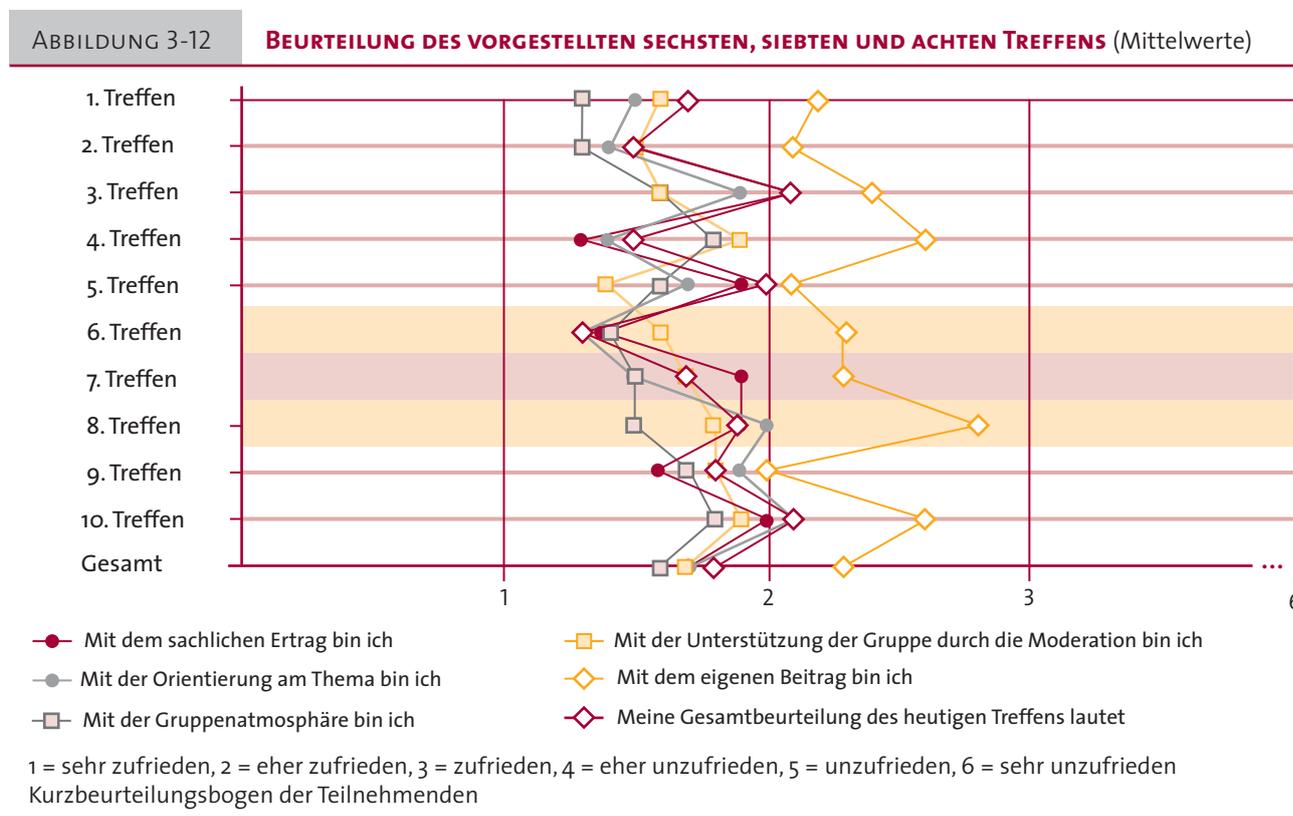
### DOKUMENTE DER TEILNEHMENDEN BEOBACHTUNG UND DER MODERIERENDEN

#### Gruppendynamik und Interaktionsbeziehungen

Die Angaben der Moderierenden im Protokoll ergänzen die positiven Bewertungen der ersten Sitzung: „rege Gesprächsteilnahme, hohe gegenseitige Wertschätzung der Berufsgruppen, dichte emotionale Gesprächsatmosphäre, dem Tabuthema entsprechend“. Darüber hinaus bemerken die Moderierenden: „Nach dieser Fallvorstellung fühlten wir eine Bestätigung darin, die Gruppe in der momentanen Konstellation beizubehalten, da für geschilderte Grenzsituationen wie diese eine solide Vertrauensbasis erforderlich ist.“

### Umsetzung des Qualitätszirkelkonzepts

Die wesentlichen Elemente des Konzepts wie Erstellung einer Problemliste, Formulierung von Qualitätskriterien, Fallvorstellung, Falldiskussion, Erarbeitung von Lösungsvorschlägen wurden in diesen Sitzungen erfüllt. Ein Problem wird jedoch sehr deutlich: Die Dokumentation des Falls durch eine PowerPoint-Präsentation ist keine **Dokumentationsform**, sondern in erster Linie eine **Präsentationsform**. Bei der Dokumentation im Sinne des IQZ-Konzepts soll das tatsächliche Handeln der oder des Fallvorstellenden für die anderen IQZ-Mitglieder möglichst nachvollziehbar gemacht werden, dabei ist nachrangig, in welcher Form die Fallvorstellung selbst erfolgt. Es ist eine wichtige Aufgabe der Moderation, diesen Unterschied zwischen Dokumentation und Präsentation für die Teilnehmenden klarzustellen und eventuell mit Anschauungsmaterial zu verdeutlichen. Ziel sollte sein, den Berufsalltag für die anderen Teilnehmenden nachvollziehbar zu machen. Denn davon hängen auch die Qualität der im IQZ erzielten Arbeitsergebnisse und deren Umsetzbarkeit im Beratungsalltag ab.



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007



## BEISPIEL 4: VERWEIGERUNG DER INDIKATION BEI AUFFÄLIGEM BEFUND – FALL AUS SICHT EINER HUMANGENETIKERIN UND EINER PSYCHOSOZIALEN BERATERIN

### AUSWAHLKRITERIEN

Die hier ausgewählte Fallkonstellation bietet einige Besonderheiten, die sich unter folgenden Stichpunkten zusammenfassen lassen:

- „interprofessionelle“ Fallvorstellung durch eine Humangenetikerin und eine psychosoziale Beraterin
- Fallkonstellation mit guter Ausgangsbasis für Fragen der Kooperationsförderung
- Beispiel für die Erarbeitung von Problemlösungen durch Auseinandersetzung im IQZ bei gleichzeitiger Bestätigung und Wertschätzung des beruflichen Handelns der Fallvorstellenden
- Fallvorstellung zur Beratung einer Patientin mit Migrationshintergrund
- Verständnisprobleme in der Beratung aufgrund von Sprachbarrieren
- Bedeutung von (neutralen) Dolmetscherinnen und Dolmetschern
- individuelle Bedeutung von Befunden
- Ambivalenz gegenüber der Inanspruchnahme psychologischer Unterstützung

### FALLPROFIL

Auf ein Thema (aus der vorab erstellten Themenliste) will sich die vorstellende Humangenetikerin nicht explizit festlegen. Dennoch berührt der Fall am ehesten die Themen „ergebnisoffene Beratung“ und „Reaktionen von Patientinnen auf eine Diagnose“.

Es handelt sich bei der Fallvorstellung um ein ausländisches Paar, das von seinem Frauenarzt mit der Verdachtsdiagnose Triple X an die Humangenetikerin zur genetischen Beratung überwiesen wurde. Sprachbarrieren und ein nicht neutraler Übersetzer erschwerten die Kommunikation. Der behandelnde Frauenarzt vermittelte Kontakte zu Familien mit Kindern mit der gleichen Erkrankung, damit das Paar sich über Art und Ausmaß der zu erwartenden Behinderung informieren konnte. Die Frau nahm die Angebote wahr, zeigte sich aber danach deutlich verunsichert. Die Humangenetikerin konnte sie überzeugen, auch psychosoziale Beratung in Anspruch zu nehmen, auf die sich die Frau aber nur bedingt einließ. Alle Hilfsangebote konnten die Schwangere nicht beruhigen, sie wollte trotz relativ guter Entwicklungschancen für ihr Kind eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch, die ihr aber letztendlich nicht erteilt werden konnte.

## BEDEUTUNG FÜR DIE BERATUNGSPRAXIS

Dieses Fallbeispiel thematisiert die im IQZ häufiger diskutierte Schwierigkeit im Umgang mit betroffenen Frauen, die sich nach der Diagnosemitteilung in einer Krisensituation befinden, Informationen sehr selektiv aufnehmen und die medizinische Bedeutung der Diagnose unter Umständen falsch einschätzen. Dementsprechend weist eine Beraterin in der IQZ-Sitzung darauf hin, dass die Art und Weise der Befundvermittlung von Bedeutung ist: „Es macht einen gravierenden Unterschied, ob man bei der Diagnosemitteilung von einer Behinderung (negativ besetzt, induziert Ängste) oder z. B. von einer Chromosomenanomalie spricht.“

Darüber hinaus zeigt das Beispiel auf, dass es wichtig ist, den kulturellen Hintergrund der Betroffenen in der Beratung zu berücksichtigen und – bei eingeschränkten Deutschkenntnissen der Betroffenen – einen Dolmetscher bzw. eine Dolmetscherin einzubeziehen. Eine weitere Schwierigkeit bei diesem Fall liegt darin, dass der Dolmetscher offensichtlich keine neutrale Haltung gegenüber der Situation hatte. Das spricht für Überlegungen, in das Netzwerk „Kooperationen in der PND“ Personen aufzunehmen, die über Kompetenzen in der interkulturellen Beratung Schwangerer verfügen. In einer multikulturellen Gesellschaft sollten Verständigungsschwierigkeiten aufgrund von Sprachbarrieren stärker in den Blick genommen werden.

Ein weiteres Problem in diesem Fall besteht darin, dass die Patientin zwar der Empfehlung zur Inanspruchnahme einer psychosozialen Beratung folgte, aber die emotionale Auseinandersetzung mit ihrer Situation bzw. der Bedeutung des Befundes abblockte und weitere Beratungsangebote ablehnte. Auch das kann kulturelle Hintergründe haben.

Ganz generell wirft dieses Beispiel die Frage nach dem Umfang und dem richtigen Zeitpunkt der Beratung zu PND und deren möglichen Konsequenzen auf. Eine umfassende Beratung vor PND ist mit dem Risiko verbunden, Ängste zu wecken, die vorher nicht bestanden. Erfolgt eine umfassende Beratung erst während oder nach PND (bzw. positivem Befund), sind die Betroffenen bereits stark belastet oder verängstigt und – wie im beschriebenen Beispiel – nur noch begrenzt aufnahmefähig für verschiedene Lösungen. Die Schwierigkeit besteht also vor allem darin, einzuschätzen, wie viel Information und Aufklärung eine Patientin zu welchem Zeitpunkt benötigt bzw. verkraften kann. Diese Einschätzung bedarf psychologischer Kompetenzen oder der Fähigkeit (bzw. auch des Muts), die eigenen Grenzen zu erkennen. Der interprofessionelle Austausch im Qualitätszirkel bietet die Chance, über die eigenen Kompetenzen zu reflektieren. Ein an der Pränatalkonferenz beteiligter Arzt kam in der Falldiskussion zu dem Schluss: „In diesem Fall haben uns (den Ärzten und Ärztinnen) eigentlich die psychologischen Kompetenzen gefehlt.“

Der Fall bietet Raum für weitere Überlegungen. Wie hätte die Frau sowohl in der medizinischen als auch in der psychosozialen Beratung noch besser erreicht werden können? Sollte eine Beraterin standardmäßig zum Pränatalkonferenzteam gehören?

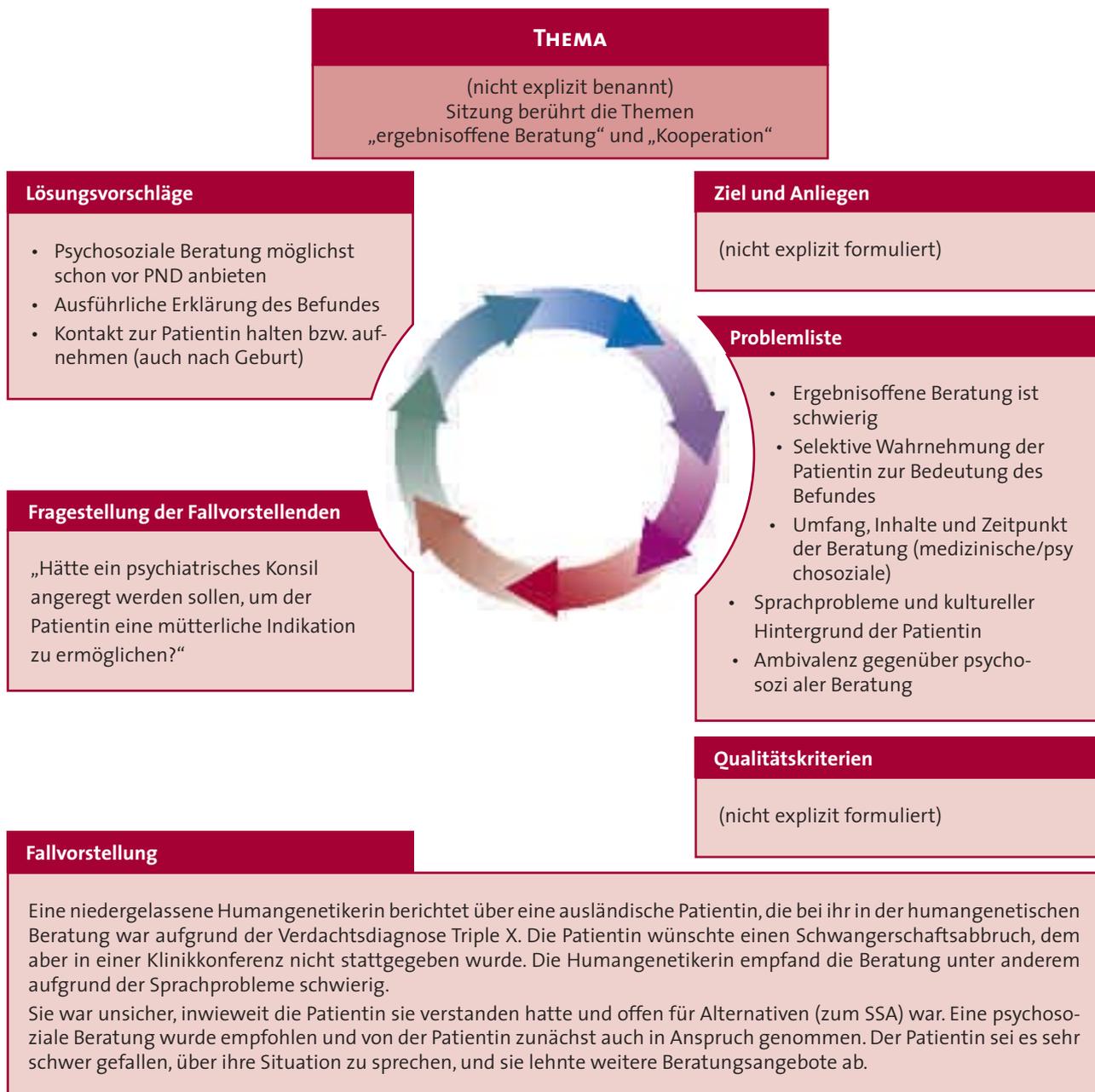
## STRUKTURELLE ASPEKTE DER SITZUNG

An dieser IQZ-Sitzung nehmen 14 von 15 festen Mitgliedern teil.

- Fünf Personen in ärztlicher Funktion (eine niedergelassene Humangenetikerin, zwei niedergelassene Frauenärzte und zwei Gynäkologinnen aus der Klinik am Standort)
- Sieben Personen in psychosozialer Beratungsfunktion und zwei Hebammen
- Sitzungsdauer ca. zwei Stunden

ABBILDUNG 3-13

### VERWEIGERUNG DER INDIKATION BEI AUFFÄLIGEM BEFUND



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## KONKRETER VERLAUF DER SITZUNG



### FALLVORSTELLUNG

#### Bericht der Humangenetikerin

Die Patientin, eine 38-jährige Koreanerin, habe nur gebrochen Deutsch gesprochen und sei von einem Dolmetscher begleitet worden. Die Patientin sei zum dritten Mal schwanger gewesen. Ihre erste Schwangerschaft (vor acht Jahren) habe sie abgebrochen, die zweite ausgetragen und ein gesundes Kind geboren, das zum Zeitpunkt der dritten Schwangerschaft ca. fünf Jahre alt gewesen sei.

In dieser dritten Schwangerschaft sei wegen ihres Alters von ihrem niedergelassenen Frauenarzt (Schwerpunktpraxis für Pränataldiagnostik) eine Amniozentese durchgeführt worden. Das dabei diagnostizierte Triple-X-Syndrom würde häufig nicht erkannt.<sup>23</sup> Der Frauenarzt habe die Patientin in der 20. Schwangerschaftswoche zur genetischen Beratung in ihre Praxis überwiesen. Die Patientin sei in Begleitung ihres Ehemanns und eines Dolmetschers gekommen. Die Humangenetikerin habe das Paar über den Befund sowie die Erkrankung ausführlich beraten und den Eindruck gewonnen, dass die Frau keine Angst habe und eine positive Einstellung zum Kind entwickelt habe.

Etwa eine Woche später habe ein Kontrollultraschall des niedergelassenen Frauenarztes ein unauffälliges Ergebnis ergeben. Der Arzt habe erneut mit der Patientin über die mögliche Gestalt der Erkrankung Triple X gesprochen und ihr Informationen über eine Selbsthilfegruppe gegeben. Darüber hinaus habe der Arzt den Kontakt zu zwei Familien vermittelt, deren Kinder sich trotz gleicher Diagnose unauffällig entwickeln würden. Die Patientin habe mit einer Familie telefoniert, die ein zwölfjähriges Kind mit Diagnose Triple X habe. Das Kind könne nicht lesen und sei mental retardiert, was die Patientin stark beunruhigt habe. Danach hätten weitere Gespräche mit der Humangenetikerin (telefonisch), der Kinderärztin der Familie sowie mit Freunden und Bekannten stattgefunden. Das Paar sei immer unsicherer geworden. Außerdem habe die Humangenetikerin den Eindruck gewonnen, dass der Dolmetscher nicht neutral bzw. gegen ein Austragen des Kindes gewesen sei.

In der 22. Schwangerschaftswoche habe die Humangenetikerin ein weiteres Beratungsgespräch mit der Patientin geführt. Die Frau habe sehr verängstigt gewirkt und geäußert, sie könne mit der Ungewissheit nicht leben, das Kind habe keine Chance im Leben – und sie wolle den Abbruch der Schwangerschaft. Dieser Wunsch sei für die Humangenetikerin überraschend gekommen. Sie habe die Frau an eine Beratungsstelle weiterverwiesen und dort auch gleich einen Termin (drei Tage später) vereinbart.

**23** Zwei Drittel der Fälle verlaufen ohne jegliche Auffälligkeiten. Nur in etwa einem Drittel der Fälle ist mit Einschränkungen der Entwicklung (motorisch, sprachlich oder psychisch) zu rechnen, die aber in der Regel keiner besonderen Behandlung bedürfen; vgl. auch [www.maiwald-genetik/triple-X-pdf](http://www.maiwald-genetik/triple-X-pdf).

**Ergänzung der psychosozialen Beraterin**

Die Klientin sei mit ihrem Dolmetscher in die Beratung gekommen. Es sei ihr sehr schwer gefallen, über ihre Situation zu reden. Sie habe vermieden, über die mögliche Behinderung zu sprechen, und ihre Ruhe haben wollen. Die Beraterin habe danach 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 habe angekündigt, er wolle bei der Geburt dabei sein. Die Beraterin habe der Klientin eine persönliche Begleitung auch nach der Geburt angeboten.

**Bericht der Humangenetikerin**

Nach dem letzten Gespräch mit der Humangenetikerin habe sich die Patientin im örtlichen Klinikum mit dem Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch bei einer Gynäkologin vorgestellt. In der zwei Tage später angesetzten Klinikkonferenz, an der alle an dem Fall beteiligten Ärztinnen und Ärzte teilgenommen hätten, sei über den „Antrag“ der Patientin beraten und gegen die Durchführung des Fetozids entschieden worden.

Die Humangenetikerin habe die Patientin noch am gleichen Tag über den Ausgang der Konferenz informiert. Auf die Frage der Patientin nach anderen (illegalen) Möglichkeiten des Abbruchs, sei sie nicht eingegangen, stattdessen habe sie die Patientin über Unterstützungsmöglichkeiten nach der Geburt aufgeklärt, sollten tatsächlich Auffälligkeiten auftreten.

**FRAGESTELLUNG DER FALLVORSTELLENDE**

Die Humangenetikerin wendet sich mit folgender Unsicherheit bzw. Frage an die Gruppe: Hätte sie doch noch ein psychiatrisches Konsil anregen sollen, um der Patientin eine mütterliche Indikation für den Schwangerschaftsabbruch zu ermöglichen?

**ERSTELLUNG DER PROBLEMLISTE<sup>24</sup>**

Es erfolgte keine explizite Erstellung einer Problemliste. Die nachfolgend dargestellten Aspekte wurden von der wissenschaftlichen Begleitung auf der Basis der Diskussionsunterlagen zusammengestellt.

- Schwierigkeiten mit der ergebnisoffenen Beratung (Beratung erfolgt vor dem Hintergrund eigener Wertesysteme und medizinischen Wissens mit der Gefahr, die Patientin implizit zu beeinflussen)
- Selektive Aufmerksamkeit bzw. eingeschränkte Wahrnehmung der Patientin gegenüber der Bedeutung des Befundes

<sup>24</sup> Aus Transkript und Protokoll der Moderation

- Wenig Offenheit und Zugänglichkeit der Betroffenen für Beratung, vor allem direkt nach Mitteilung eines Befundes: Schocksituation; Informationen können nicht aufgenommen werden.
- Abwehr von Informationen und eingehenderer Beratung, um weitere Auseinandersetzung zu vermeiden
- Umfang, Inhalte und optimaler Zeitpunkt der Beratung (sowohl der medizinischen als auch der psychosozialen Beratung)
- Verunsicherung der Betroffenen durch Informationen von verschiedenen Stellen (z. B. Internet), ohne dass diese „kanalisiert“ und richtig eingeschätzt werden können
- Sprachbarrieren (Unklarheit darüber, was die Patientin in der Beratung verstanden hat)
- Parteilichkeit des Dolmetschers
- Verunsicherung und Verängstigung der Patientin durch unklare Prognosen
- Ambivalenz gegenüber psychosozialer Beratung oder psychologischer Begleitung
- Verweigerung der medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch



## LÖSUNGSVORSCHLÄGE<sup>25</sup>

- Ausführliche Erklärung des Befundes (Prognose/Chancen/Risiken; positive und negative Aspekte), um Bedeutung des Befundes realistisch zu vermitteln
- Schaffen von Raum und Zeit für die Patientin zum Besprechen von Ängsten und Befürchtungen, die mit der potenziellen Behinderung assoziiert werden
- Psychosoziale Beratung und bessere Zusammenarbeit im Vorfeld (vor der ersten vorgesehenen Ultraschalluntersuchung), Aufklärung über Vor- und Nachteile möglicher Konsequenzen von PND
- Anpassung der Beratungsangebote an das Fortschreiten der Schwangerschaft
- Den Schwangeren einen Leitfaden mitgeben, mit Angaben, wann sie sich wohin wenden können
- Kontinuierlicher Kontakt zur Patientin (auch nach Geburt)
- Besserer Informationsaustausch zwischen niedergelassenen Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen und den Beratungsstellen

<sup>25</sup> Aus Transkript und Protokoll der Moderierenden



## BEWERTUNG DER SITZUNG

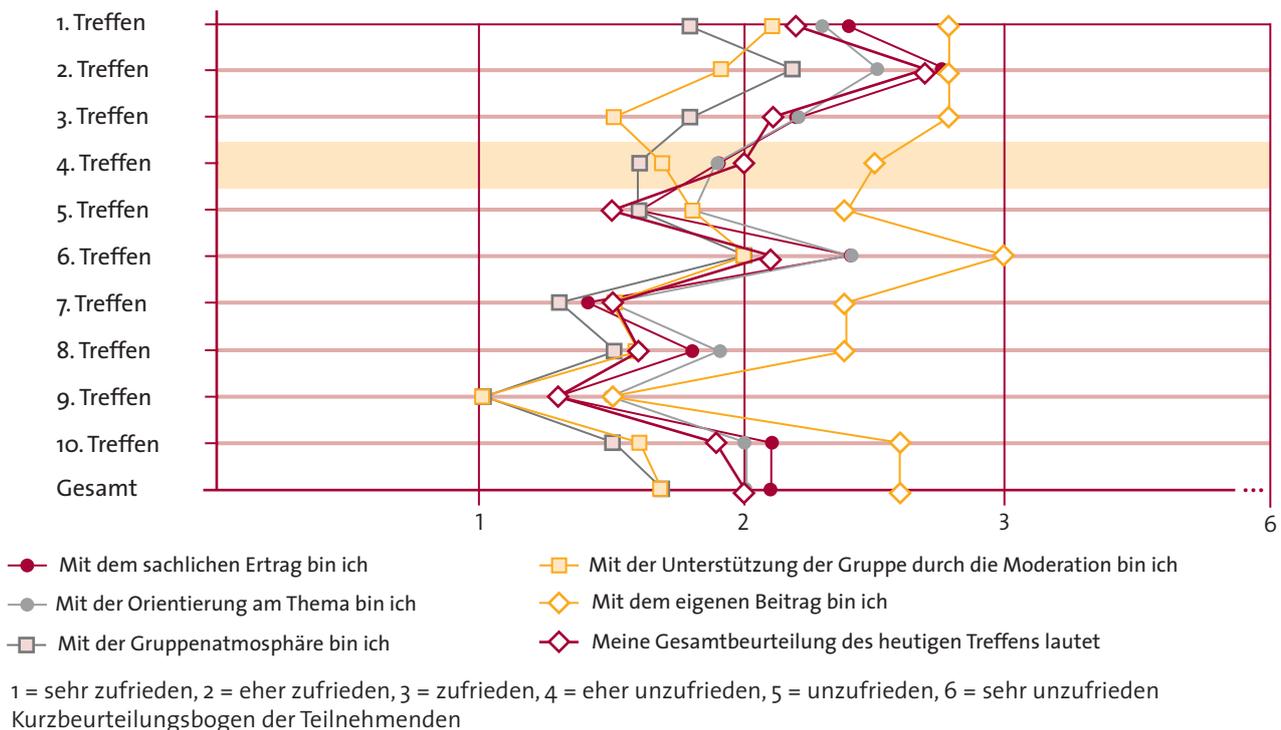
### FRAGEBOGEN DER TEILNEHMENDEN

Bei einer insgesamt positiven Bewertung der Sitzung (2,0) und einer großen Zufriedenheit mit der Gruppenatmosphäre (1,6) sowie der Moderation (1,7), zeigt sich über alle Sitzungen dieses IQZ eine relativ geringe Zufriedenheit mit dem eigenen Beitrag (vgl. Abbildung 3-14).

In den Antworten auf die offene Frage „Hat Ihnen beim heutigen Treffen etwas besonders gut gefallen?“ werden wiederholt gruppenspezifische Aspekte wie z. B. „Aufgeschlossenheit“, „gegenseitiger Respekt“ und das „große Engagement (auch in der interdisziplinären Kooperation) für die Frau/Patientin“ betont. Anregend war aus Sicht der Teilnehmenden der „Aufbau von Zusammenarbeit, (der) absehbare(r) Abbau von Vorurteilen“. Daraus erwächst die Bereitschaft, „Kontakt-Vernetzung aktiv an(zu)gehen“, aber ebenso die Bereitschaft und Notwendigkeit, „für Zusammenarbeit offen (zu) sein“.

ABBILDUNG 3-14

BEURTEILUNG DES DARGESTELLTEN VIERTEN TREFFENS (Mittelwerte)



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## DOKUMENTE DER TEILNEHMENDEN BEOBACHTUNG

### Gruppendynamik und Interaktionsbeziehungen

Die Beteiligung beider Berufsgruppen ist sehr ausgeglichen, wobei einige Teilnehmende die Diskussion bestimmen. Der Umgang in der Gruppe ist offen, Konkurrenzen zwischen und innerhalb der Berufsgruppen werden nicht deutlich. Die Gruppenatmosphäre ist entspannt. Die Fallvorstellende erhält von Seiten der Teilnehmenden sehr viele positive Rückmeldungen zu ihrem beruflichen Handeln; ihr Verhalten und ihr Engagement der Patientin gegenüber werden als sehr einfühlsam und aufbauend empfunden. Die Fallvorstellerin selbst erlebt viele Diskussionspunkte als sehr anregend und hilfreich für ihre weitere Arbeit.

### Umsetzung des Qualitätszirkelkonzepts

In der Sitzung werden relevante Themen des Qualitätszirkelkonzepts umgesetzt wie Fallvorstellung, Falldiskussion, Erarbeitung von Lösungsvorschlägen. Eine explizite Zuordnung des Falls zur Themensammlung und das Erstellen von Qualitätskriterien erfolgen nicht. Eine konkretere Fragestellung und eine stringente Einhaltung des Qualitätszirkelkonzepts wäre wünschenswert gewesen. Die Falldiskussion verläuft trotzdem sehr konstruktiv und lebhaft und resultiert in Anregungen für die künftige Beratungspraxis.



## BEISPIEL 5: BEWÄLTIGUNG EINES SPÄTABBRUCHS INFOLGE SCHWERER FEHLBILDUNGEN DES KINDES – FALL AUS SICHT EINER PSYCHOSOZIALEN BERATERIN

### AUSWAHLKRITERIEN

Das folgende Beispiel verdeutlicht sehr anschaulich das Problem des Zugangs zu psychosozialer Beratung im Kontext von PND. Häufig finden Betroffene erst dann den Weg in eine Beratungsstelle, wenn ihnen die Beraterin bereits aus einem anderen Beratungskontext (z. B. Sozialberatung) persönlich bekannt bzw. vertraut ist. Vielen Betroffenen fällt es dann leichter, ihre Hilfe auch bei psychischen bzw. emotionalen Problemen anzunehmen. Weitere Besonderheiten der Falldarstellung:

- Bedeutung psychologischer bzw. psychosozialer Begleitung sowohl nach der Diagnosestellung als auch nach einem Schwangerschaftsabbruch
- Beeinträchtigung der Paarbeziehung als Konsequenz von PND
- Einbeziehung des Partners in die Beratung
- Beispiel für die Vorgehensweise psychosozialer Beratung
- Bedeutung des Faktors „Zeit“
- Bedeutung von Patientinnen-Feedback für die berufliche Zufriedenheit
- exemplarisches Beispiel für eine strukturierte, gut dokumentierte Fallvorstellung durch eine psychosoziale Beraterin

### FALLPROFIL

Der Fall lässt sich am besten dem Thema „Spätabbruch bzw. Betreuungsangebote nach Spätabbruch“ zuordnen. Er ist Thema einer kompletten Sitzung und von Ausschnitten der nachfolgenden Sitzung.

Eine 24-jährige Frau mit der Diagnose Spina bifida (offener Rücken) für das ungeborene Kind wurde nach Spätabbruch von der Fallvorstellerin über einen längeren Zeitraum begleitet und beraten. Der ursprüngliche Anlass der Beratung war, Informationen über finanzielle Unterstützung (Sozialberatung) zu bekommen. Diese Beratung fand vor der Diagnosestellung statt.

Die junge Frau machte danach auf Empfehlung ihres Arztes von der Möglichkeit Gebrauch, sich bei der Bewältigung der für sie und ihren Partner schwierigen Situation durch psychosoziale Begleitung unterstützen zu lassen.

## BEDEUTUNG FÜR DIE BERATUNGSPRAXIS

Dieses Fallbeispiel demonstriert mögliche methodische Vorgehensweisen einer psychosozialen Beratung. Die Beraterin bietet der betroffenen Frau so viele Gespräche an, wie diese braucht, nimmt sich viel Zeit in den Gesprächen und geht sehr flexibel (inhaltlich wie zeitlich) auf die Klientin ein. Die Beraterin arbeitet ressourcenorientiert, indem sie die Beratung und den Beratungsumfang individuell an die Bedürfnisse und Voraussetzungen der Frau anpasst.

Die Falldarstellung verdeutlicht den Wert einer psychosozialen Begleitung nach Spätabbruch. In diesem Fall hat sie dazu beigetragen, dass der Schwangerschaftsabbruch von der betroffenen Frau emotional „gut“ verarbeitet werden konnte.

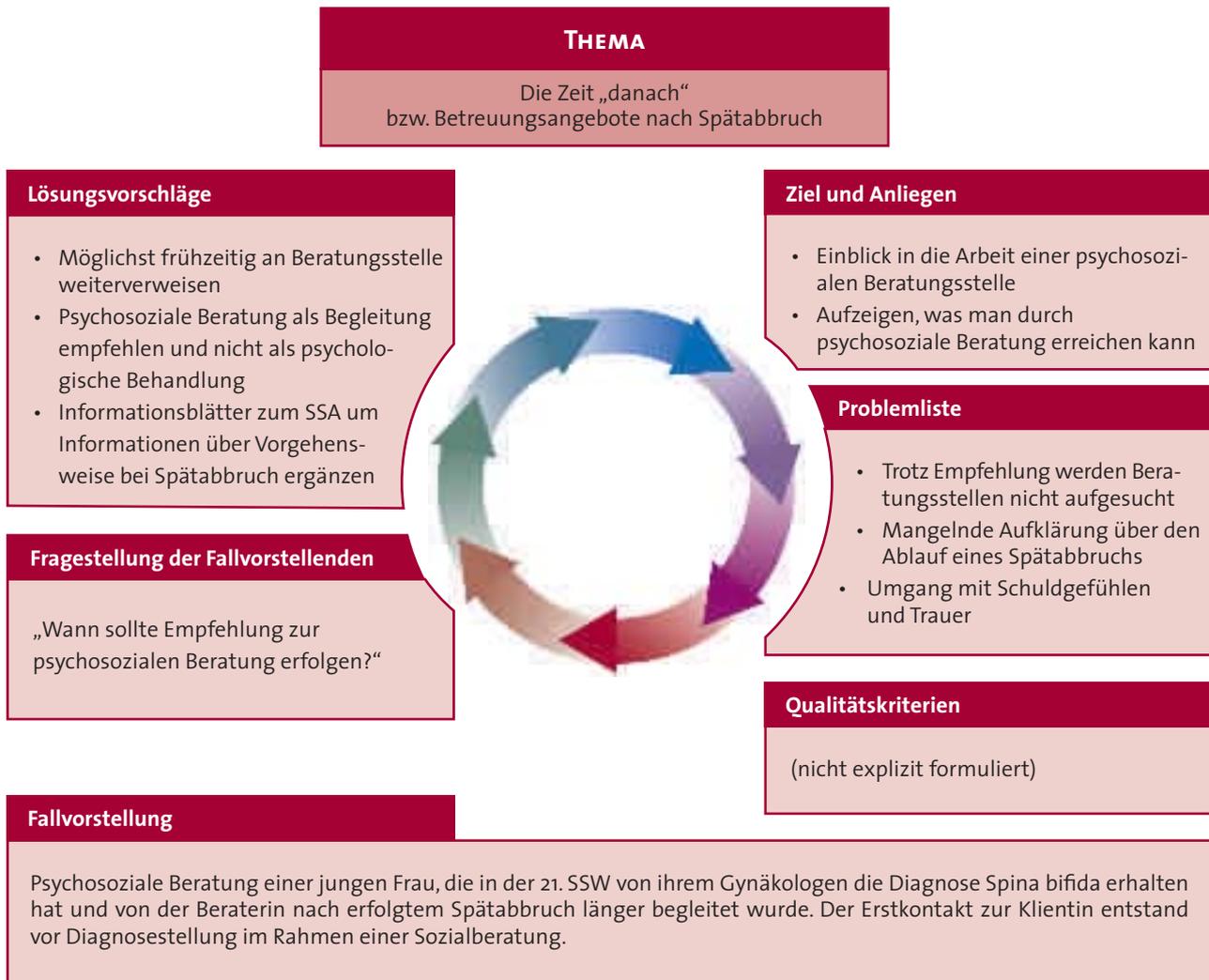
## STRUKTURELLE ASPEKTE DER SITZUNG

An der Sitzung nehmen elf von 19 festen Mitgliedern teil.

- Fünf Personen in ärztlicher Funktion (zwei niedergelassene Frauenärzte, zwei Frauenärztinnen und ein Kinderchirurg aus verschiedenen Kliniken des Standortes)
- Sechs Personen in psychosozialer Beratungsfunktion
- Sitzungsdauer ca. drei Stunden

ABBILDUNG 3-15

**BEWÄLTIGUNG EINES SPÄTABBRUCHS INFOLGE SCHWERER FEHLBILDUNGEN DES KINDES**



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## KONKRETER VERLAUF DER SITZUNG



### THEMENBEZUG

Die im Folgenden beschriebene Sitzung lässt sich dem Thema „Begleitungsangebote bei Spätabbruch“ zuordnen.



### ZIEL UND ANLIEGEN

Die Beraterin hat dieses Beispiel ausgewählt, weil psychosoziale Beratung nach einem Spätabbruch nur selten in Anspruch genommen wird. Dieser Fall macht sichtbar, was durch psychosoziale Beratung erreicht werden kann.



### ERSTELLEN DER PROBLEMLISTE<sup>26</sup>

- Wenig Informationsbroschüren über das Procedere bei Spätabbruch
- Trotz Empfehlung werden Beratungsstellen von den Betroffenen nicht aufgesucht.
- Umgang mit Trauer
- Umgang mit Patientinnen in einem Konflikt zwischen ihrer Handlung (Abbruch) und noch bestehender emotionaler Bindung zum Kind
- Umgang mit Patientinnen, deren Trauer von Wut gegenüber sie Betreuenden und Schuldgefühlen gegenüber sich selbst überlagert sein kann



### FALLVORSTELLUNG

#### Bericht der Beraterin

Es geht um eine Klientin (24 Jahre, Friseurin), die ungeplant schwanger geworden sei. Sie lebe mit ihrem Partner (ebenfalls 24 Jahre alt, vollzeitbeschäftigt) zusammen. Beide hätten sich auf das Kind gefreut.

Sie habe die Klientin in der 19. Schwangerschaftswoche im Rahmen einer Sozialberatung kennen gelernt, in der diese um finanzielle Unterstützung für eine größere Wohnung mit Kinderzimmer bat. Die Klientin habe überraschenderweise vor dem vereinbarten zweiten Termin die Beratungsstelle aufgesucht (etwa 21. Schwangerschaftswoche), da bei ihrem ungeborenen Kind eine schwere

<sup>26</sup> Aus Transkript

Erkrankung festgestellt worden sei und sie wahrscheinlich einen Spätabbruch machen lassen würde. Sie sei auf Empfehlung ihres Arztes (niedergelassener Gynäkologe mit Schwerpunkt Pränataldiagnostik) gekommen, um sich „begleiten“ zu lassen. Die Beraterin habe für den nächsten Tag einen Termin vereinbart, bei dem die Klientin sie über Details informiert habe. Die pränataldiagnostische Untersuchung habe einen auffälligen Befund ergeben. Der Arzt habe zu einem zweiten Termin einen Kinderarzt zur Beratung hinzugezogen, der die Diagnose Spina bifida (offener Rücken) bestätigt und das Paar über das Ausmaß der Fehlbildung und die Chancen der Behandlung informiert habe.

Aus den Darstellungen der Klientin sei deutlich hervorgegangen, dass das Paar selbst die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch gefällt habe. Der Arzt habe bei der Beratung über die Erkrankung durchaus Überlebenschancen für das Kind eingeräumt, diese Art zu leben habe das Paar dem Kind aber nicht zumuten wollen. Die Beraterin habe in dem Gespräch über die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch noch einmal versucht, die Entschlossenheit „nachzufühlen“, da es sich um ein „Wunschkind“ gehandelt habe. Im Laufe des Gesprächs sei der Beraterin klar geworden, dass der Abbruch auch als Akt der Liebe zu verstehen sein könnte, und sie habe diese Sichtweise dem Paar als Trost angeboten. Das Paar habe – mit dem Wissen, dass das Leben nicht nur für das schwerstbehinderte Kind, sondern auch für sie selbst schwer werden würde – ganz bewusst bzw. aktiv die Verantwortung für diesen Abbruch übernehmen wollen.

Die Beraterin habe gemeinsam mit dem Paar überlegt, was ihnen in dieser Zeit vor und nach dem Schwangerschaftsabbruch helfen könnte. Sie sei mit dem Paar gedanklich noch einmal an den Zeitpunkt der Diagnosemitteilung zurückgegangen. Die Klientin sei damals erst einmal lange durch die Stadt gelaufen. Das habe ihr geholfen, nicht zusammenzubrechen. Die Beraterin habe daraufhin mit ihr über „Zu-Hause-Sein“ und die für sie unerträgliche Situation gesprochen, darüber dass die Bewegung offensichtlich gut für sie gewesen sei und die Klientin Bewegung als Ressource genutzt habe. Auf die Frage nach Erfahrungen mit dem Tod, Abschied und Trauer habe die Klientin über den Tod ihres Großvaters und ihres Vaters innerhalb der letzten drei Jahre gesprochen.

Sie habe das Paar über den Ablauf eines Spätabbruchs informiert und dazu geraten, einen Tag Zeit für den Abschied einzuplanen. Der Termin für den Abbruch habe noch nicht festgestanden, er sollte aber in den nächsten Tagen erfolgen. Sie habe den Eindruck gehabt, beide wissen, was auf sie zukommt, und beide hätten durch ihre Beratung einen Anstoß zur Bewältigung bekommen.

Der Abbruch habe in der 22. Schwangerschaftswoche stattgefunden. Das Paar habe das darauf folgende Wochenende zu Hause verbracht und etwas Zeit für sich gehabt. Am folgenden Montag sei die Klientin bei ihrer Gynäkologin und anschließend bei ihr in der Beratung gewesen (erstes Beratungsgespräch nach dem Schwangerschaftsabbruch). Daraus habe sich ein längerer Beratungsprozess entwickelt mit anfangs zwei Besuchen pro Woche.

**Vorgehensweise der Beraterin nach erfolgtem Schwangerschaftsabbruch**

Zunächst habe die Beraterin die Patientin emotional gestützt bzw. stabilisiert. Im weiteren Verlauf sei es um die Verarbeitung des Verlusts (Trauerbegleitung) gegangen. Sie habe mit der Klientin über das Erlebte in der Klinik gesprochen, wie ihr Tagesablauf jetzt aussehe etc. Im Verlauf der Gespräche hätten sich Partnerschaftskonflikte angedeutet, das Paar habe sich nicht mehr über den Abbruch, die Trauer etc. verständigen können. Die Beraterin habe der Klientin vorgeschlagen, den Partner in die Beratung einzubeziehen. Er habe an zwei Gesprächen teilgenommen. In diesen beiden Sitzungen sei es überwiegend um den unterschiedlichen Umgang von Mann und Frau mit Verlusten bzw. Trauer gegangen. Die Beraterin habe das Gefühl gehabt, dem Paarkonflikt und der Paardynamik in den Gesprächen auf den Grund gekommen zu sein. Die Frau habe umso mehr trauern müssen, je weniger er getrauert habe. Ihr Trauern habe bei ihm wiederum das Gefühl verstärkt, nicht trauern zu dürfen. Als dem Paar der Mechanismus klar geworden sei, hätten sie über den Schwangerschaftsabbruch, Verlust etc. miteinander reden können.

Die Stimmung der Gespräche sei am Anfang sehr gedrückt und traurig gewesen. Die Gespräche seien mit der Zeit lockerer geworden, und die Patientin habe wieder in die Zukunft blicken können. Ihr größtes Ziel sei gewesen, wieder arbeiten gehen zu können. Sie habe jedoch große Angst davor gehabt, Schwangere oder Frauen mit Baby bedienen zu müssen. Sie sei zunächst nur „bedingt gesundgeschrieben“ worden und habe dafür gekämpft, eine Kollegin zur Unterstützung zu bekommen, damit sie sich bei belastenden Konfrontationen (z. B. Mutter mit Kind) habe zurückziehen können. Der erste Arbeitstag (etwa vier bis fünf Wochen nach dem Abbruch) sei unproblematisch verlaufen, doch nach dem zweiten Arbeitstag sei die Klientin verzweifelt gewesen. Die Beraterin habe die Klientin in der Zeit sehr engmaschig begleitet und sie gleich für den nächsten Tag in die Beratungsstelle eingeladen.

Die Klientin habe völlig niedergeschlagen und mutlos gewirkt. Die Beraterin habe dann gemeinsam mit der Klientin auf das, was bereits nach dem Schwangerschaftsabbruch bewältigt worden sei, zurückgeblickt. Dadurch habe die Klientin wieder Mut und Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten gewonnen (Reframing). Mit der Zeit seien die Abstände zwischen den Sitzungen immer größer geworden, bis die Klientin von sich aus keinen Beratungsbedarf mehr gesehen habe.

**FRAGESTELLUNG DER FALLVORSTELLENDEN**

Die Beraterin wendet sich mit der Frage an die Gruppe, wann die Empfehlung von psychosozialer Beratung ausgesprochen werden sollte.



## THEMEN DER FALLDISKUSSION

In der Diskussion werden verschiedene Aspekte des Falls aufgegriffen. Deutlich wird insbesondere, dass kaum Aufklärungsmaterialien zum Spätabbruch existieren und in den Arztpraxen fast nur standardisierte Informationen zu gesetzlichem Schwangerschaftsabbruch bis zur zwölften Schwangerschaftswoche ausliegen. Die bestehende Problemliste wird um diese neuen Aspekte ergänzt.



## LÖSUNGSVORSCHLÄGE<sup>27</sup>

- Möglichst frühzeitige Verweisung an Beratungsstellen durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte (bereits vor Diagnose)
- Öffentliche Information über das Angebot der Beratungsstellen (Flyer, Internet etc.)
- Ergänzung der Informationsblätter zum Schwangerschaftsabbruch um die Vorgehensweise bei Spätabbruch
- Wenn Klientinnen erst zu einem späten Zeitpunkt (z. B. bei nächster Schwangerschaft) über ihr Erleben und ihre Trauer sprechen wollen, weitere Beratung anbieten
- Klientinnenzentrierte Beratung, d. h. Themen der Beratung bestimmt die Betroffene, Fragen sollten möglichst offen formuliert werden
- Die ärztliche Empfehlung zur psychosozialen Beratung sollte so formuliert werden, dass sie nicht als psychologische Behandlung, sondern als eine Begleitung/emotionale Unterstützung verstanden wird.

<sup>27</sup> Aus Transkript und Protokoll der Moderation

## WIEDERAUFNAHME DER FALLVORSTELLUNG

In der folgenden Qualitätszirkelsitzung stellt die Beraterin ihre Arbeit mit der Methode „Timeline“ vor und berichtet über den weiteren Beratungsverlauf.



### FALLVORSTELLUNG

#### Bericht zum Vorgehen der Beraterin

Bei Anwendung der Methode „Timeline“ schaue sich die Beraterin mit der Klientin einen bestimmten Zeitraum an. Sie nähmen den Zeitraum vom gegenwärtigen Zeitpunkt (Tag 0) bis in die Vergangenheit (Tag -X) und in die Zukunft (Tag X) in den Blick. Die Patientin solle diese Zeitspanne unter verschiedenen Aspekten betrachten, wie z. B.:

Was war schwierig?

Was könnte in Zukunft schwierig sein?

Was hat ihr geholfen?

Was könnte ihr in Zukunft helfen?

Die Ergebnisse der Betrachtung würden auf verschiedenfarbigen Kärtchen festgehalten und der persönlichen Zeitleiste zugeordnet. Die Beraterin verdeutlicht das Vorgehen mit Beispielen aus der Beratung der Klientin.

Die Klientin habe durch die Methode ein differenziertes Gefühl dafür bekommen, was sie erlebt, bereits geschafft und mit welchen Mitteln sie es erreicht habe. Das habe sie motiviert, hoffnungsvoller in die eigene Zukunft zu schauen und den eigenen Fähigkeiten wieder mehr zu vertrauen.

Die Beraterin habe mit der Klientin keinen konkreten Folgetermin vereinbart. Sie hätte einen Urlaub geplant, den sie unter anderem dafür habe nutzen wollen, die Klientin langsam „abzunabeln“. Sie hätten vereinbart, dass sich die Klientin nach diesem Urlaub bei der Beraterin melden werde. Da die Beraterin aber einige Zeit nichts mehr von der Klientin gehört habe, habe sie diese angerufen. Das Gespräch habe ergeben, dass die Klientin inzwischen im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme stundenweise arbeite und sich melden werde, wenn sie wieder „normal“ arbeite.

Durch den Anruf (aktives Einholen von Feedback) habe die Beraterin erfahren, dass die Klientin keinen Bedarf an weiterer Beratung habe und relativ gut allein zurechtkomme (Sicherheit). Sie habe der Klientin angeboten, sich bei Bedarf jederzeit wieder melden zu können.



## THEMEN DER FALLDISKUSSION<sup>28</sup>

- Fehlende Aufklärungsmaterialien zur Vorgehensweise bei Spätabbruch
- Mangelnde Aufklärung über mögliche Angebote zum Abschiednehmen
- Unterschiedliche Einstellungen innerhalb der Ärzteschaft zu psychosozialer Beratung, Bereitschaft, eine psychosoziale Beratungsstelle zu empfehlen
- Später Zeitpunkt der Beratung (meist nachdem Entscheidung für/wider Kind schon gefallen ist)
- Männer werden als Betroffene (nach Schwangerschaftsabbruch) kaum wahrgenommen. Weitere Probleme:
  - Männer finden von sich aus selten den Weg zur Beratungsstelle.
  - vorrangiges Selbstbild von Männern: „Muss stark sein, um meine Frau zu stützen, brauche selbst keine Hilfe“



## LÖSUNGSVORSCHLÄGE<sup>29</sup>

- Vermehrte Hinweise von Ärztinnen und Ärzten auf die Beratungsangebote psychosozialer Beratungsstellen und von Hebammen, auch auf die Möglichkeit aufsuchender Betreuung nach einem Spätabbruch; Vorteil: Patientin bleibt in ihrem gewohnten Zuhause
- Inhalt und Umfang der Beratung individuell gestalten
- Beratung ergebnisoffen durchführen
- Vermehrt Beratungsstellen speziell für Männer schaffen (z. B. auch mehr männliche Berater)

<sup>28</sup> Aus Transkript

<sup>29</sup> Aus Transkript

# BEWERTUNG DER SITZUNGEN



## FRAGEBOGEN DER TEILNEHMENDEN

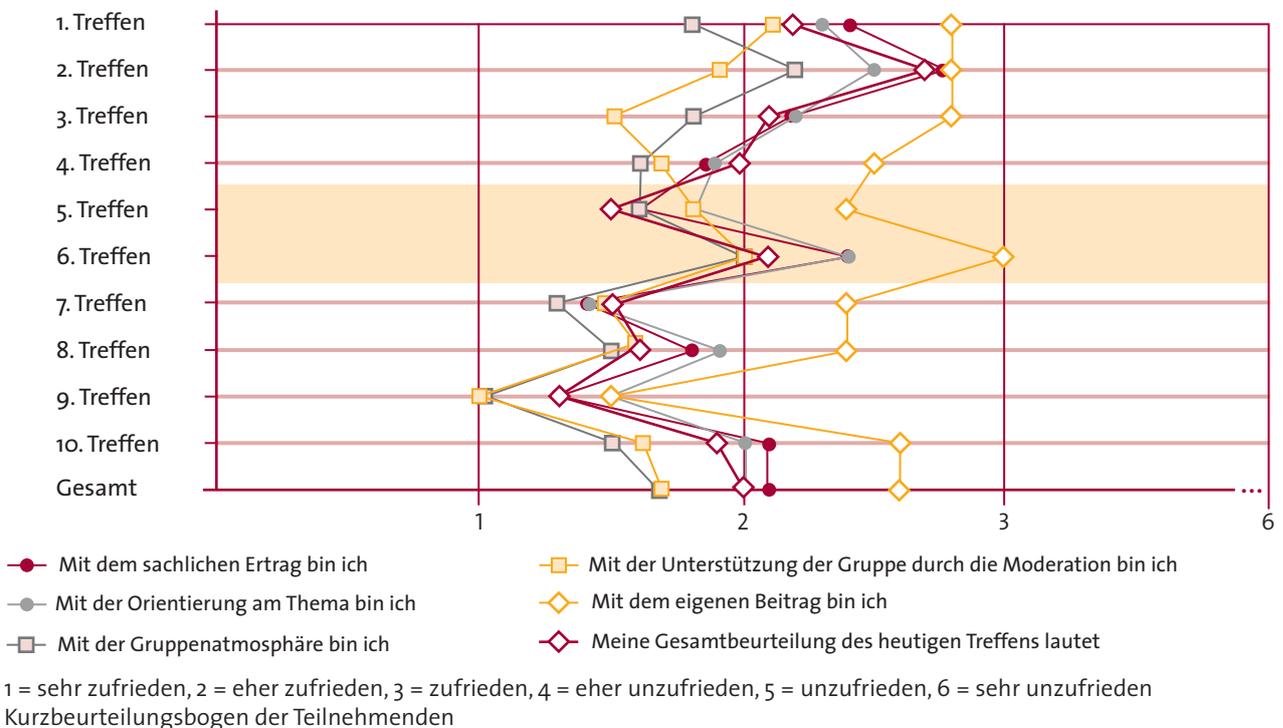
Die erste Sitzung zu diesem Fall wird insgesamt sehr gut (1,5) beurteilt. Von den abgefragten Aspekten werden der „sachliche Ertrag“ (1,6) und die „Gruppenatmosphäre“ (1,6) am besten bewertet (vgl. Abbildung 3-16).

Alle Teilnehmenden äußern sich zu der Frage „Hat Ihnen beim heutigen Treffen etwas besonders gut gefallen?“. Die „besondere Falldarstellung“, die „Methodik“ und die „Stimmung“ werden als besonders positiv betont. Nahezu alle Teilnehmenden geben an, praktische Anregungen erhalten zu haben, z. B. darüber nachzudenken, „wie die Terminvergabe in der Beratungsstelle zu organisieren ist“.

Die Einschätzungen zur nächsten Sitzung fallen etwas schlechter aus, wobei in den offenen Antworten keine Verbesserungswünsche geäußert und wiederholt „die ruhige und konsequente und verständliche Fallvorstellung“ sowie die „offene, zielorientierte Gesprächsatmosphäre“ positiv hervorgehoben werden. Auch praktische Anregungen wie z. B. „offensives Ansprechen – Empathie bewusster in den Blick nehmen“, „Information über spezielle ‚Trauerkuren‘“ oder der Einblick in das „Gesprächsangebot Timeline“ werden genannt.

ABBILDUNG 3-16

BEURTEILUNG DES DARGESTELLTEN FÜNFTEN UND SECHSTEN TREFFENS (Mittelwerte)



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## **DOKUMENTE DER TEILNEHMENDEN BEOBACHTUNG UND DER MODERIERENDEN**

### **Gruppendynamik und Interaktionsbeziehungen**

Laut Protokoll der Moderierenden zeichnen sich die Sitzungen durch rege Diskussion im gegenseitigen Respekt und Verständnis aus. Die Vorstellung der Beratungstätigkeit stößt bei der Ärzteschaft auf großes Interesse.

### **Umsetzung des Qualitätszirkelkonzepts**

Relevante Aspekte des Konzepts wie Themenbezug, Problemliste, Fallvorstellung, Falldiskussion und die Erarbeitung von Lösungsvorschlägen werden in beiden Treffen umgesetzt. Das Erstellen von Qualitätskriterien fehlt. Hervorzuheben ist bei diesen Sitzungen die (dokumentierte) Fallvorstellung, durch die das Handeln im konkreten Fall für die anderen Teilnehmenden nachvollziehbar gemacht wird.

## BEISPIEL 6: ENTSCHEIDUNGSFINDUNG BEI ZU ERWARTENDER BEHINDERUNG DES KINDES – FALL AUS SICHT VON ZWEI PSYCHOSOZIALEN BERATERINNEN



### AUSWAHLKRITERIEN

Dieses Fallbeispiel beschreibt die Begleitung des Entscheidungsprozesses für oder gegen den Schwangerschaftsabbruch. Es wird erneut das Thema „Paarkonflikte“ angesprochen. Das Beispiel verweist auch auf häufiger in den IQZ angesprochene Aspekte, wie:

- Verständigung über die Diagnose und deren Bedeutung (d. h., sind die von der Ärzteschaft vermittelten Informationen bei den Patientinnen „angekommen“?)
- Rückversicherung bei Klientinnen über den weiteren Verlauf und ihr Wohlbefinden, z. B. durch Anrufe (Thema Feedback)
- Indikatoren für die „Güte der Beratung“ (Zufriedenheit der Klientinnen/Patientinnen und Behandelnden)

Wichtige IQZ-spezifische Gesichtspunkte sind:

- Veranschaulichung der Vorteile und des Gewinns einer dokumentierten Fallvorstellung, die auf der Dokumentation des beruflichen Alltags basiert
- Beispiel für eine gute (und seltene) Form der Zusammenarbeit zwischen einer Humangenetikerin und einer Beraterin sowie für die Selbstverständlichkeit gegenseitiger intra- und interprofessioneller Empfehlung und Weiterverweisung

### FALLPROFIL

Zwei Beraterinnen stellen ihre Arbeit mit einem Paar vor, dem mitgeteilt worden war, dass bei ihrem ungeborenen Kind eine Trisomie 21 (Down-Syndrom) vorliegt. Die eine Beraterin arbeitet in einer Schwangerschaftsberatungsstelle, an die das Paar von der behandelnden Gynäkologin (nachdem der Befund festgestellt und durch eine genetische Untersuchung abgesichert worden war) weiterverwiesen wurde. Von der dortigen Beraterin wurde die Klientin zusätzlich an eine genetische Beratungsstelle weiterverwiesen, in der sie von einem Arzt und der anderen psychosozialen Beraterin beraten wurde. Beide Beraterinnen waren in der Folge in den Fall involviert, begleiteten die Klientin wechselweise auf ihrem Entscheidungsweg und versuchten, Unterstützung bei der Klärung eines Paarkonfliktes (Trauerarbeit) zu geben.

## BEDEUTUNG FÜR DIE BERATUNGSPRAXIS

Dieses Fallbeispiel zeigt auf, welche Probleme und Konflikte die Mitteilung eines positiven Befundes mit sich bringen kann. Neben den innerpsychischen Konflikten treten in dieser Situation häufiger auch Probleme in der Partnerschaft auf. An dem Fall wird auch überaus deutlich, dass die Betroffenen nicht nur ein Bedürfnis nach medizinischen Informationen, sondern auch enormen Gesprächsbedarf haben. Der Fall demonstriert, wie hilfreich die psychosoziale Begleitung sowohl im Entscheidungsprozess (nach Diagnosemitteilung) als auch nach einem Schwangerschaftsabbruch für die Patientinnen ist. Wichtig ist es, den Betroffenen genügend Zeit für ihre Entscheidungsfindung zu lassen.

Der Fall wirft zudem die Frage auf, wie umfangreich eine Beratung sein sollte und wie aktiv die Beratenden sich in das Geschehen einbringen sollen, ein Problem, das über verschiedene IQZ hinweg häufiger diskutiert wurde. Problematisch erscheint, dass sich die Patientinnen nach der ersten oder zweiten Beratung zurückziehen oder sich „danach“ nicht mehr bei dem Arzt oder der Beraterin melden. Der vorgestellte Fall zeigt, dass ein beharrliches „Nachhaken“ (hier seitens der Beraterin) von der Patientin nicht als unangenehm empfunden, sondern eher dankbar aufgenommen wird. Zudem scheint es die Zufriedenheit und Sicherheit der Beraterin gestärkt zu haben.

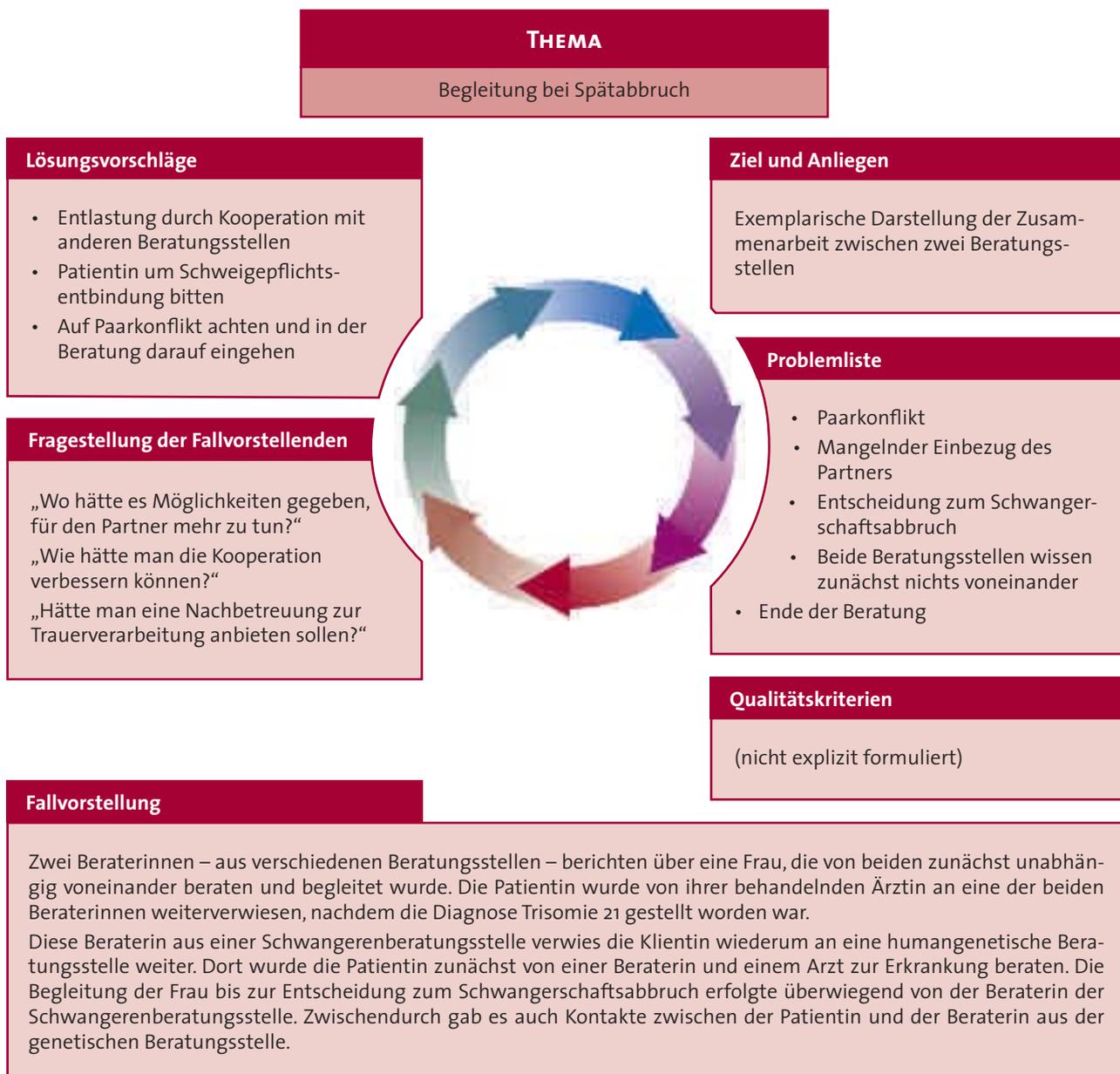
## STRUKTURELLE ASPEKTE DER SITZUNG

An der Sitzung nehmen insgesamt 15 von 16 festen Mitgliedern teil.

- Sieben Personen in ärztlicher Funktion (ein Humangenetiker, zwei niedergelassene Gynäkologen aus einer Schwerpunktpraxis Pränataldiagnostik und vier weitere niedergelassene Frauenärzte)
- Acht Personen in psychosozialer Beratungsfunktion
- Sitzungsdauer ca. drei Stunden

ABBILDUNG 3-17

**ENTSCHEIDUNGSFINDUNG BEI ZU ERWARTENDER BEHINDERUNG DES KINDES**



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## KONKRETER VERLAUF DER SITZUNG



### ZIEL UND ANLIEGEN

Die eine Beraterin möchte ihre Arbeit in einer genetischen Beratungsstelle vorstellen. Ihr Berufsalltag konfrontiert sie regelmäßig mit auffälligen Pränatalbefunden. Außerdem ist es ihr wichtig, eine häufig vorkommende und dennoch besondere Paarsituation vorzustellen. Sie möchte klären, ob es Möglichkeiten gegeben hätte, näher an den Partner „heranzukommen“ und die Paarproblematik zu bearbeiten. Sie erhofft sich weiterhin Anregungen dafür, ob und wie ggf. weitere Kooperationspartner hätten eingeschaltet werden können. Beiden Beraterinnen ist es wichtig, die Kooperation in verschiedenen beruflichen Kontexten vor- und zur Diskussion zu stellen.



### FALLVORSTELLUNG

Zunächst berichtet die Beraterin aus der genetischen Beratungsstelle über ihre Arbeitssituation im Allgemeinen. Sie führt mit einem Arzt zusammen Beratungsgespräche und hat danach häufig weitere Kontakte mit Schwangeren (persönlich, telefonisch, Klinikbesuche).

Die Falldarstellung selbst erfolgt anhand der Originalunterlagen der Beraterinnen. Diese Dokumente aus dem Arbeitsalltag sind ein hervorragendes Beispiel, wie Arbeitsrealität für die anderen Teilnehmenden erfahrbar und nachvollziehbar gemacht werden kann (so lassen sich beispielsweise über die Datumsangaben die Frequenz der Beratungstermine und auch der Zeitraum der Begleitung erschließen). Die Dokumente der Beraterinnen wurden für das vorliegende Fachheft anonymisiert.

#### Bericht der Beraterin aus der genetischen Beratungsstelle

##### DOKUMENTATION DER FALLVORSTELLUNG

##### Arbeitssituation

Sozialarbeiterin in genetischer Beratungsstelle, Beratungsgespräche in der Regel zusammen mit Arzt/Ärztin, weitere Kontakte telefonisch oder persönlich (z. B. Klinikbesuch).

##### Warum dieser Fall?

Zeigt übliche Vorgehensweise bei auffälliger PND, besondere (?) Paarsituation, Kooperation mit anderen Stellen.

##### Beratungsanlass

25. Juli: Ratsuchende wendet sich an das Sekretariat der genetischen Beratungsstelle, nachdem in einem auswärtigen Labor die Diagnose freie Trisomie 21 gestellt worden war. Beratungstermin wird für 29. Juli vereinbart.

**Beratungsgespräch** (29. Juli, 90 Minuten)

Mit Humangenetiker und Sozialarbeiterin in der genetischen Beratungsstelle.

**Familiäre Situation:** seit etlichen Jahren verheiratet. Er Ausländer, gut, aber nicht perfekt Deutsch sprechend, aufgrund eines starken Akzents nicht immer zu verstehen. Sie Logopädin, er Ingenieur. Sozial integriert.

**Vorgeschichte:** eine frühe Fehlgeburt, jetzt Amniozentese aufgrund eines Ultraschalls mit auffälliger Nackenfalte.

**Beratungssituation:** Paar erscheint zunächst offen in alle Richtungen, übliche Infos zum Befund, sehr viele Fragen zum Down-Syndrom (DS) beantwortet („haben schon versucht, uns zu informieren, aber irgendwie ergibt sich noch kein richtiges Bild“), über das Procedere bei einem späten Schwangerschaftsabbruch gesprochen.

Es kristallisiert sich heraus, dass Frau X sich wohl gut vorstellen könnte, das Kind zu bekommen, Herr X eher nicht. Er äußert große Ängste, das Kind könne zur Welt kommen und dann z. B. aufgrund eines Herzfehlers versterben. Sie fragt und redet viel, er ist wesentlich ruhiger. Frau X fordert eine „aktive, gemeinsame Auseinandersetzung mit der Entscheidung“ von ihrem Mann.

**Angebote:** schriftliches Informationsmaterial vom Down-Syndrom-Infocenter und Buch, Kontakte zu Familien mit Down-Kind und weitere Gespräche zusammen oder einzeln („Mann zu Mann“).

Paar möchte sich am gleichen oder darauf folgenden Tag wieder telefonisch melden.

Kontaktvermittlung mittels Diagnosekartei und Aktenstudium vorbereitet.

**Telefonat 30. Juli** (Anruf durch Frau X, 40 Minuten)

Weiteres Gespräch über die Situation und das Gespräch vom Vortag. Gespräch habe gutgetan, aber Paarkonflikt offen zutage gebracht. Sie habe auch unter der Fehlgeburt gelitten und ihr verlorenes Kind betrauert, während der Partner weniger darüber geredet habe und schnell zur Tagesordnung übergegangen sei. Beide hätten lange über die Situation geredet. Herr X wünscht Kontakt zu einem Mann, der auch während der Schwangerschaft der Partnerin von der Diagnose DS erfahren habe und zunächst schlecht akzeptieren konnte, dass das Kind geboren wird.

Kontaktadressen eines solchen Vaters sowie zweier Familien in der Nähe des Wohnortes durchgegeben, weiteren US-Termin zur Abklärung von Begleitfehlbildungen in der Klinik vereinbart. Weiteren Gesprächstermin mit dem Arzt der genetischen Beratungsstelle einzeln oder zusammen angeboten, sie wollen sich zur Terminvereinbarung selbst mit ihm in Verbindung setzen.

Frau X erwähnt, dass sie schon vor dem Beratungsgespräch in der genetischen Beratungsstelle bei einer psychosozialen Beratung war. Vorschlag meinerseits, sich zur weiteren Betreuung (z. B. Klinikbesuch bei Abbruch oder weitere Bera-

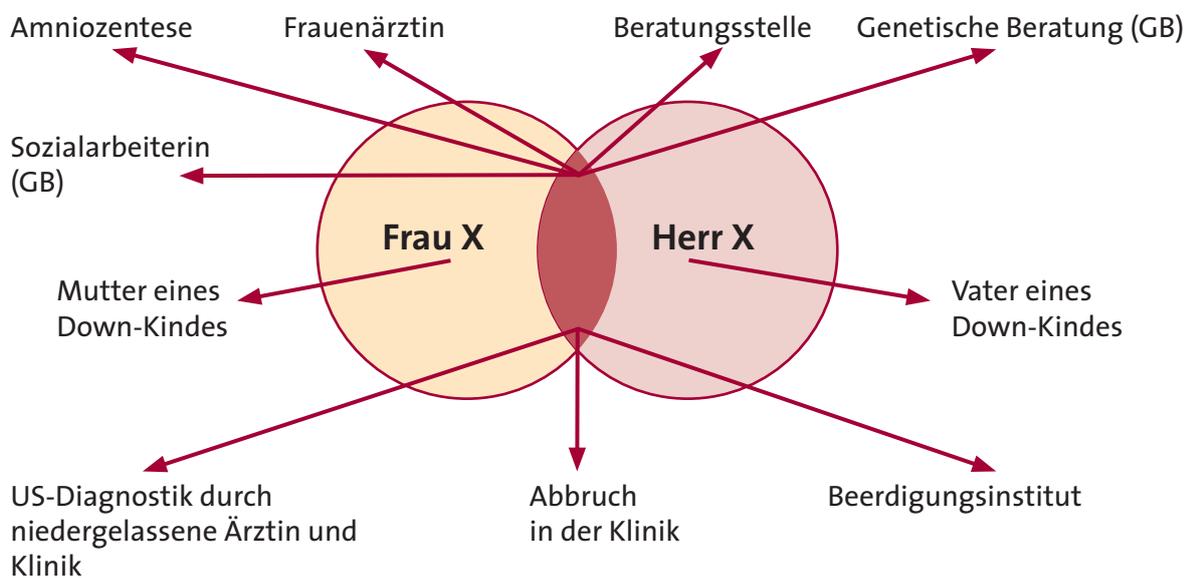
tung bei Fortsetzen der Schwangerschaft) vorübergehend wieder dorthin zu wenden, da mein Urlaub ansteht. Frau X will sich dort melden.

Herr X. hat sich nicht mehr in Beratungsstelle für Einzelgespräch gemeldet.

Dokument der Fallvorstellenden: beteiligte Institutionen und Personen

ABBILDUNG 3-18

**FALLSKIZZE (AUS DER DOKUMENTATION DER FALLVORSTELLUNG)**



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

**Telefonat 18. August** (Anruf bei Frau X, 45 Minuten)

Hat Abbruch durchführen lassen, wurde begleitet durch psychosoziale Beraterin. Sei vor dem Abbruch durch Phase intensiver Trauer gegangen und habe sich dann zum Abbruch entschieden. Fühlte sich beim Abbruch in der Klinik gut betreut, hatte allerdings langen Geburtsverlauf und starken Blutverlust.

Herr X war die meiste Zeit bei ihr. Konflikt kam auf, als sie kurz vor der Entlassung ein Foto mit dem Kind in ihrem Arm wünschte, Schwester verweigerte dies, daraufhin verließ sie umgehend die Klinik. Hat das Kind in einem Holzkistchen mit nach Hause genommen und im Grab ihres Vaters beilegen lassen.

Wurden durch spezialisiertes Beerdigungsinstitut sehr gut betreut. Haben den Abschied ganz aktiv und mit viel Zeit gestaltet. Frau X. meint, der ganze Prozess der Entscheidung und des Abschieds hätte auf keinen Fall kürzer sein dürfen.

Fühlte sich beim Abbruch gut von ihrem Mann unterstützt, er habe sich aber das Kind nicht angesehen (obwohl sie auf „Familienfoto“ bestand). Sie könnte jedoch akzeptieren, dass er eine andere Haltung dazu eingenommen habe als sie. Möchte in absehbarer Zeit wieder schwanger werden. Will kein weiteres Beratungsgespräch in GB vor eingetretener Schwangerschaft, weiteren Anruf versprochen.

Nachdem die Beraterin aus der genetischen Beratungsstelle ihre Fallvorstellung beendet und Rückfragen beantwortet hat, übergeben die Moderierenden das Wort an die zweite Beraterin, die ihre Beratung und ihre Sicht des Falls ebenfalls anhand ihrer Dokumentation darstellt:

### **Bericht der Beraterin aus der psychosozialen Beratungsstelle**

#### **24. Juli:**

Frau X spricht auf den Anrufbeantworter und bittet um einen Rückruf; Rückruf, ca. 60 Minuten, ausnahmsweise, da Frau X ein sehr hohes Redebedürfnis hatte.

Beratungsgespräch für den nächsten Tag vereinbart und an die genetische Beratungsstelle verwiesen, um die Befunde zu besprechen und um sich über das mögliche Spektrum des Down-Syndroms zu informieren; sucht nach Informationen über Therapiemöglichkeiten, Telefonnummer einer Krankengymnastik-Praxis gegeben, die Kinder mit Down-Syndrom behandelt (Abgrenzung/Kooperation).

#### **Beratungsgespräch/Beratungsinhalte 25. Juli**

Kommt ohne ihren Partner. Zu Beginn Versuch zu klären: Wie kommt die Frau zu uns, was sind ihre Fragen, Themen, und was erwartet sie von mir? Welche Unterstützung kann ich ihr anbieten?

Frau X hat sehr viele Fragen und kann ihre unterschiedlichen Gefühle recht gut ausdrücken. Sie formuliert ihre Ängste, ihre Befürchtungen im Bezug auf ihre eigenen Kräfte, die Finanzen und im Bezug auf die Partnerschaft. Partnerschaft thematisiert; möchte, dass ihr Mann ebenfalls einen Gesprächspartner findet, um unabhängig von ihr die Situation zu durchdenken und aufzuarbeiten; Ehemann tendiert eher zum Abbruch, da in seiner Familie ein Kind mit Down-Syndrom lebt; sie fühlt sich im Kontakt mit ihrem Partner, unterstützt durch ihn, nicht gedrängt; Angebot eines Beratungsgesprächs für den Ehemann bei einer Kollegin von mir, mangels männlicher Kollegen; Infos zu finanziellen Hilfen gegeben.

Über späteren Abbruch, Verlauf, Vorgehensweise und über Abschied von Kind, Beerdigung, mögliche Rituale gesprochen. Erzählt von Abschiedsritual bei der Fehlgeburt, der Beerdigung des eigenen Vaters; Erinnerung an bereits erlebte Verluste und deren Verarbeitung werden wach; Unterschied zur jetzigen Situation, in der sie selbst eine Entscheidung treffen muss, möglichst gemeinsam mit

ihrem Partner: Welche Rolle spielt die eigene Entscheidung, Verantwortung, mögliche Vorwürfe bei der einen oder der anderen Entscheidung, Schuldgefühl? Sie ist eine Frau, die sich über viele Aspekte in diesem Prozess Gedanken macht und sich in der Vielzahl der Gedanken auch verlieren kann.

Die Aufgabe einer professionellen Beratung besteht darin, der Klientin in einem geschützten Rahmen die Möglichkeit zu geben, über alle ihre Gedanken zu sprechen, diese zu sortieren und zu schauen, welche für sie von Bedeutung sind. Vereinbart, dass sie nach dem Gespräch bei der genetischen Beratungsstelle anruft und wir gemeinsam überlegen, welche Unterstützung sie noch braucht.

#### **Anruf von Frau X, 30. Juli**

Erzählt vom Gespräch bei der genetischen Beratungsstelle. Mit ihr überlegt, wie es ihr mit den erhaltenen Informationen geht; möchte Kontakt aufnehmen zu der vermittelten Familie; sich zurückziehen und für sich schauen, welchen Weg sie gehen kann. Vereinbart, dass sie anruft, wenn weiterer Beratungsbedarf besteht.

#### **5. August: Anruf von mir bei Frau X**

Teilt mit, dass sie sich für den Abbruch entschieden hat. Noch mal über Beerdigung, späten Abbruch gesprochen; ihr Partner hätte die Entscheidung nicht beeinflusst; es wäre ihre eigene.

#### **8. August: Klinikbesuch**

Hatte Wehen, denkt die Entscheidung ist richtig, Partner begleitet seine Frau; zeigt mir das Holzkistchen, das sie für das Kind gerichtet hat, die Bettwäsche, die sie genäht hat, den Teddy, den sie dem Kind mitgibt, den Namen usw.

#### **9. August: Anruf von mir in der Klinik**

Hofft, dass alles bald vorbei ist, wartet; Telefonkontakt vereinbart, nächste Woche.

#### **15. August: Anruf von Frau X**

Fühlt sich in der Klinik insgesamt gut betreut. Erzählt von dem Abschiedsritual eines Beerdigungsinstituts, ihrem eigenen Abschied, den Reaktionen der Familienmitglieder; hatte das Gefühl, gut begleitet worden zu sein, diesen Prozess intensiv gelebt zu haben. Wollte nach meinem Urlaub auf alle Fälle noch einmal vorbeikommen. Vereinbart, dass sie anruft, wenn sie ein weiteres Gespräch wünscht.



## FRAGESTELLUNG DER FALLVORSTELLENDEN

Die beiden Beraterinnen wenden sich mit folgenden Fragen<sup>30</sup> an den IQZ:

1. Wo hätte es Möglichkeiten gegeben, mehr für den Partner zu tun?
2. Wie hätte man die Kooperation noch verbessern können?
3. Hätte noch einmal aktiv eine Nachbetreuung zur Trauerverarbeitung angeboten werden sollen?
4. Wie notwendig finden Gynäkologinnen und Gynäkologen eine psychosoziale Beratung?



## THEMEN DER FALLDISKUSSION

- Kooperation (wer hätte noch am Beratungsprozess beteiligt werden können?)
- Pingpong-Effekt zwischen Beraterinnen – Wunsch nach mehr Transparenz (d. h., Klientin wird wechselweise von zwei Beratungsstellen beraten, die aber zunächst nichts voneinander wissen)
- Schweigepflichtentbindung
- Rolle des Mannes bei Abbruch
- Paarproblem/Paarkonflikt
- War der Schwangerschaftsabbruch eine Konfliktlösung? (Wie es zu der Entscheidung kam und wer entschieden hat, blieb beiden Beraterinnen unklar.)
- Ambivalente Phase der Frau haben beide Beraterinnen nicht (mehr) mitbekommen.
- Beratungsauftrag; Interesse an einer „guten“ Entscheidung, die von beiden Partnern getragen wird (Anspruch an Beratung)
- Ende der Beratung (hätte die Beraterin noch einmal Kontakt aufnehmen sollen?)

<sup>30</sup> Aus Transkript und Protokoll der Moderation



## LÖSUNGSVORSCHLÄGE<sup>31</sup>

- Wenn bekannt ist, dass andere Stellen am Beratungsprozess beteiligt sind, die Klientin um Schweigepflichtentbindung bitten
- Besserer Informationsaustausch und Kooperation mit anderen Beratungsstellen (hat auch die Funktion von Entlastung)
- Auf Paarkonflikt achten und in der Beratung thematisieren

**31** Aus Transkript und Protokoll der Moderation

# BEWERTUNG DER SITZUNG



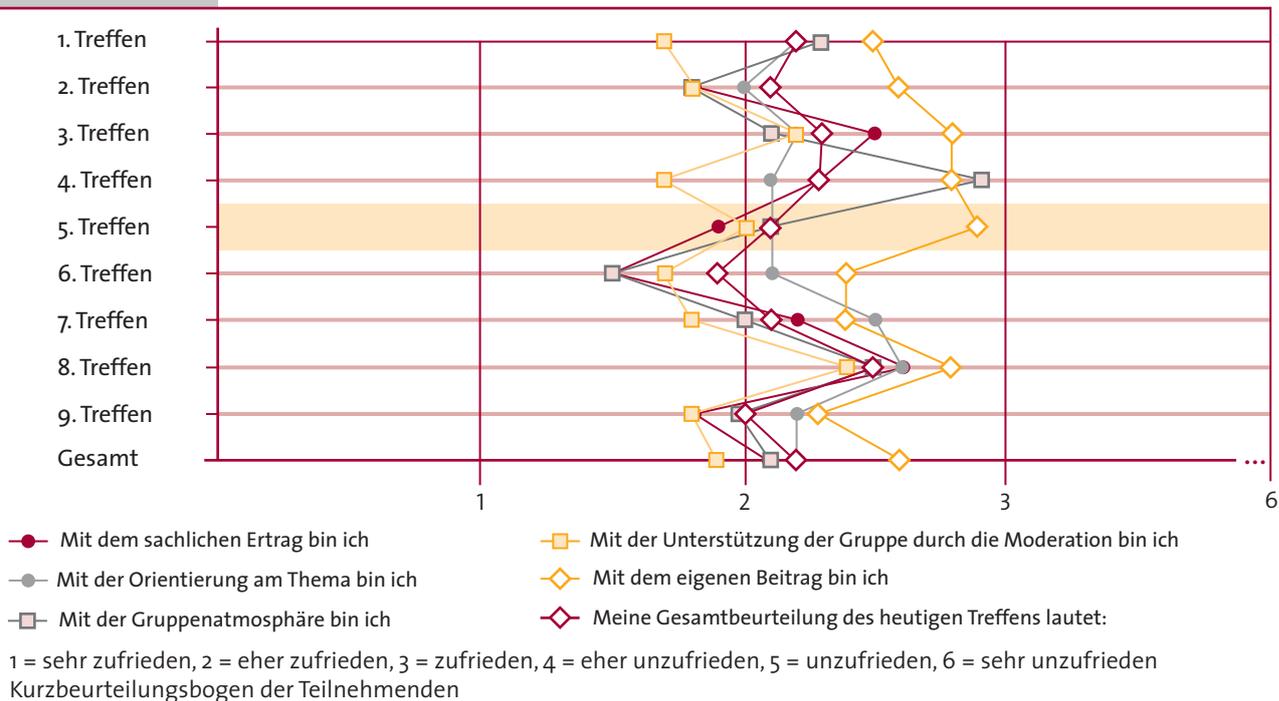
## FRAGEBOGEN DER TEILNEHMENDEN

Das Treffen wird insgesamt mit gut (2,1) bewertet. Im Vergleich mit den anderen Treffen ist die Zufriedenheit mit dem „sachlichen Ertrag“ (1,9) für diese Sitzung am höchsten (vgl. Abbildung 3-19).

In den Antworten auf die offenen Fragen werden unterschiedliche Aspekte hervorgehoben: Es war „gut, die Arbeit der genetischen Beratungsstelle kennenzulernen“ und dass „die psychosoziale Seite [...] im Vordergrund (stand)“. Positiv bewertet werden auch „die Art und Weise, wie der Fall geschildert war“ sowie die „Ausführlichkeit der Fallpräsentation“ zum Thema „Kooperation“, bei der die „Kompetenz der Nicht-Medizinerinnen“ deutlich wurde. Dies führt dazu, dass sich die Beraterinnen weiter ermutigt fühlen, vermehrt „auf Ärzte und die genetische Beratungsstelle zuzugehen“. Weitere positive Aspekte bzw. Erkenntnisse waren: „genauerer Aufbau meiner Anamnesen“; „wie wichtig schnelle Termine sind und der Aspekt der Erreichbarkeit. Der Gesprächsbedarf der betroffenen Frau/des Paares ist sehr unterschiedlich“.

ABBILDUNG 3-19

BEURTEILUNG DES DARGESTELLTEN FÜNFTEN TREFFENS (Mittelwerte)



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## **DOKUMENTE DER TEILNEHMENDEN BEOBACHTUNG UND DER MODERIERENDEN**

### **Gruppendynamik und Interaktionsbeziehungen**

Die Moderierenden beschreiben die Sitzung insgesamt als sehr lebhaft, unter anderem deswegen, weil zwei Beratungsstellen beteiligt waren und am Fall Kooperationsmöglichkeiten deutlich wurden.

### **Umsetzung des Qualitätszirkelkonzepts**

Die wesentlichen Elemente des Konzepts wie Themenbezug, Fragestellung, Fallvorstellung auf Basis nachvollziehbarer Dokumentation, Falldiskussion und Erarbeitung von Lösungsvorschlägen werden in dieser Sitzung umgesetzt. Insbesondere hervorzuheben ist die sehr gute Dokumentation, die bei der Fallvorstellung das konkrete Vorgehen und Handeln sowie die Kontakte nachvollziehbar werden lässt.

## MODERATIONSSCHULUNG – BEGLEITSEMINARE ALS IQZ ZWEITER EBENE

Wie in Kapitel 2 dargestellt, hatten die Seminare die Funktion, die Moderierenden in das Konzept „Qualitätszirkel“ einzuführen, sie zur selbstständigen Organisation und Moderation von interprofessionellen Qualitätszirkeln vor Ort zu befähigen und sie bei der Umsetzung kontinuierlich zu unterstützen (vgl. Teil 2, Exkurs: Lehrgangskonzept).

In den Seminaren wurden gezielt die zirkel- und phasenspezifischen Unterstützungsbedarfe eruiert sowie entsprechende Hilfestellungen entwickelt. Der Aufbau der Begleitseminare zielte auf die systematische Vermittlung des Qualitätszirkelkonzepts und wurde in Absprache mit den Moderierenden problemorientiert konkretisiert.

Die Moderierenden bildeten eine feste Gruppe und stellten Fälle aus ihrer Alltagspraxis als IQZ-Moderierende vor. Damit fungierten die Begleitseminare als Qualitätszirkel zweiter Ebene, ermöglichten den Moderierenden, die Arbeitsweise am eigenen Fall zu erleben und so das Verständnis für das Arbeitsprinzip zu stärken.

Ein fester Programmpunkt waren Kurzberichte der Moderierenden zu dem jeweiligen aktuellen Stand ihrer Qualitätszirkelarbeit. Die thematischen Schwerpunkte der Begleitseminare deckten sich im Wesentlichen mit den im Lehrgangskonzept vorgesehenen Inhalten: Moderation und Gruppe, Fall und Dokumentationsmethode, Evaluation (Zwischenbilanz), Umsetzbarkeit von Diskussionsergebnissen im Arbeitsalltag, Vorbereitung der weiteren Implementierung.

## KONZEPTMODIFIKATION IN DER ZWEITEN PROJEKTPHASE

Die erste Projektphase zeigte, dass die Frequenz der Begleitseminare im Verhältnis zu den zwischenzeitlich durchgeführten Zirkeltreffen zu hoch war. Daher wurden unter anderem die fünf Begleitseminare in der zweiten Projektphase auf einen Zeitraum von zwei Jahren verteilt, so dass in der Zwischenzeit mehr Qualitätszirkelsitzungen stattfinden konnten. Des Weiteren erfolgte in der zweiten Phase als fester Bestandteil der Ausbildung systematisch ein inhaltlicher Input seitens der Heidelberger Begleitforschung. Auf Basis der aufbereiteten Transkripte der IQZ-Treffen wurden Fragestellungen zur Verbesserung der Kooperation, zur inhaltlichen Ausformulierung der Handlungsempfehlungen und Qualitätsmerkmale vertiefend mit den Moderierenden bearbeitet.

## ÜBERBLICK ÜBER DIE ARBEITSWEISE

Um die Arbeitsweise im Moderationslehrgang zu verdeutlichen, werden im Folgenden exemplarisch Gruppendiskussionen und Ergebnisse der gemeinsamen Arbeit, z. B. Flipchartaufzeichnungen und Falldokumentationen der Moderierenden, wiedergegeben. Die Auswahl der Beispiele erfolgte mit dem Ziel, die Arbeitsweise im Lehrgang zu verdeutlichen sowie verschiedene inhaltliche Aspekte der Seminare wiederzugeben.

## FALLDARSTELLUNGEN DER MODERIERENDEN

Die Struktur der Begleitseminare folgte dem Qualitätszirkelkreislauf, d. h., zu Beginn des Seminars wurden Themen und Fragen der Moderierenden gesammelt, die anschließend anhand eines Falls aus der IQZ-Arbeit vor Ort mit den anderen Moderierenden diskutiert wurden. Ziel war hier, gemeinsam das Handeln als Fachkräfte für die Moderation eines IQZ zu reflektieren, Probleme zu erkennen, Lösungsstrategien dafür zu entwickeln und die geplanten Handlungsalternativen im „IQZ-Alltag“ zu überprüfen.

### DEFINITIONEN: FALL, FALLVORSTELLUNG, FALLDARSTELLUNG

**Fall:** Als „Fall“ wird eine auf Schwangerenvorsorge zielende sachlich und zeitlich abgrenzbare Beratungssequenz des beruflichen Handelns einer oder mehrerer Personen bezeichnet. Dabei werden insbesondere diejenigen Aspekte des Routinehandelns in den Vordergrund gestellt, die von den Vorstellenden selbst beeinflussbar und zu verantworten sind. Die Kontextbedingungen und typische Handlungsmuster werden insoweit berücksichtigt, als sie den Verhaltensspielraum begrenzen. Wenn allübergreifende Begrenzungen deutlich werden, können diese zum eigenständigen Thema gemacht werden.

**Die Fallvorstellung:** bezeichnet nach dem Qualitätszirkelkonzept die Präsentation eines nachvollziehbar aufbereiteten Ausschnitts des beruflichen Handelns („Fall“) im Qualitätszirkel mit dem Ziel, eigene Erfahrungen zur Diskussion zu stellen und die Expertise der anderen Zirkelteilnehmenden für die weitere Behandlung fruchtbar werden zu lassen. Nachvollziehbarkeit wird durch (idealerweise objektivierbare) Dokumentationen des Alltagshandelns gesichert, die auf aufbereiteten Behandlungsprotokollen („Routinedokumenten“) beruhen oder auf eigens für diesen Zweck erhobenen Daten gründen können.

**Falldarstellung:** Die Falldarstellung ist die von der wissenschaftlichen Begleitung erstellte systematisierte und komprimierte Zusammenfassung von Fallvorstellung, Fallverlauf und Falldiskussion. Sie berücksichtigt idealerweise alle Aspekte des Qualitätskreislaufs.

## THEMA „GRUPPE UND MODERATION“

Bei der Themenwahl der Teilnehmenden des dritten Begleitseminars aus der ersten Projektphase lag das Gewicht auf gruppenspezifischen Fragestellungen, wie „Umgang mit schwierigen Teilnehmenden und Außenseiterinnen bzw. Außenseitern im Qualitätszirkel“. Die genannten Themen wurden auf Grundlage von Berichten, Diskussionen und dokumentierten Fallvorstellungen bearbeitet. Es folgen zwei Falldarstellungen zum Thema „Gruppe und Moderation“.

### BEISPIEL 1: UMGANG MIT INDIFFERENTEM UND ABLEHNENDEM VERHALTEN



Die erste Fallvorstellung zum Thema wurde anhand des Kurzbeurteilungsbogens eines Teilnehmers, der als Dokumentation diente, gemeinsam bearbeitet.



#### FALLVORSTELLUNG

##### Bericht der Moderierenden

Es gehe um einen Teilnehmer, der ein starkes Interesse am IQZ vorgegeben habe, sich aber in der/den Sitzung(en) eher passiv verhalte („will erst mal gucken“) und sich nicht äußere, außer im Blitzlicht. Seine schriftlichen IQZ-Beurteilungen (Kurzbeurteilungsbogen) seien sowohl bei den geschlossenen als auch bei den offenen Fragen negativ aufgefallen. Das Moderationsteam sei irritiert durch das widersprüchliche Verhalten des Teilnehmers: einerseits die Zurückhaltung während der Sitzung bzw. den Sitzungen und andererseits die massiven negativen Bewertungen in der schriftlichen Evaluation des IQZ-Treffens.



#### FRAGESTELLUNG DER FALLVORSTELLENDE

Die Moderierenden formulieren für ihr akutes Problem folgende Fragen:

- Wie gehen wir als Moderation(team) mit solch widersprüchlichem Verhalten um?
- Wie gehen wir mit Gefühlen um, die dieses Verhalten und die negativen Bewertungen des Teilnehmers bei uns auslösen?



## ERSTELLEN DER PROBLEMLISTE

- Was geht in dem Teilnehmer vor? Fühlt er sich einsam in der Gruppe?
- Ist der Teilnehmer möglicherweise auch beruflich isoliert?
- Spielt vielleicht eine eigene Betroffenheit des Teilnehmers eine Rolle?



## LÖSUNGSVORSCHLÄGE

- Betreffende Teilnehmende informell oder aber in der Sitzung ansprechen
- (Negative) Bemerkungen des Teilnehmers in der nächsten Sitzung thematisieren
- Als Moderationsteam die eigenen Gefühle reflektieren, die durch das Verhalten bzw. die Bewertungen in der Kurzbeurteilung ausgelöst wurden

Es besteht Einigkeit darüber, dass eine Intervention seitens der Moderation notwendig ist, da der Teilnehmer mit seinem Verhalten die Gruppenarbeit nicht fördert und die Moderierenden für das Geschehen in der Gruppe Mitverantwortung tragen.

## BEDEUTUNG FÜR DIE MODERATIONSPRAXIS

Zurückhaltende und latent kritisierende Teilnehmende stellen in der Gruppenarbeit immer wieder ein Problem dar. Durch das Begleitseminar konnten alle Moderierenden eigene Schwierigkeiten im Umgang mit gruppenspezifischen Prozessen erkennen. Die vorhandene Dokumentation trug dazu bei, dass die Situation sehr anschaulich und nachvollziehbar dargestellt und gemeinsam ein größeres Verständnis für die Beteiligten erreicht werden konnte.

Die fallbezogenen erarbeiteten Lösungsvorschläge stellten für das Moderationsteam eine praktische und umsetzbare Unterstützung ihrer IQZ-Praxis dar. Zugleich konnten alle beteiligten Moderierenden die Qualitätszirkelarbeitsweise nochmals selbst erproben.

## BEISPIEL 2: UMGANG MIT WERTEDISKUSSIONEN



Die Moderierenden erstellten auch für die zweite Fallvorstellung Materialien, die als Basis für die Fallpräsentation im Begleitseminar dienten.



### FALLVORSTELLUNG

#### Bericht der Moderierenden

Ein Gynäkologe, der Pränataldiagnostik durchführe, habe im IQZ einen Fall vorgestellt. Eine seiner Patientinnen habe nach einem auffälligen Befund in der FisH-Diagnostik<sup>32</sup> einen sofortigen Schwangerschaftsabbruch gewünscht. Die Frage des Arztes an die Gruppe sei gewesen: Wie kann ich erreichen, dass die Patientin sich noch weiter emotional auf die Schwangerschaft einlässt?

In der folgenden Erörterung und Diskussion des Falls seien von einigen IQZ-Teilnehmenden emotional besetzte Aspekte des späten Schwangerschaftsabbruchs thematisiert worden, wie „Leiden des Fetus“, „Geburt zum Tod“.

#### Problembeschreibung aus Sicht der Moderierenden

Eine Teilnehmerin, die als Ärztin tätig sei, habe sich dabei besonders stark beteiligt. Sie sei in ihren Ausführungen darauf eingegangen, dass sie das Leid, was sie erlebe, nicht einfach verdrängen könne. Das Anliegen der Ärztin im IQZ sei immer wieder gewesen, die gesellschaftlichen Aspekte der Pränataldiagnostik zur Sprache zu bringen: Pränataldiagnostik verstärke die Tendenz gesellschaftlicher Probleme, wie z. B.:

- Integration von Behinderten
- Abwälzung der Verantwortlichkeiten auf die einzelnen Frauen (Eltern)
- PND sei in ihrem selektiven Ansatz im Widerspruch zum ärztlichen und heilberuflichen Heilauftrag

In der Pause habe sie darum gebeten, anschließend noch auf zwei Filme hinzuweisen, die in Kürze gezeigt würden („Mein kleines Kind“ und ein Film zu Contergan-Geschädigten).

In der Diskussion habe die Moderierende wiederholt versucht, diesen Wortmeldungen nicht zu viel Raum zu geben, da sie zu sehr vom vorgestellten Fall weggeführt hätten. Aber auch eine vorsichtige Ansprache habe nicht dazu geführt, dass die Einwände von der Teilnehmerin angenommen worden wären. Einschließlich des abschließenden Blitzlichts habe die Teilnehmerin im Verlauf des Abends immer wieder ähnliche Redebeiträge eingebracht.

<sup>32</sup> FisH-Diagnostik = spezielle Technik, mit der Chromosomenanomalien relativ sicher und schnell festgestellt werden können



## FRAGESTELLUNG DER FALLVORSTELLENDE

- Wie direktiv kann die Moderation den Diskussionsverlauf mitbestimmen?
- Sollten „Wertediskussionen“ im IQZ mehr Raum bekommen?
- Wie ist das Verhalten dieser Teilnehmerin einzuschätzen?
- Kann es sein, dass sich die betreffende Teilnehmerin weniger zugehörig zur Gruppe fühlt?



## ERSTELLEN DER PROBLEMLISTE

- Welche persönliche Betroffenheit hat die Frau?
- Andere Zirkelteilnehmende fühlen sich von ihr in „die Ecke der unreflektierten Befürworter“ von Pränataldiagnostik gedrängt.

In der Diskussion wird deutlich, dass die Probleme im IQZ deswegen entstehen, weil die Teilnehmerin ...

- eine Wertediskussion führen will,
- in jeder Sitzung Falblätter und Texte gegen PND verteilt,
- sich auch politisch gegen Pränataldiagnostik engagiert.



## LÖSUNGSVORSCHLÄGE

Was tun? Darf oder muss die Moderation eingreifen und wenn ja, wie?

1. Teilnehmerin durch Ermöglichung einer eigenen Fallvorstellung in die Gruppe holen
2. Alternativ: Teilnehmerin bitten, sich (auch mit ihrer Emotionalität) in Bezug auf den Fall zu äußern, hier liegt auch eine Chance zur Kooperation.
3. Meinungsbild von der Gruppe erstellen lassen, Widersprüche ausdrücklich zulassen

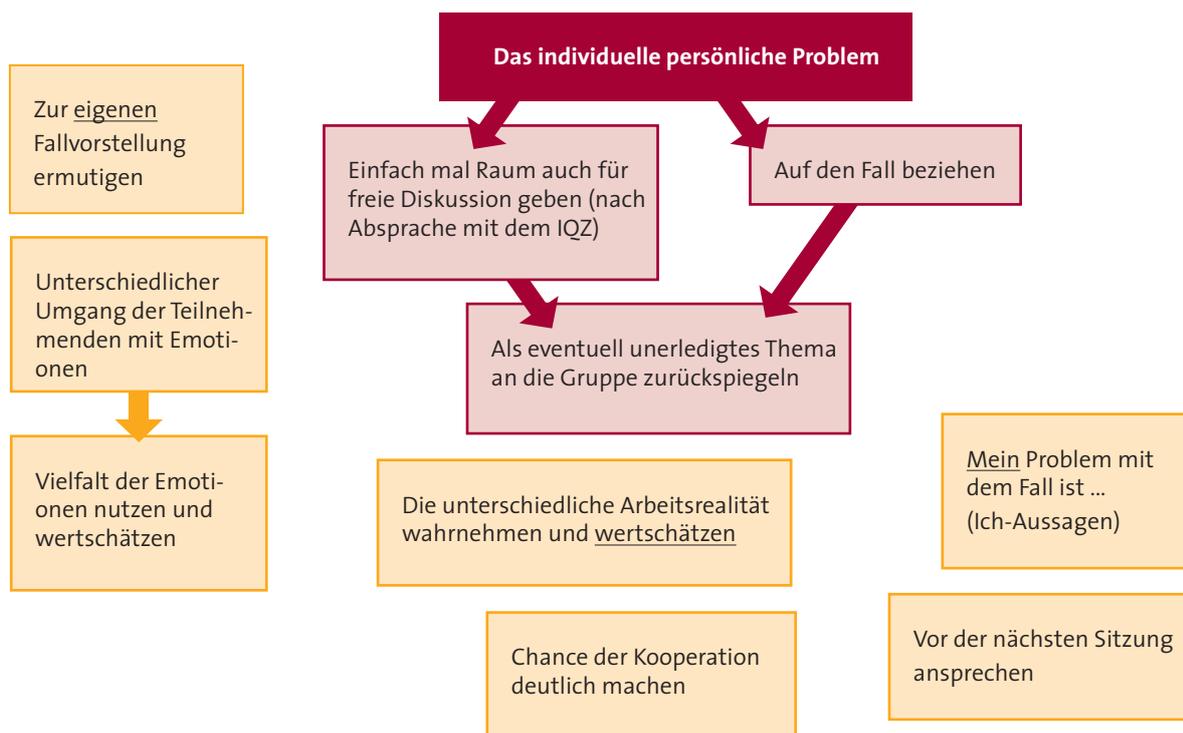


## FALLDISKUSSION

Die anschließende Falldiskussion in der Gruppe wurde auf einem Flipchart zusammengefasst, deren Ergebnisse in Abbildung 3-20 dargestellt sind.

ABBILDUNG 3-20

UMGANG MIT SCHWIERIGEN TEILNEHMENDEN



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## BEDEUTUNG FÜR DIE MODERATIONSPRAXIS

Hervorzuheben ist die sehr anschaulich aufbereitete Fallpräsentation, durch die die Situation für die anderen Moderierenden gut nachvollziehbar wurde. Das eigene Handeln in der konkreten Situation wurde detailliert beschrieben und thematisiert. Die rege Diskussion führte zu einer tieferen Problemsicht, und die vielfältigen und zahlreichen Lösungsvorschläge belegen zugleich den Gewinn, der durch das Zusammenwirken unterschiedlicher Kompetenzen im Rahmen der Begleitseminare erreicht werden kann. Beide von den Moderierenden vorgestellten Fälle sind mit einer konkreten Fragestellung verbunden. Das erleichtert die Erarbeitung fallbezogener Lösungsvorschläge und die Entwicklung praktischer „Anleitungen“ für die Arbeit vor Ort. Aus Sicht der Lehrgangsteilnehmenden war es hilfreich, „die eigene Arbeit mit gewissem Abstand betrachten zu können“. Die Diskussionsergebnisse werden, den Ergebnissen der Evaluation des Begleitseminars zufolge, als umsetzbar angesehen. Einige Moderierende äußern sich positiv bezüglich der Anregungen im „Umgang mit ‚schwierigen‘ Teilnehmenden“. Die beim Seminar deutlich gewordenen Probleme könnten z. B. durch „telefonische Kontakte und Nachgespräche“ gelöst werden.

## THEMA „FALLARBEIT UND DOKUMENTATIONSMETHODEN“

Themenschwerpunkt eines weiteren Begleitseminars war der Aspekt „Fallarbeit und Dokumentationsmethoden“. Die Moderierenden führten folgende Problemaspekte an: Widerstand der Teilnehmenden gegen Dokumentation, Widerstand der Teilnehmenden gegen Selbstreflexion sowie gegen die Festlegung eines Themas. Die Bearbeitung dieser Themen erfolgte zum Teil in moderierter Gruppenarbeit sowie durch die konkrete Arbeit an dokumentierten Fällen aus der Zirkelpraxis.



### BEISPIEL 3: DOKUMENTATION DES ALLTAGSHANDELNS

Das im Folgenden dargestellte Material wurde von den Moderierenden für die Fallpräsentationen im Begleitseminar erstellt.



#### FALLVORSTELLUNG

##### Bericht der Moderierenden

Bei dem Beispiel, noch ganz am Anfang der IQZ-Arbeit, habe sich die Gruppe zum Ziel gesetzt, den Beratungsumfang, die Rahmenbedingungen und Kompetenzen der einzelnen Berufsgruppen kennen zu lernen.

##### Problembeschreibung aus Sicht der Moderierenden

Um einen größtmöglichen Gewinn für alle Teilnehmenden zu erreichen, war allen die Aufgabe gestellt worden, eine Art Mini-Statistik zu erstellen und mitzubringen, die ihr Routinehandeln dokumentiert. Nur zwei von neun Teilnehmenden hätten dazu schriftliche Dokumente erstellt, die anderen Teilnehmenden hätten sich nur mündlich äußern können.

Die beiden schriftlichen Beispiele hätten gezeigt, wie hilfreich Dokumentationen seien, um verschiedene Arbeitsweisen zu veranschaulichen. Dadurch, dass nur zwei Teilnehmende ihre Arbeitsweise schriftlich dargestellt hätten, sei eine differenzierte Unterscheidung bezüglich der Variabilität der Arbeitsweisen innerhalb der Berufsgruppen nicht möglich gewesen.



## FALLDISKUSSION

In der folgenden Diskussion werden die Widerstände der Teilnehmenden gegenüber der Dokumentation als ein „typisches“ Problem in der IQZ-Arbeit diskutiert und mögliche Lösungsvorschläge erarbeitet.



## LÖSUNGSVORSCHLÄGE

- Schema des Qualitätskreislaufs sichtbar machen (visualisieren)
- Eigene Einstellung als Moderierende zur Dokumentation reflektieren
- Teilnehmenden Anleitung (zur Fallvorstellung) vorab zuschicken
- Hilfestellung bei der Vorbereitung der Falldokumentation geben
- Vereinfachung der Dokumentation – Ansprüche reduzieren; Resultat: Entlastung der Teilnehmenden
- Teilnehmenden ein Beispiel geben (als Moderation eigenen Fall vorstellen)
- Vorteil der Dokumentation den Teilnehmenden erfahrbar machen
- In der Sitzung die Dokumentation (gemeinsam) vervollständigen und visualisieren
- Widerstand und Angst der Teilnehmenden in der Gruppe ansprechen
- Persönliche Ansprache der Teilnehmenden (allgemeine Informationen per Brief mitteilen)

## BEDEUTUNG FÜR DIE MODERATIONSPRAXIS

Durch die fallbezogene Bearbeitung des Problems und die anschließende Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten zum Thema „Widerstand der Teilnehmenden gegen Dokumentation des Alltagshandelns“ erhielten die Moderierenden für ihre zukünftige Arbeit in den IQZ vor Ort wichtige Hilfestellung. Das Problem der mangelnden oder fehlenden Dokumentation des Alltagshandelns existiert in allen Qualitätszirkeln mehr oder weniger ausgeprägt. Durch die (wiederholte) Thematisierung bei den Begleitseminaren erhalten die Moderierenden konkrete Unterstützung. Einige Moderierende greifen die Anregung auf, selbst einen dokumentierten Fall vorzustellen. Sie gehen mit „gutem Beispiel“ voran, um den Gewinn von Dokumentationen zu verdeutlichen.



## BEISPIEL 4: FEHLENDE FALLVORSTELLUNGEN DER PSYCHOSOZIALEN BERATERINNEN

Ein weiteres Problem der Moderierenden bestand darin, dass die Beraterinnen nur wenige oder gar keine Fälle vorstellten. Auch dieses Problem wurde von den Moderierenden im Begleitseminar bearbeitet. Das im Folgenden dargestellte Material wurde für die Fallpräsentation im Begleitseminar erstellt, anhand dessen sie die Problematik genauer darstellen.



### FALLVORSTELLUNG

#### Bericht der Moderierenden

Im IQZ sei ein Fall aus einer humangenetischen Praxis vorgestellt worden. Als Kernproblem habe sich ein Paarkonflikt im Bezug auf den Kinderwunsch gezeigt. Einzelne psychosoziale Beraterinnen hätten sehr engagiert diskutiert und der anwesenden Ärzteschaft zu vermitteln versucht, dass eine Verweisung an eine Schwangerenberatungsstelle in diesem Fall das Richtige gewesen wäre. Beim darauf folgenden Treffen sei es um einen Fall aus der gynäkologischen Praxis gegangen. Im Anschluss daran sei die Themenwahl für das nächste Treffen erfolgt.

Die Moderatorin habe mehrfach den Bedarf an einer Darstellung der spezifischen Beratungsarbeit und -kompetenz von psychosozialen Beraterinnen betont. Dennoch habe sich niemand freiwillig für eine Fallvorstellung gemeldet. Auf eine direkte Anfrage bei einer der Beraterinnen habe diese abgewehrt mit den Worten, es gäbe keine Fälle zu PND, die für eine Vorstellung in diesem Kreis sinnvoll wären. Es gäbe bei ihr keinerlei Fragen an den Zirkel bezüglich ihrer eigenen Arbeit. Dies sei von den anderen Beraterinnen verbal und nonverbal bestätigt worden.

Nach dem Treffen habe die Moderatorin doch noch zwei Beraterinnen telefonisch überreden können, einen Fall vorzustellen.



### FRAGESTELLUNG DER FALLVORSTELLENDE

Die Moderatorin wendet sich mit folgenden Fragen an die Gruppe:

- Weshalb verhält sich im Zirkel X die Berufsgruppe der psychosozialen Beraterinnen im Bezug auf die Darstellung ihrer Kompetenz so widersprüchlich?
- Wie können Moderierende damit umgehen?



## FALLDISKUSSION

Die wichtigsten Ergebnisse der anschließenden Gruppendiskussion während des Begleitseminars werden auf einem Flipchart zusammengefasst:

### MÖGLICHE GRÜNDE FÜR DIE FEHLENDEN FALLVORSTELLUNGEN DER BERATERINNEN:

- Überforderung der Teilnehmenden (keine Fälle zum Thema Pränataldiagnostik)?
- Ängste gegenüber Ärzteschaft?

### HILFESTELLUNGEN FÜR DIE MODERIERENDEN:

- besondere Arbeit (Beziehungsarbeit) der psychosozialen Beraterinnen positiv hervorheben

## BEDEUTUNG FÜR DIE MODERATIONSPRAXIS

In der Fallvorstellung wird einerseits das eigene Handeln der Moderierenden thematisiert und zugleich ein Problem angesprochen, über das in fast allen Qualitätszirkeln diskutiert wurde: die „Zurückhaltung“ der psychosozialen Beratenden, Fälle vorzustellen. Diese Haltung wurde zum einen nachvollziehbar damit begründet, dass die Beraterinnen nur wenige Fälle mit dem Themenschwerpunkt „Pränataldiagnostik“ hatten und darüber auch klagten. Die Zurückhaltung wurde von Moderation und ärztlichen Teilnehmenden aber zugleich als widerständig – im Sinne eines Zurückhaltens – empfunden und stellt insofern eine besondere Herausforderung dar.

Denn die Bedeutung der psychosozialen Beratung lässt sich am besten an konkreten Beratungsfällen veranschaulichen. Die problemimmanenten „Startschwierigkeiten“ konnten in den meisten Zirkeln überwunden werden. Zum Teil übernahmen die Moderierenden aus der psychosozialen Beratung eine Vorreiterrolle für ihre Berufsgruppe, indem sie selbst Fälle im IQZ vorstellten. Dadurch konnten unter anderem mögliche Ängste gegenüber der Ärzteschaft überwunden werden.



## BEISPIEL 5: THEMA „BILANZ DER QUALITÄTSZIRKELARBEIT“

Im Vordergrund des letzten Begleitseminars der ersten Projektphase stand die Reflexion der bisherigen Ergebnisse der IQZ-Arbeit.



### FALLVORSTELLUNG

In Modifikation des Qualitätszirkelkonzepts bezieht sich das Folgende nicht auf die Moderationspraxis, sondern auf ein von den Moderierenden gemeinsam erarbeitetes Konzept für ein zukünftiges Vorgehen. Die Leitfrage lautet: Wie könnte eine Bilanzierung der Gruppenarbeit erfolgen? Ziel dabei ist es, die Effekte der IQZ-Arbeit an den drei Standorten festzuhalten und konkrete Veränderungen zu dokumentieren.



### FALLDISKUSSION

Um die Entwicklung der Zusammenarbeit an den verschiedenen Standorten der ersten Projektphase zu verdeutlichen, einigen sich die Moderierenden im Begleitseminar auf eine grafische Darstellung, mit der die Beziehungsstrukturen zwischen den am IQZ beteiligten Personen bzw. Institutionen vor und nach der Modellphase erfasst und aufbereitet werden.



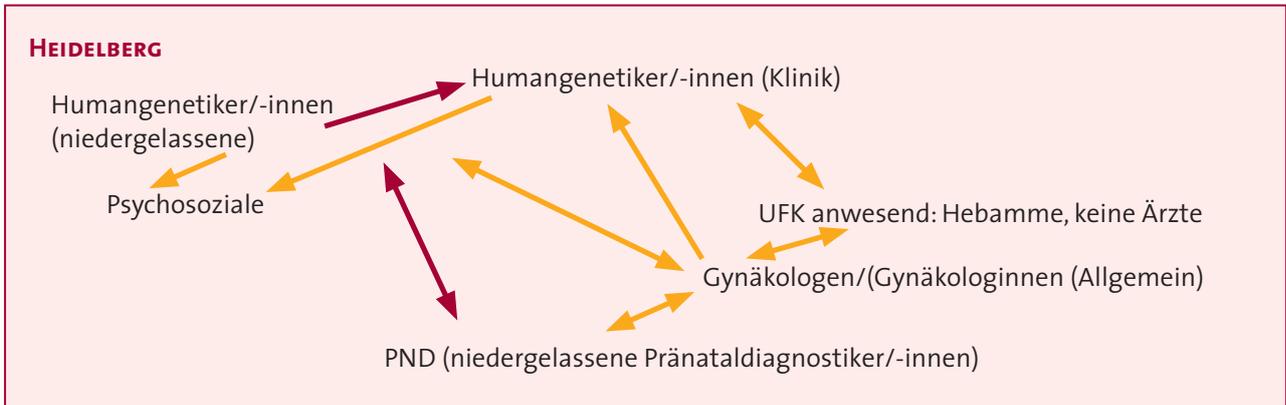
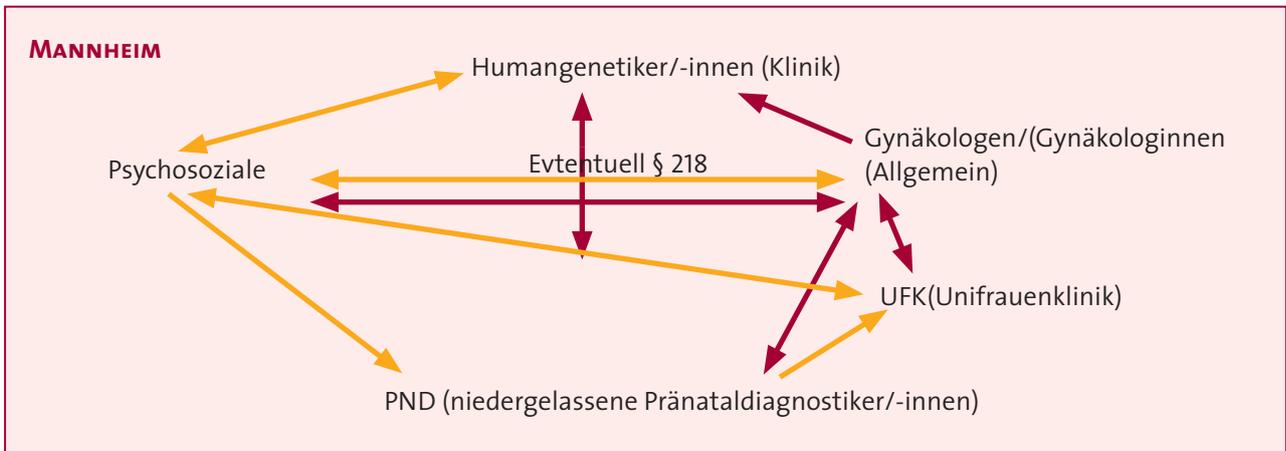
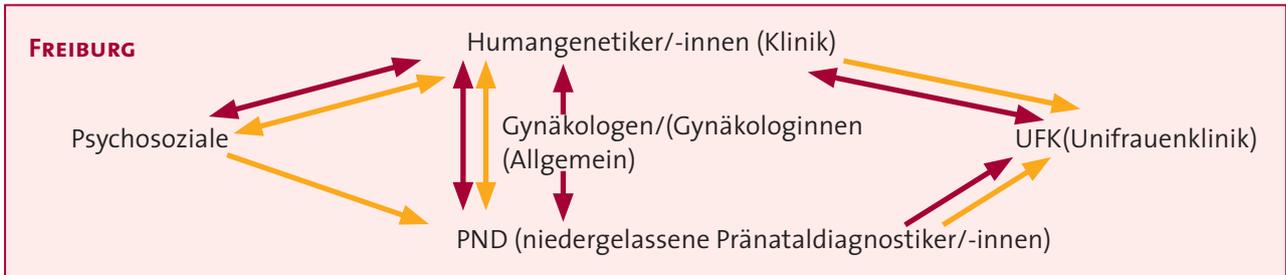
### LÖSUNGSVORSCHLÄGE

Das folgende Schaubild stellt die subjektive Sicht bzw. Interpretation der einzelnen Moderationsteams in Bezug auf bestehende bzw. veränderte Kooperationsbeziehung durch die IQZ-Arbeit dar.

ABBILDUNG 3-21

**KOOPERATIONSBEZIEHUNGEN**

**Veränderungen durch die IQZ-Arbeit  
Kooperationsbeziehungen, vorbestehend in Bezug auf PND**



■ Bestand                      ■ Veränderung

Die roten Pfeile beschreiben die Vernetzungen/Kooperationen zwischen und innerhalb der Berufsgruppen vor Beginn des Projekts. Die gelben Pfeile kennzeichnen die „neuen“ durch die Qualitätszirkelarbeit hinzugekommenen und veränderten Kooperationen zum Zeitpunkt des Begleitseminars.

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

Damit wird deutlich:

- In Heidelberg fungieren die nicht auf PND spezialisierten Gynäkologinnen und Gynäkologen bei Projektbeginn als zentrale Verteiler, die – außer zu den psychosozialen Beraterinnen – zu allen Beteiligten Kooperationen unterhalten. Durch die IQZ-Arbeit sind neue Kooperationen zwischen den Humangenetikerinnen und Humangenetikern (niedergelassene, in der Klinik tätige) und den psychosozialen Beraterinnen entstanden.
- In Mannheim haben sich am stärksten neue Vernetzungen zwischen den Berufsgruppen gebildet, wobei die psychosozialen Beraterinnen im Verlauf der Zirkelarbeit mit allen beteiligten Ärztegruppen Kooperationen aufgebaut haben.
- In Freiburg waren die psychosozialen Beraterinnen schon bei Beginn der IQZ-Arbeit vergleichsweise stärker in Kooperationen eingebunden. Dies konnte erhalten und zusätzliche Arbeitsbeziehungen zu niedergelassenen Pränataldiagnostikerinnen bzw. Pränataldiagnostikern konnten aufgebaut werden.

In der lebhaften Diskussion wird angeregt, die fachlichen und persönlichen Beziehungen generell bei Gründung eines neuen Qualitätszirkels zu erheben und in Form eines Schaubilds darzustellen. Durch eine Wiederholung am Ende könnten so die Effekte der Qualitätszirkelarbeit für alle Teilnehmenden veranschaulicht werden.

## BEDEUTUNG FÜR DIE MODERATIONSPRAXIS

Das Schaubild (Abbildung 3-21) verdeutlicht die unterschiedliche Entwicklung der Kooperationsbeziehungen in den beteiligten Qualitätszirkeln. Weiterhin wird erkennbar, dass einzig in Mannheim Kooperationen zwischen den niedergelassenen Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen – als zentralen Verteilern – und psychosozialen Beraterinnen initiiert wurden.

Die gemeinsam erarbeitete Grafik belegt, dass zu verschiedenen Zeitpunkten erhobene und nachvollziehbare Daten Diskussionen darüber ermöglichen, welche tatsächlichen Veränderungen sich durch die gemeinsame Arbeit im IQZ ergeben haben.

## BEISPIEL 6: THEMA „WAS SIND HANDLUNGSLEITLINIEN?“



### DEFINITIONEN: RICHTLINIEN, LEITLINIEN, HANDLUNGSLEITLINIEN, HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

**Richtlinien:** (Medizinische) Richtlinien sind meist von Institutionen veröffentlichte Regeln des Handelns und Unterlassens, die dem einzelnen Arzt oder der Ärztin einen geringen Ermessensspielraum einräumen. Ihre Nichtbeachtung kann Sanktionen nach sich ziehen. Eine ähnliche Verbindlichkeit wie Richtlinien haben Standards, die als normative Vorgaben bezüglich der Erfüllung von Qualitätsanforderungen verstanden werden und durch ihre in der Regel exakte Beschreibung einen mehr technisch-imperativen Charakter haben.<sup>33</sup>

**Leitlinien:** (Medizinische) Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für angemessene Vorgehensweisen bei speziellen diagnostischen und therapeutischen Problemstellungen. Sie lassen dem Arzt oder der Ärztin einen Entscheidungsspielraum und „Handlungskorridore“, von denen in begründeten Einzelfällen auch abgewichen werden kann.<sup>34</sup>

**Handlungsleitlinien (auch: interne Leitlinien):** bezeichnen nach dem Qualitätszirkelkonzept die im Arbeitskreis erarbeiteten Lösungsstrategien für eine bestimmte Fallkonstellation, die von den Zirkelmitgliedern in ihrer Arbeitspraxis überprüft und ggf. modifiziert und innerhalb der Gruppe als verbindlich angesehen werden, aber keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben.

**Handlungsempfehlungen:** sind im Sinne dieses Modellprojekts zu verstehen als von Qualitätszirkeln erarbeitete, von den beteiligten Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen verdichtete und durch die Moderationsfachkräfte konsentrierte Lösungsstrategien für ausgewählte Fallkonstellationen.

Ein Schwerpunkt des fünften Begleitseminars der zweiten Projektphase ist die Klärung der Frage, was unter Handlungsleitlinien zu verstehen ist. Diese Frage wird an einem konkreten Beispiel aus einem IQZ bearbeitet. Der Fall, auf den sich die Moderierende bezieht, wird im Kapitel „Interprofessionelle Qualitätszirkel konkret“ dargestellt (Beispiel 3, S. 95 ff.).

<sup>33</sup> Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER: <<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7>>

<sup>34</sup> Ebd.



## FALLVORSTELLUNG

### Bericht der Moderierenden

Ein Klinikarzt habe im IQZ eine Frau vorgestellt, die sich nach der Diagnose Trisomie 18 zu einem Schwangerschaftsabbruch mit Fetoamid entschieden hatte. Das sei aus verschiedenen Gründen für den behandelnden Arzt und die anderen an dem Fall Beteiligten eine äußerst schwierige und belastende Situation gewesen. Im Verlauf der IQZ-Arbeit sei der Fall mehrmals aufgegriffen worden: In der zweiten Sitzung zum Thema Spätabbruch bzw. Fetoamid sei ein Rollenspiel durchgeführt worden, um aufzuzeigen, wie eine psychosoziale Beratung in diesem Fall (Beratung nach Diagnosemitteilung; Diagnose in fortgeschrittener Schwangerschaft) hätte aussehen können. Darüber hinaus seien bestimmte Fragestellungen in Kleingruppenarbeit bearbeitet worden.

### Problembeschreibung aus Sicht der Moderierenden

In der dritten IQZ-Sitzung zum Thema sollten konkrete Handlungsziele bzw. Handlungsleitlinien aus den Ergebnissen der zuvor durchgeführten Kleingruppenarbeit formuliert werden.

### Handlungsleitlinien

#### Die psychosoziale Beratung thematisiert:

- Schwangerschaftsabbruch
- Austragen oder Abbruch der Schwangerschaft: aus der Position des Fetus argumentieren
- Zeit nach dem Schwangerschaftsabbruch
- Interessen der Frau und des Mannes

#### Die Kompetenz der psychosozialen Beraterin beinhaltet:

- Einblick in pränataldiagnostische Untersuchungsverfahren
- Aussagemöglichkeiten und Grenzen der jeweiligen Methoden kennen
- Grundwissen über die häufigsten vorgeburtlich erkennbaren Krankheitsbilder
- Beratungskompetenz im Spannungsfeld zwischen medizinischen Befunden und emotionaler Befindlichkeit des Paares
- Bereitschaft zu ständiger Weiterbildung in diesem Bereich

#### Organisation der Verweisung an Beraterinnen am Standort:

- Verbindliche Präsenz von kompetenten Beraterinnen am Standort (Absprachen der Beratungsstellen untereinander) sollte gegeben sein.
- Die Klientin wird gebeten, der psychosozialen Beraterin eine Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht zu unterschreiben, die es der psychosozialen Beraterin ermöglicht, ärztliche Befunde anzufordern und umgekehrt. Dies ist die Voraussetzung für eine Kommunikation der Berufsgruppen untereinander.
- verbindliche Dokumentation (z. B. Flyer) der vor Ort bestehenden Kooperationsstrukturen

- Bereitschaft und Mut zur direkten Kommunikation zwischen psychosozialer Beratung, Ärzteschaft, Klinikseelsorge, Hebammen
- Die einzelne Profession erkennt und benennt ihre Grenze.
- Der IQZ bietet in Zukunft den Rahmen zur gegenseitigen inhaltlichen Weiterbildung.

#### **Die pränatalmedizinisch oder humangenetisch tätigen Ärztinnen und Ärzte berücksichtigen:**

- Pränataldiagnostiker/-in und Humangenetiker/-in ist bereit, sich über die Arbeitsweise der psychosozialen Beraterinnen zu informieren.
- Aktive Motivation zur Beratung (in der Klinik, in der humangenetischen Beratungsstelle): Essenziell dafür ist die innere Überzeugung des behandelnden Arztes/der Ärztin, dass eine psychosoziale Beratung in der sich darstellenden Situation unerlässlich ist für ein zufriedenstellendes Case-Management.  
Zum Beispiel: differenzierte Aussage zur psychosozialen Beratung machen  
Zum Beispiel: Wir kooperieren mit ...
- Der Pränataldiagnostiker oder die Pränataldiagnostikerin konsultiert eine andere Fachärztin oder einen anderen Facharzt, um eine einigermaßen sichere Aussage über die Diagnose zu geben.
- Einbeziehung von Hebammen vor und nach der Geburt (z. B. Geburtsvorbereitung zu Hause bei Risikoschwangerschaften ...)



### **FRAGESTELLUNG DER FALLVORSTELLENDE**

Anhand des im IQZ behandelten Falls stellen die Moderierenden im Begleitseminar die Frage: Sind die dargestellten Lösungen wirklich Handlungsleitlinien?



### **FALLDISKUSSION**

Mit Unterstützung der wissenschaftlichen Begleitung wurde diskutiert und evaluiert, welche der oben genannten Aspekte Handlungsleitlinien im Sinne des Qualitätszirkelkonzepts sind und wie diese von Qualitätskriterien abgegrenzt werden können. Dies ergab folgende Ergebnisse: Die unter dem ersten Aspekt „Die psychosoziale Beratung thematisiert“ aufgeführten Punkte sind eher als Qualitätskriterien für ein zukünftiges Handeln einzustufen. Daher versuchen die Moderierenden, im Begleitseminar zu den aufgeführten Kriterien möglichst konkrete Handlungsleitlinien zu formulieren. Dem Thema „Schwangerschaftsabbruch“ entspräche eine folgendermaßen formulierte Handlungsleitlinie: „Pro und Kontra eines Schwangerschaftsabbruchs werden diskutiert“; das Schlagwort „Zeit nach dem Schwangerschaftsabbruch“ ließe sich als Handlungsleitlinie „Die Zeit nach dem Schwangerschaftsabbruch soll in den Blick genommen werden“ formulieren; die Thematik „Interessen der Frau und des Mannes“ als „Die Interessen aller Beteiligten sollen in den Blick genommen werden“.

Die Diskussion ergibt, dass die unter „Die Kompetenz der psychosozialen Beraterin beinhaltet“ aufgelisteten Aspekte in erster Linie die Erwartungen der Ärzteschaft an die Beraterinnen oder auch die eigenen Ansprüche der Beraterinnen darstellen, aber keine Handlungsleitlinien sind. Ebenso wird in dem Punkt „Die einzelne Profession erkennt und benennt ihre Grenze“ unter der Überschrift „Organisation der Verweisung an Beraterinnen am Standort“ eher ein Qualitätskriterium als eine Handlungsleitlinie gesehen, während „Der IQZ bietet in Zukunft den Rahmen zur gegenseitigen inhaltlichen Weiterbildung“ als eine Präambel und ebenso nicht als eine Handlungsleitlinie bewertet wird.

Herausgearbeitet wird weiterhin, dass die Handlungsleitlinien möglichst präzise formuliert werden sollen. Dies wird am Beispiel der folgenden Empfehlung verdeutlicht: „Der Pränataldiagnostiker oder die Pränataldiagnostikerin konsultiert eine andere Fachärztin oder einen anderen Facharzt, um eine einigermaßen sichere Aussage über die Diagnose geben zu können.“ Im Sinne einer konkreten Handlungsleitlinie sollte die Empfehlung genaue Angaben beinhalten, wann und wie etwas geschehen soll und wie diese Handlungsleitlinie für die Beteiligten praktisch umsetzbar ist. Am Ende der Diskussion werden Lösungsvorschläge für die Formulierung von Handlungsleitlinien gemeinsam erarbeitet.



## LÖSUNGSVORSCHLÄGE

- Einfache Formulierung
- Pro Handlungsleitlinie nur ein Inhalt
- Möglichst konkrete Begriffsdefinition
- Konsens und Dissens festhalten
- Handlungsleitlinien immer wieder neu überprüfen
- Handlungsleitlinien visualisieren
- Handlungsleitlinien der Gruppe rückkoppeln, bestätigen lassen

Als Qualitätskriterien für Handlungsleitlinien gelten:

- Die Handlungsleitlinie sollte verständlich sein.
- Die Handlungsleitlinie sollte umsetzbar sein.
- Die Handlungsleitlinie sollte überprüfbar sein.

## BEDEUTUNG FÜR DIE MODERATIONSPRAXIS

Die Fallvorstellung erfolgt hier auf Grundlage einer im IQZ selbst erstellten Dokumentation: der gemeinsam erarbeiteten Handlungsleitlinien. So kann die Fragestellung des Moderationsteams „Sind die im IQZ entwickelten Lösungsvorschläge wirklich Handlungsleitlinien?“ konkret bearbeitet und beantwortet werden. Damit können einerseits gemeinsam Elemente der Qualitätszirkelarbeit, die Definition von Handlungsleitlinien und die Unterscheidung zu Qualitätskriterien, vertiefend geklärt werden. Andererseits wird das Konzept des Qualitätszirkels wiederum an eigenen Fällen aus der Moderationspraxis praktisch umgesetzt.

Darüber hinaus werden an der Fallvorstellung mehrere Schwierigkeiten deutlich. Neben der Frage „Was ist überhaupt eine Handlungsleitlinie?“ ist in einem interprofessionellen Qualitätszirkel dringend zu klären, für wen die Handlungsleitlinien gelten sollen. Dementsprechend enthält die Leitlinie Passagen, die sich an die psychosoziale Beratung richten, Empfehlungen für ärztlich Tätige sowie Hinweise zur regionalen Zusammenarbeit.

Die Diskussion verdeutlicht weiterhin Chancen und Grenzen fallbezogen erstellter Handlungsleitlinien. Nur durch fallbezogene Lösungsvorschläge können die betroffenen Beteiligten konkrete Empfehlungen für ihr Handeln erhalten, die den Kontextbedingungen Rechnung tragen. Die am Fall entwickelten Leitlinien sollten im Zirkel immer wieder überprüft, ggf. korrigiert und weiterentwickelt werden. Je allgemeiner eine Handlungsleitlinie im IQZ formuliert wird, desto unspezifischer, weniger handlungsbezogen und weniger umsetzbar ist diese für die Beteiligten. Im Umkehrschluss wird deutlich, dass die im IQZ erstellten internen Handlungsleitlinien den Teilnehmenden im Hinblick auf die je spezifischen Voraussetzungen vor Ort Empfehlungen für ihr eigenes zukünftiges Handeln geben können, aber zugleich stets von begrenzter Reichweite sind.

## FAZIT

Insgesamt nimmt der Lehrgang im Rahmen des Modellprojekts eine wichtige Funktion als Austauschforum für die Moderierenden ein. Die zentrale Aufgabe – die Vermittlung des Qualitätszirkelkonzepts – wird unter anderem anhand eigener Fälle der Moderierenden praxisnah umgesetzt und von den Moderierenden für ihre Arbeit im IQZ als überaus hilfreiche und positive Unterstützung erlebt.

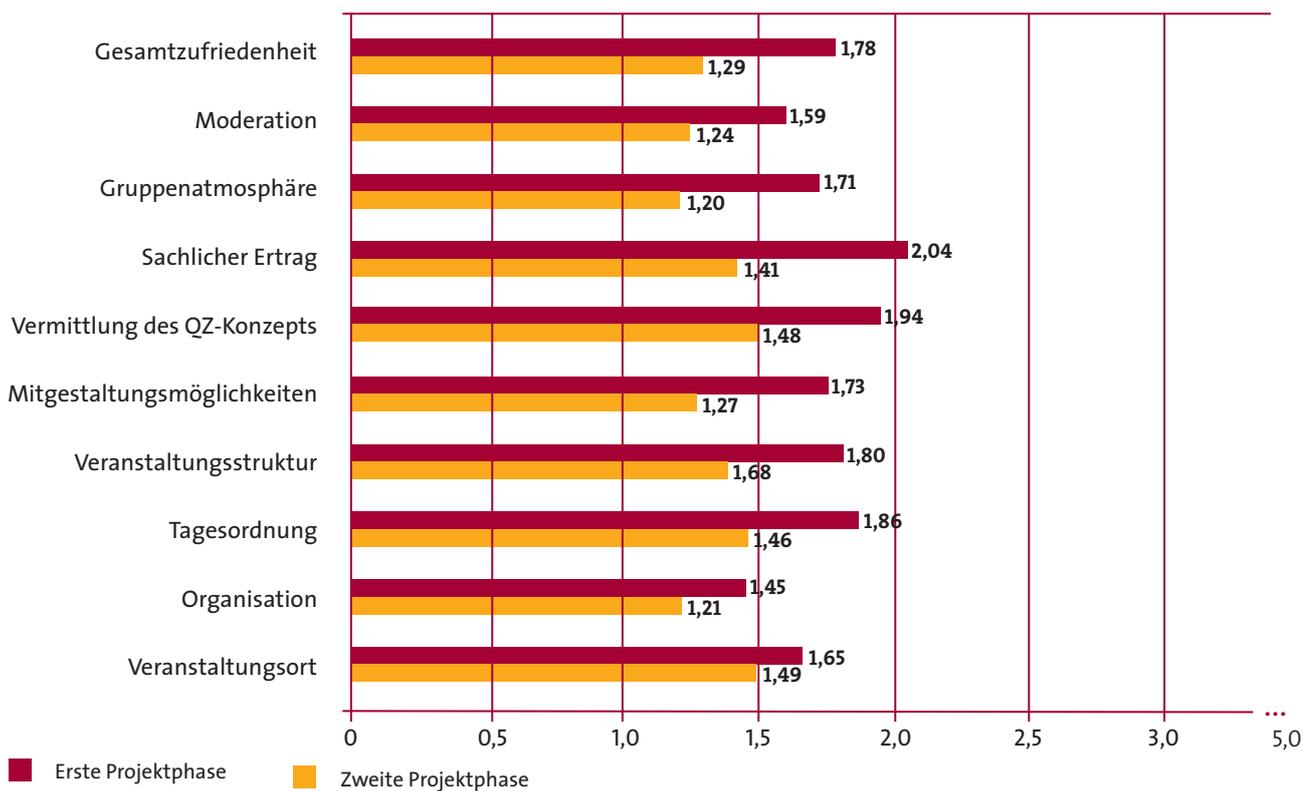


## BEWERTUNG DER BEGLEITSEMINARE

In den Seminaren sollte gezielt der zirkel- und phasenspezifische Unterstützungsbedarf eruiert und entsprechende Hilfestellungen sollten entwickelt werden. Der Aufbau der Begleitseminare zielte auf die systematische Vermittlung des IQZ-Konzepts ab und sollte in Absprache mit den Moderierenden problemorientiert konkretisiert werden. Dass diese Zielsetzung mit der Seminardurchführung erreicht werden konnte, zeigen die Ergebnisse der Befragung der Moderierenden. Sie fühlten sich offensichtlich gut unterstützt und begleitet.

Die Begleitseminare werden von den Moderierenden durchgängig positiv bewertet, wobei die Bewertungen in der zweiten Projektphase noch besser ausfallen. Ein Grund dafür könnte darin liegen, dass im zweiten Lehrgang Erfahrungen und Anregungen aus der ersten Phase berücksichtigt wurden und von Beginn an die Vermittlung des Qualitätszirkelkonzepts noch spezifischer an die Bedürfnisse der Moderierenden angepasst wurde.

ABBILDUNG 3-22 **BEWERTUNGEN DES MODERATORENLEHRGANGS** (Mittelwerte)



1 = sehr zufrieden, 2 = eher zufrieden, 3 = zufrieden, 4 = unzufrieden, 5 = sehr unzufrieden

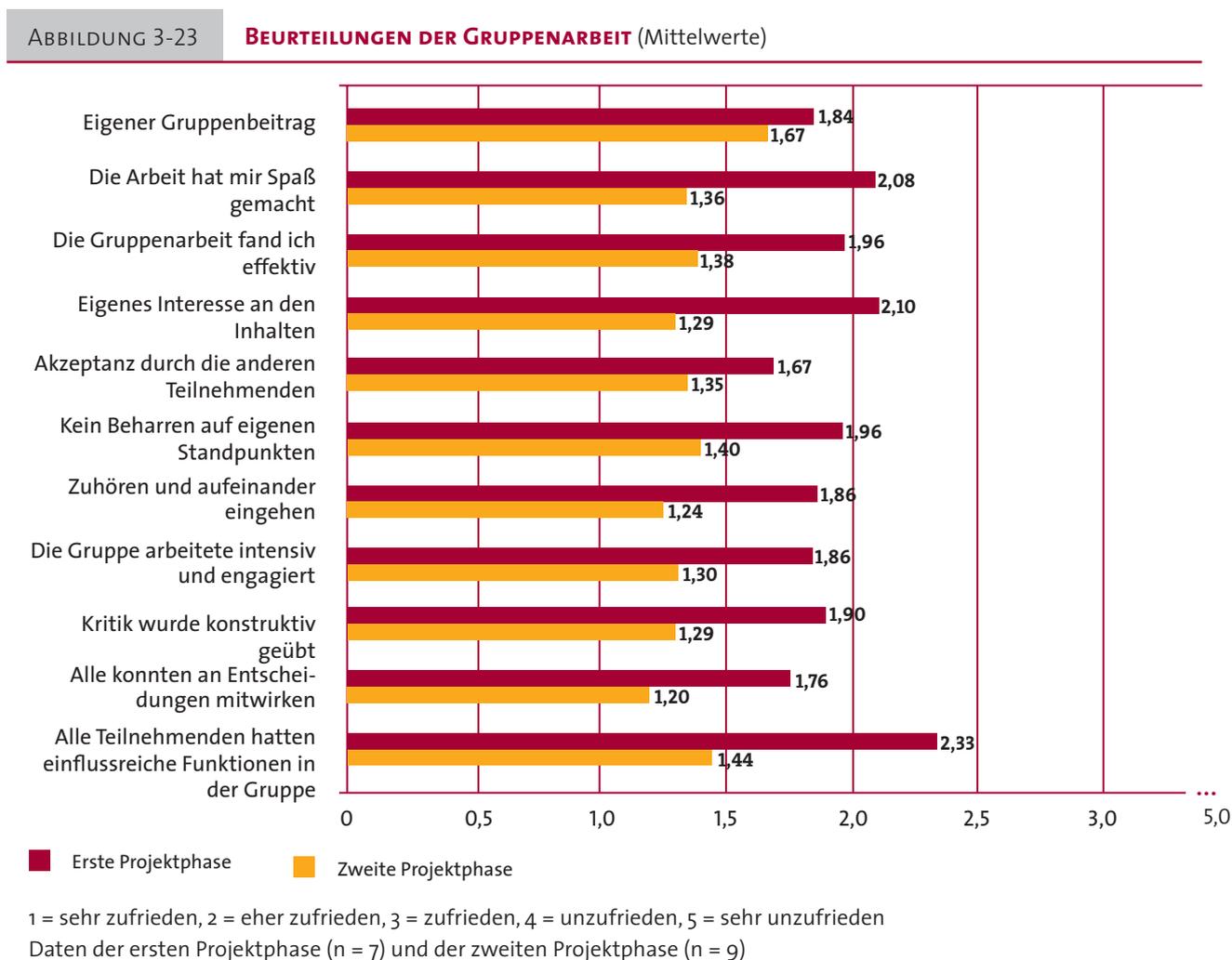
Daten der ersten Projektphase (n = 7) und der zweiten Projektphase (n = 9)

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

So wurde z. B. bereits beim Einführungsseminar des zweiten Lehrgangs fallbezogen gearbeitet – zum einen auf Basis von dokumentierten Fallvorstellungen aus der ersten Projektphase, die durch die Begleitforschung zur Diskussion gestellt wurden, und zum anderen auf der Grundlage von aufbereiteten Fällen, die die angehenden Moderationskräfte aus ihrer eigenen Beratungspraxis mitbrachten. Ebenso hat vermutlich der inhaltliche Input der Heidelberger Begleitforschung zu einer insgesamt positiveren Einschätzung des zweiten Lehrgangs beigetragen.

Insgesamt lassen die positiven Bewertungen der Moderierenden in beiden Lehrgängen auf eine außerordentlich konstruktive Gruppenarbeit schließen. Sie bestätigen zugleich die Organisation und Struktur der Schulung und damit insgesamt das Lehrgangskonzept.

Fasst man die Bewertungen aller Seminarveranstaltungen aus beiden Projektphasen zusammen, so ergibt sich folgendes Bild:



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## BEWERTUNGEN DER OFFENEN FRAGEN

### Haben Sie beim Begleitseminar praktische Anregungen/Anleitungen erhalten?

Aus den Antworten der Moderierenden wird deutlich, dass sie positive Anregungen für ihre Moderationstätigkeit erhalten haben. Sie geben an, dass ihnen die eigene Rolle als Moderierende klarer wurde und dass sie in der Lage waren, diese Rolle aktiver auszufüllen. Eine wichtige Erkenntnis für die Moderierenden war es, sich bei der Doppelmoderation bewusst als Team zu verhalten und von der Teamarbeit profitieren zu können. Auch für den Umgang mit den IQZ-Gruppen bot der Erfahrungsaustausch auf den Begleitseminaren wertvolle Anregungen. Vor allem aber konnten die Moderierenden auf der methodisch-inhaltlichen Ebene ihre Kompetenzen erweitern.

Dadurch, dass ihnen das Qualitätszirkelkonzept verständlicher wurde, erhielten die Moderierenden Anregungen für das konkrete Vorgehen. Dabei wurden folgende Punkte genannt:

- Relevanz konkreter Falldarstellung mit konkreten Fragestellungen
- Protokollierung offener Fragen der jeweiligen Sitzung
- Nachbesprechung der behandelten Fälle mit engem Bezug auf den Qualitätszirkelkreislauf
- Diskussion von Kooperationsmöglichkeiten im IQZ
- Anregungen von Hospitationen
- Qualitätskriterien und Handlungsleitlinien erarbeiten, aber ggf. auch weiterentwickeln/modifizieren

Insbesondere wird die Arbeit mit konkreten Beispielen aus der IQZ-Arbeit positiv hervorgehoben. Indem die Moderierenden Fälle aus ihrer eigenen Moderationspraxis im IQZ zur Diskussion stellen konnten, konnten sie die Bedeutsamkeit von Fallarbeit immer wieder selbst erfahren, gewannen zunehmend an Sicherheit in der Konzeptumsetzung und konnten für ihre eigene Moderationspraxis unmittelbar profitieren.

Insgesamt fühlen sich die Moderierenden durch die praktischen Übungen und den Erfahrungsaustausch in der Moderationsgruppe dazu ermutigt, „das Besprochene in die Tat umzusetzen“. Zugleich bieten die Begleitseminare die Möglichkeit, „die eigene Arbeit mit gewissem Abstand betrachten zu können“. So werden die Begleitseminare als eine „gute Vorbereitung für die nächsten Qualitätszirkelsitzungen“ bewertet.

Zum Ende der jeweiligen Projektphasen konzentrieren sich die Aussagen auf die mögliche Fortsetzung der IQZ-Arbeit, so bemerken einige der Moderierenden, „Ideen für die Weiterarbeit nach Modellprojekt vor Ort“ erhalten zu haben. Schlagworte sind hier: „Öffentlichkeits-/Lobbyarbeit, Anerkennung vom Sozialministerium und von der kassenärztlichen Vereinigung“.

### **Haben Sie das Gefühl, die erhaltenen Anregungen/Anleitungen später umsetzen zu können?**

Die Mehrheit der Moderierenden geht davon aus, die zahlreichen Anregungen in weiten Teilen auch in die Praxis umsetzen zu können. Die Anregungen werden als ausbaufähig und realitätsbezogen bewertet. Einige Moderierende geben in diesem Zusammenhang an, dass es im Umgang mit der Gruppe z. B. bereits telefonische Kontakte und auch Nachbesprechungen mit einigen Teilnehmenden gibt. Das Interesse der Moderierenden an einer Fortführung der IQZ-Arbeit zeigt sich in Überlegungen, welche konkreten Schritte zu einer Etablierung der IQZ führen könnten: „mit Qualitätszirkel überlegen, wie es nach Modellprojekt weitergeht, in der Gruppe ansprechen, unsere Ressourcen vor Ort anschauen“.

### **Was konnte beim Begleitseminar nicht geklärt werden?**

Offen bleiben unter anderem gruppendynamische Probleme, wie z. B. die „Eingrenzung von zu ausgedehnten Diskussionsbeiträgen“ oder die Frage, wie das Misstrauen einzelner IQZ-Mitglieder am besten überwunden werden kann. Als einer der Hauptgründe für die Kommunikationsprobleme innerhalb der IQZ wurde angegeben, dass „die wechselnden Unklarheiten zwischen den Berufsgruppen angerissen wurden, aber nicht erschöpfend geklärt“ werden konnten. Diese gruppeninternen Schwierigkeiten spiegeln offensichtlich die realen Kommunikationsschwierigkeiten der beteiligten Berufsgruppen wider. So ist es ein nachhaltiger Wunsch einiger Moderierender, insbesondere die Kommunikation mit niedergelassenen Gynäkologen und Gynäkologinnen zu verbessern. Im Hinblick auf die Zukunft der IQZ bezogen sich die Fragen vor allem darauf, inwieweit mit Unterstützung von politischer Seite zu rechnen sei, ob eine Fortführung der IQZ finanzierbar und zeitlich für die Beteiligten realisierbar sei.

### **Anmerkungen und Anregungen**

Unter diesem Punkt werden sehr unterschiedliche Aspekte angesprochen, die von der Kritik an den Tagungsräumen bis hin zur Motivation einzelner Teilnehmender reichen. Zugleich wurden konstruktive Vorschläge zur Verbesserung des Lehrgangs geäußert wie z. B.: „Im nächsten Zirkelcurriculum würde ich früher das Erarbeiten von Handlungsleitlinien erläutern und anregen, dass daran ständig gearbeitet wird.“ In Hinblick auf die Fortführung und Zukunft der Qualitätszirkel wird angeregt, „ein Fortbildungsangebot für interprofessionelle Moderatorinnen von QZ (zu) installieren für neue Kollegen und schon ausgebildete“ und die IQZ-Arbeit „in die Fläche“ zu tragen.

Die Antworten der Moderierenden veranschaulichen, wie wichtig und notwendig die Begleitseminare als Forum des Austausches und als Unterstützung bei der Konzeptumsetzung sind. Zugleich bestätigen die überwiegend positiven Rückmeldungen das Lehrgangskonzept: „Wir sind froh, in dieses intensive Modell der Supervision und Rückmeldung eingebunden zu sein.“

### **Welchen (weiteren) Unterstützungsbedarf sehen Sie für sich persönlich als Moderatorin bzw. Moderator?**

Die Moderierenden wünschen sich über die Modellprojektphase hinaus weitere Möglichkeiten zum Austausch und Begleitung wie z. B. „Supervision bei Gruppenkonflikten, Umgang mit ‚schwierigen‘ Teilnehmenden“; „Unterstützung in der Vor- und Nachbereitung der Zirkel“; „Lernen: Langredner zu stoppen, Zeit besser einzuteilen“. Ebenso wird mehrfach das Bedürfnis nach Unterstützung bei Methodik bzw. praktischer Umsetzung des Konzepts genannt, z. B. „Begleitseminare/Moderationsschulung weiterhin hilfreich – mit der Methode vertrauter werden, modellhaftes Arbeiten an Fällen“, „Supervision“ in Bezug auf die „Rolle des/der Moderierenden“; „konkreter werden bei Zielen und Handlungsleitlinien“.

### **Wie könnte es Ihrer Meinung nach mit den Qualitätszirkeln in der Pränataldiagnostik weitergehen? Wie sehen Sie Ihre persönlichen Perspektiven?**

Die Moderierenden sehen die Zukunft der IQZ überwiegend positiv, wie die folgenden Äußerungen belegen:

- „Bei Interesse der Teilnehmenden weiterführen und interprofessionelle Zusammenarbeit vertiefen und stärken“
- „Unser Qualitätszirkel wird weiterlaufen. Wir haben auch schon zu anderen, nicht beteiligten Schwangerenberatungsstellen in Form einer Fortbildung Kontakt aufgenommen, persönliche Perspektive: Kreis erweitern.“
- „Wir führen den IQZ weiter mit fast unveränderter Besetzung und hoffentlich zusätzlichen niedergelassenen Frauenärzten; Weiterarbeit als Moderatorin hoffentlich mit noch mehr Routine und Mut, Beiträge einzugrenzen und zu präzisieren.“

Zugleich existieren aber auch eher skeptische Einschätzungen wie z. B.:

- „Weitermachen, aber nicht zu viel erwarten“
- „Neuanfang mit niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten aus X für mich nicht vorstellbar; leider auch Konkurrenz der Feindiagnostiker/-diagnostikerinnen in X und Umgebung, deshalb nur in der jetzigen bekannten Teilnehmerzusammensetzung“
- „Zurzeit sehe ich keine Perspektiven“

## FAZIT

Insgesamt wird deutlich, dass der Fokus aller Beteiligten auf der inhaltlichen Ebene liegt, nämlich einer Verbesserung der Kommunikation und Beratung in der Pränataldiagnostik. Ein Großteil der Moderierenden hält IQZ für eine geeignete Methode, dieses Ziel zu erreichen. Das erfordert ein hohes persönliches Engagement der Beteiligten.

Die im Lauf der Seminare bearbeiteten Themen haben sich von allgemeinen gruppendynamischen Fragen, wie sie auch in anderen Arbeitsgruppen auftauchen können, über Fragen des Arbeitsstils zu Fragen der Thematik und der Zukunftsperspektive der Zirkel hin verschoben. Damit sind zunehmend spezifischere Fragen der IQZ-Arbeit aufgeworfen und behandelt worden. Die Notwendigkeit eines begleitenden Lehrgangs zur IQZ-Moderation wird in dem von den Moderierenden geäußerten Unterstützungsbedarf eindeutig unterstrichen.

# Evaluation – ausgewählte Ergebnisse

## ECKDATEN ZU DEN ERHEBUNGEN

167

Ziele der Begleitforschung	167
Ablauf der Anwerbungsphase	167
Motivation zur Teilnahme bei der Ärzteschaft	167
Motivation zur Teilnahme bei den Beraterinnen	168
Beteiligte Beratungsstellen	168
Beruflicher Hintergrund der Teilnehmenden	168

## DIE BETEILIGTEN BERUFSGRUPPEN

173

Zusammensetzung der Qualitätszirkel nach Standort	173
Alter und Geschlecht	174
Beschäftigungsumfang, Berufserfahrung und Zusatzqualifikationen	175
Unterschiede bei beruflichen Merkmalen	175
Zusätzlich erworbene Qualifikationen	176

## PRÄ- UND POSTBEFRAGUNG – ERGEBNISEVALUATION

177

Strukturelle und inhaltliche Merkmale der Beratung	177
Art und Umfang der Beratung	177
Gesprächsdauer	179
Inhaltliche Schwerpunkte in der Beratung	180
Zusammenarbeit mit anderen Professionen	186
Bedeutung der Zusammenarbeit	187
Einstellungs- und Beziehungsmerkmale	188
Beziehungsstil	189
Einstellung zur PND	190
Einstellung zur fachübergreifenden Kooperation	191
Berufliche Stereotypen	192
Fremdbild und Selbstbild der Beraterinnen	193
Fremdbild und Selbstbild der Ärzteschaft	194
Zusammenfassung	195
Strukturelle Merkmale der Beratung	195
Inhaltliche Schwerpunkte in der Beratung	195
Einstellungs- und Beziehungsmerkmale	196
Berufsstereotype Wahrnehmungen	197



## PRÄ- UND POSTBEFRAGUNG – BEWERTUNG DER QUALITÄTSZIRKELARBEIT

199

Bisherige Erfahrungen mit Qualitätssicherung	199
Motivation zur Teilnahme am IQZ	201
Rückschau: Erfahrungen aus der Qualitätszirkelarbeit	203
Konkrete Erwartungen an die IQZ-Arbeit	206
Rückschau: Effekte der Qualitätszirkelarbeit	208
Erwartungen an die Moderation	211
Rückschau: Anforderungen an die Moderation	213
Rückschau: Vor- und Nachteile von IQZ-Arbeit	216
Bedeutung der Fallarbeit im IQZ	218
Rückschau: Bewertung der Fallarbeit	219
Rückschau: Unterscheidung zu anderen Gruppenarbeitsformen	221
Rückschau: Qualitätszirkel – ein geeignetes Instrument zur Qualitätssicherung?	221
Ausblick: Fortführung der IQZ-Arbeit?	223
Ausblick: Interesse an Ausbildung als Qualitätszirkelmoderatorin bzw. -moderator	226
Rückschau: Stärken und Schwächen des Qualitätszirkelkonzepts	227
Erwartungs- vs. Bewertungsprofile der Zirkel	228

## PROZESSEVALUATION DER IQZ-DURCHFÜHRUNG

231

Auswertung der geschlossenen Fragen	231
Auswertung der offenen Fragen	232
Positive Erfahrungen bei den einzelnen Treffen	233
Verbesserungswünsche nach den einzelnen Sitzungen	236
Praktische Anregungen	238
Umsetzbarkeit der Anregungen	240
Bisherige Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen	242
Keine Möglichkeit, Verbesserungsvorschläge umzusetzen	244

## ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE ZUR UMSETZUNG DES QUALITÄTSZIRKELKONZEPTS

247



## ECKDATEN ZU DEN ERHEBUNGEN

Die wissenschaftliche Begleitung verfolgte mehrere Ziele (vgl. Teil 2, Das Modellprojekt). Das übergeordnete Ziel des Projekts bestand darin, die an der Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik (PND) beteiligten Berufsgruppen aus Medizin und psychosozialer Beratung zu einer verstärkten Zusammenarbeit anzuregen. Dazu wurden interprofessionelle Qualitätszirkel (IQZ) initiiert und zum einen die Inhalte und Effekte der IQZ-Arbeit und zum anderen der Prozess und die Umsetzung des Qualitätszirkelkonzepts evaluiert.

## ZIELE DER BEGLEITFORSCHUNG

- Die Untersuchung der Ausgangssituation: Dabei wurden der demografische Hintergrund der IQZ-Mitglieder, Rahmendaten zur Beratungspraxis, ihre Einstellungen zum Thema PND, ihre berufsbezogenen Selbst- und Fremdbilder, Erwartungen an die Zirkelarbeit sowie ihre Vorerfahrungen mit Qualitätsmanagement erhoben.
- Die inhaltliche Zusammenfassung und Analyse der IQZ-Arbeit: Dafür wurden zu allen Sitzungen Protokolle von den Moderierenden angefertigt, Tonaufzeichnungen aller Sitzungen erstellt und transkribiert sowie teilnehmende Beobachtungen durch die wissenschaftliche Begleitung durchgeführt.
- Untersuchung von Veränderungen durch die IQZ-Arbeit: Am Ende der Modellphase wurden bis auf wenige Einzelfragen die gleichen Merkmale wie zu Beginn erfasst. Über Prä-post-Vergleiche wurden die Effekte der Gruppenarbeit beurteilt.
- Evaluation der IQZ-Durchführung und Konzeptumsetzung (Prozessevaluation): Hierfür wurden die Arbeitsweise der Qualitätszirkel selbst und die Zufriedenheit von Teilnehmenden und Moderierenden untersucht. Damit sollte die Arbeitsweise der IQZ gefördert und ein Beitrag zur Weiterentwicklung des Konzepts im Kontext von Pränataldiagnostik geleistet werden. Ebenfalls untersucht wurde, wie das Konzept akzeptiert wird und welche Wirkungen die Teilnehmenden der IQZ-Arbeit selbst zuschreiben.

## ABLAUF DER ANWERBUNGSPHASE

In der Vorlaufphase waren erste Hürden zu überwinden. So wurde an allen sechs Standorten der mit der Projektteilnahme verbundene zeitliche Aufwand als problematisch betrachtet.

Insbesondere die Ärztinnen und Ärzte äußerten Bedenken im Hinblick auf Frequenz und Kontinuität der Teilnahme am IQZ, da sie zeitlich sehr belastet seien. Dementsprechend gestaltete es sich an allen Standorten schwierig, die Ärzteschaft (vor allen die niedergelassene) zur Teilnahme und zur Moderation der IQZ zu gewinnen.

### MOTIVATION ZUR TEILNAHME BEI DER ÄRZTESCHAFT

An allen Standorten war der überwiegende Grund für die Teilnahme inhaltlicher Art. Alle Ärztinnen und Ärzte, die zur Moderation oder Teilnahme am Modellprojekt gewonnen werden konnten, äußerten ein sehr großes Interesse an einem interprofessionellen Austausch und an einer Verbesserung der Beratung im Bereich PND.

Die Möglichkeit, durch die Ausbildung umfangreiche Fortbildungspunkte zu erwerben, und die finanzielle Aufwandsentschädigung schienen demgegenüber nur wenig Anreiz zu bieten.

### MOTIVATION ZUR TEILNAHME BEI DEN BERATERINNEN

Auch die Gewinnung von Beraterinnen war mit Schwierigkeiten verbunden. Sie klagten ebenfalls über den zusätzlichen Zeitaufwand, den sie aber in der Regel durch Freistellung von ihrer Einrichtung/Institution kompensieren konnten. Mit der Teilnahme am Modellprojekt verbanden die Beraterinnen vor allem die Hoffnung, dass durch die IQZ-Arbeit langfristig eine engere und bessere Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und darüber hinaus ein vermehrter Einbezug der Beratungsstellen in der Beratung zu PND erreicht werden können.

## BETEILIGTE BERATUNGSSTELLEN

Die beteiligten Schwangerschaftsberatungsstellen, die mit einer oder mehreren Beraterinnen in den IQZ vertreten waren, spiegeln das Bild der deutschen Beratungslandschaft wider. Von den konfessionell geprägten Verbänden wie

- DIAKONISCHES WERK,
- donum vitae,
- SOZIALDIENST KATHOLISCHER FRAUEN,
- CARITAS

über nichtkonfessionelle Träger wie

- pro familia,
- DEUTSCHES ROTES KREUZ,
- INTERNATIONALES FRAUENZENTRUM

bis zu

- Beratungseinrichtungen kommunaler und universitärer Trägerschaft

waren fast alle in der psychosozialen Beratung tätigen Institutionen vertreten. Von ärztlicher Seite nahmen Angehörige von mehreren humangenetischen Instituten, diversen Kliniken/Krankenhäusern und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (vor allem aus dem Fachbereich Gynäkologie) teil.

## BERUFLICHER HINTERGRUND DER TEILNEHMENDEN

Die Beschreibung der Teilnehmenden (persönliche und berufliche Merkmale) erfolgt anhand der Daten, die vor der eigentlichen IQZ-Arbeit mittels Fragebogen erhoben wurden (Eingangsbefragung). Dabei ist zu berücksichtigen, dass trotz der Empfehlung, den IQZ nach der dritten Sitzung für Neuzugänge zu schließen, an fast allen Standorten noch Teilnehmende hinzugekommen sind, die nicht an der Eingangsbefragung teilgenommen haben, und dass Teilnehmende im Projektverlauf wegblieben, die für die Eingangsbefragung berücksichtigt worden waren.

Gemessen an der Anzahl der eingegangenen Fragebogen zu Beginn der IQZ nahmen anfänglich insgesamt 90 Personen an dem Modellprojekt teil (15 in Freiburg, 14 in Heidelberg, elf in Mannheim, 18 in Augsburg, 16 in Erfurt und 16 in Schwerin).

48,9 % der Teilnehmenden haben eine ärztliche Ausbildung, 40 % eine sozialpädagogische oder pädagogische Ausbildung, je 2,2 % sind Hebammen bzw. Theologinnen und eine (1,1 %) ist Psychologin; 5,6 % gehören einer anderen Berufsgruppe an. Die meisten Ärztinnen bzw. Ärzte haben eine Facharztausbildung für Gynäkologie und Geburtshilfe. Abbildung 4-1 gibt eine Übersicht über die Berufsausbildung der Teilnehmenden (insgesamt und differenziert nach den sechs Standorten). 86 der 90 Teilnehmenden gaben an, in welcher Art Einrichtung oder ob sie freiberuflich tätig sind (vgl. Abbildung 4-2).

ABBILDUNG 4-1 BERUFSAUSBILDUNG DER TEILNEHMENDEN

Ausbildung	Gesamt	ERSTE Projektphase			ZWEITE Projektphase		
		Freiburg	Heidelberg	Mannheim	Augsburg	Erfurt	Schwerin
Dipl.-Sozialpädagoge/-in oder -Sozialarbeiter/-in	30	6	5	3	6	3	7
Dipl.-Pädagoge/-in	6	1	1		1	2	1
Facharzt/-ärztin für Gynäkologie	31	6	5	4	5	5	6
Facharzt/-ärztin für Humangenetik	6	1	2	2		1	
Facharzt/-ärztin für Kinderheilkunde	6				4	2	
Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin	1	1					
Dipl.-Psychologe/-in	1						1
Theologe/-in	2				2		
Hebamme	2					2	
Andere	5		1	2		1	1
<b>Gesamt</b>	<b>90*</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>16</b>

\* Anzahl der Auskunft gebenden Personen, die an der Eingangsbefragung teilnahmen

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

ABBILDUNG 4-2 TÄTIGKEIT/EINRICHTUNG NACH BERUFAUSBILDUNG

Ausbildung	Gesamt	Klinik/ Krankenhaus	Freie Praxis	Institut/Forschungs- einrichtung	Beratungs- stelle	Sonstige
Dipl.-Sozialpädagoge/-in oder Sozialarbeiter/-in	26	1			24	1
Dipl.-Pädagoge/-in	6	2			4	
Facharzt/-ärztin für Gynäkologie	31	10	19		1	1
Facharzt/-ärztin für Humangenetik	6	1	4	1		
Facharzt/-ärztin für Kinderheilkunde	6	5	1			
Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin	1				1	
Dipl.-Psychologe/-in	1				1	
Theologe/-in	2	2				
Hebamme	2				1	1
Andere	5	1			3	1
<b>Gesamt</b>	<b>86</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>1</b>	<b>35</b>	<b>4</b>

\* Anzahl der Auskunft gebenden Personen, die an der Eingangsbefragung teilnahmen

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

Die niedergelassenen Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen waren schwerer zu erreichen als ihre Kolleginnen und Kollegen mit Festanstellung in einer Klinik. „Niedergelassene“ waren aus ungeklärten Gründen überproportional häufig nicht für die IQZ-Arbeit zu gewinnen. Denn gemessen an der Anzahl derer, die ursprünglich zur Informationsveranstaltung eingeladen wurden, ist die Zahl der teilnehmenden niedergelassenen Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen insgesamt relativ niedrig (an den meisten Standorten wurden deutlich mehr Niedergelassene als in Kliniken Tätige eingeladen; je nach Standort im Verhältnis von 3 : 1 bis 5 : 1).

Relativ gesehen sind in Freiburg die meisten niedergelassenen Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen vertreten (fünf der sechs Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen [83 %] waren in eigener Praxis tätig). In Schwerin sind 67 %, in Heidelberg und in Erfurt jeweils 60 %, in Mannheim 50 % und in Augsburg 40 % der an dem jeweiligen IQZ teilnehmenden Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen niedergelassen (vgl. Abbildung 4-3).

ABBILDUNG 4-3

## TÄTIGKEITSEINRICHTUNGEN DER BETEILIGTEN GYNÄKOLOGINNEN BZW. GYNÄKOLOGEN

Gesamt							
Tätig in		Freiburg	Heidelberg	Mannheim	Augsburg	Erfurt	Schwerin
Klinik/Krankenhaus	10 (32 %)	1 (17 %)		2 (50 %)	3 (60 %)	2 (40 %)	2 (33 %)
Praxis	19 (62 %)	5 (83 %)	3 (60 %)	2 (50 %)	2 (40 %)	3 (60 %)	4 (67 %)
Beratungsstelle	1 (3 %)		1 (20 %)				
Sonstige	1 (3 %)		1 (20 %)				
Gesamt	31 (100 %)	6 (100 %)	5 (100 %)	4 (100 %)	5 (100 %)	5 (100 %)	6 (100 %)

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007



## DIE BETEILIGTEN BERUFSGRUPPEN

Zur Untersuchung von berufsspezifischen Unterschieden wurden die Teilnehmenden den beiden Berufsgruppen „Ärztinnen bzw. Ärzte“ und „Beraterinnen“ zugeordnet. Diese Zuordnung erfolgte anhand der Angaben der Befragten, in welchem Bereich (medizinische oder psychosoziale Beratung) sie überwiegend tätig sind.

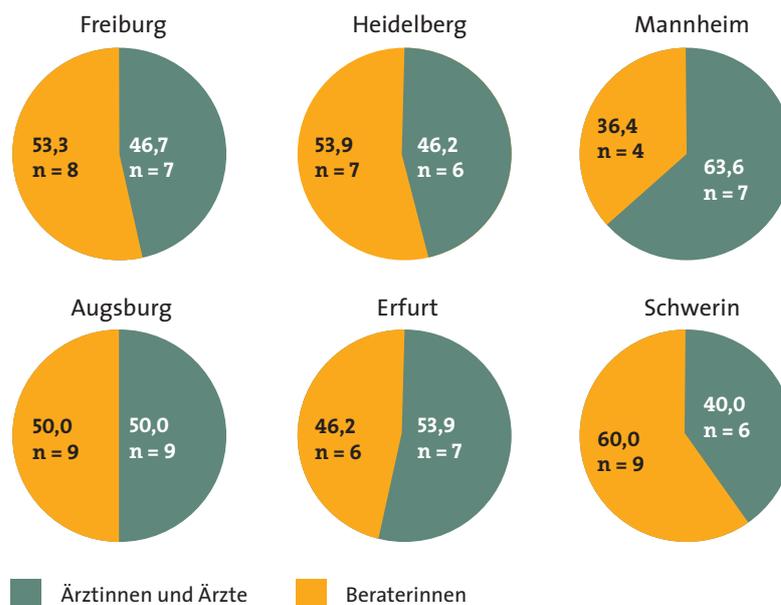
Von den 90 Teilnehmenden zu Beginn des Projekts gaben 85 an, in welchem Bereich sie tätig sind. Demnach sind 42 Personen in der medizinischen Beratung und 43 in der psychosozialen Beratung tätig. Das Verhältnis der Teilnehmenden aus den beiden Berufsgruppen ist also ausgewogen. Die Gruppe der Ärztinnen bzw. Ärzte besteht überwiegend aus Fachärztinnen bzw. -ärzten für Gynäkologie (30), sechs kommen aus der Humangenetik, fünf aus der Pädiatrie, und eine hat ihre ärztliche Ausbildung nicht näher spezifiziert. Die Gruppe der Beraterinnen besteht überwiegend aus Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialpädagoginnen (30); die übrigen haben eine Grundausbildung in Pädagogik (4), Theologie (2) und Psychologie (1); zwei haben eine ärztliche Ausbildung, eine ist Hebamme, drei spezifizierten ihre Grundausbildung nicht näher.

## ZUSAMMENSETZUNG DER QUALITÄTSZIRKEL NACH STANDORT

Betrachtet man die sechs Standorte im Einzelnen, dann zeigt sich, dass das Verhältnis der Teilnehmenden aus der ärztlichen und psychosozialen Berufsgruppe nur an vier von den sechs Standorten ausgewogen ist (vgl. Abbildung 4-4). In Mannheim sind deutlich mehr Ärztinnen bzw. Ärzte als Beraterinnen und in Schwerin mehr Beraterinnen als Ärztinnen bzw. Ärzte im IQZ vertreten.

ABBILDUNG 4-4

PROZENTUALES VERHÄLTNISS DER BEIDEN BERUFSGRUPPEN NACH STANDORTEN



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## ALTER UND GESCHLECHT

Über alle Standorte betrachtet liegt das Alter der Teilnehmenden zwischen 28 und 62 Jahren. Im Durchschnitt sind sie 45,6 Jahre alt; 76,7 % sind weiblich, 23,3 % männlich.

Die beiden Berufsgruppen unterscheiden sich nicht im Alter, aber in ihrer Geschlechtszugehörigkeit. Die Gruppe der Beraterinnen ist im Durchschnitt 45,0 Jahre alt und besteht ausschließlich aus Frauen. Die Gruppe der Ärztinnen bzw. Ärzte ist im Durchschnitt 45,6 Jahre alt und besteht je zur Hälfte aus Männern (47,6 %) und Frauen (52,4 %). Unterscheidet man die sechs Standorte, so ergeben sich folgende Unterschiede (vgl. Abbildung 4-5 und 4-6).

ABBILDUNG 4-5 ALTER UND GESCHLECHTSZUGEHÖRIGKEIT DER TEILNEHMENDEN DER ERSTEN PROJEKTPHASE

ERSTE Projektphase						
Standort	Freiburg		Heidelberg		Mannheim	
Berufsgruppe (nach beruflicher Funktion)	Ärztinnen bzw. Ärzte	Beraterinnen	Ärztinnen bzw. Ärzte	Beraterinnen	Ärztinnen bzw. Ärzte	Beraterinnen
Alter (in Jahren)	51,1 (5,84)	45,0 (4,50)	46,8 (6,43)	43,4 (5,06)	41,0 (12,46)	42,3 (6,95)
Anteil an weiblichen Teilnehmenden	42,9 %	100 %	83,3 %	100 %	42,9 %	100 %

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007; Mittelwert, in Klammern Standardabweichung

ABBILDUNG 4-6 ALTER UND GESCHLECHTSZUGEHÖRIGKEIT DER TEILNEHMENDEN DER ZWEITEN PROJEKTPHASE

ZWEITE Projektphase						
Standort	Augsburg		Erfurt		Schwerin	
Berufsgruppe (nach beruflicher Funktion)	Ärztinnen bzw. Ärzte	Beraterinnen	Ärztinnen bzw. Ärzte	Beraterinnen	Ärztinnen bzw. Ärzte	Beraterinnen
Alter (in Jahren)	46,7 (6,52)	43,1 (5,44)	41,1 (7,24)	49,8 (5,49)	47,0 (8,15)	45,9 (5,62)
Anteil an weiblichen Teilnehmenden	33,3 %	100 %	71,4 %	100 %	50 %	100 %

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007; Mittelwert, in Klammern Standardabweichung

## BESCHÄFTIGUNGSUMFANG, BERUFSERFAHRUNG UND ZUSATZQUALIFIKATIONEN

Als weitere berufliche Merkmale wurden in der Eingangsbefragung unter anderem das Beschäftigungsverhältnis und der Beschäftigungsumfang, die wöchentliche Arbeitszeit, die Berufserfahrung im Ausbildungsberuf, im Bereich der Schwangerenversorgung/-beratung und PND sowie vorhandene Zusatzqualifikationen für Beratung und Psychotherapie sowie im Bereich PND erfasst.

### UNTERSCHIEDE BEI BERUFLICHEN MERKMALEN

Erwartungsgemäß zeigen sich über alle Standorte betrachtet deutliche Unterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen in Arbeitsumfang und Berufserfahrung (vgl. Abbildung 4-7): Fast alle Beraterinnen sind angestellt, während gut die Hälfte der Ärztinnen bzw. Ärzte selbstständig tätig sind. Sowohl der Beschäftigungsumfang als auch die wöchentliche Arbeitsbelastung liegen bei den Ärztinnen bzw. Ärzten deutlich höher als bei den Beraterinnen. Beide Berufsgruppen verfügen über eine vergleichbare Berufserfahrung in ihrem Ausbildungsberuf, die Ärztinnen bzw. Ärzte jedoch über mehr Berufserfahrung im Bereich „medizinische Schwangerenberatung und Pränataldiagnostik“.

ABBILDUNG 4-7

## BERUFLICHE MERKMALE

		Ärztinnen bzw. Ärzte	Beraterinnen
		n = 41	n = 44
Beschäftigungsverhältnis	Angestellt	43,9	97,7
	Selbstständig	53,7	2,3
	Freie Mitarbeit	2,4	-
Beschäftigungsumfang	Teilzeit	9,8	68,2
	Vollzeit	90,2	31,8
Wöchentliche Arbeitsbelastung	< 30 Stunden	7,5	40,9
	30–40 Stunden	22,5	43,2
	40–50 Stunden	20,0	15,9
	> 50 Stunden	50,0	-
Berufserfahrung im Ausbildungsberuf	< 5 Jahre	4,9	2,3
	5–10 Jahre	14,6	14,0
	> 10 Jahre	80,5	83,7
Berufserfahrung in der Schwangerenberatung	< 5 Jahre	15,0	27,3
	5–10 Jahre	7,5	25,0
	> 10 Jahre	77,5	47,7
Berufserfahrung im Bereich der Pränataldiagnostik	< 5 Jahre	17,5	51,2
	5–10 Jahre	22,5	24,4
	> 10 Jahre	60,0	24,4

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007; Daten aus der Eingangsbefragung

### ZUSÄTZLICH ERWORBENE QUALIFIKATIONEN

Die Art der Zusatzqualifikationen wurde über zwei offene Fragen erfasst und ist in Abbildung 4-8 dargestellt. Fast alle beteiligten Beraterinnen gaben eine oder mehrere Zusatzqualifikationen im Bereich Konfliktberatung, psychosoziale Beratung, Gesprächsführung und/oder Psychotherapie an. Einige verfügen über spezielle Weiterbildungen in „psychosozialer Beratung im Kontext pränataler Diagnostik“, die in jüngster Zeit vermehrt von einigen Bildungsträgern angeboten werden. Demgegenüber verfügen Ärztinnen und Ärzte häufig über Zusatzqualifikationen im Bereich pränataldiagnostischer Untersuchungsmethoden, aber nur selten über Zusatzqualifikationen in Gesprächsführung und Beratung. Aus der Ärzteschaft geben lediglich vier Gynäkologen explizit eine Zusatzqualifikation im Bereich der psychosomatischen Grundversorgung an. Demnach verfügen die beiden Berufsgruppen über stark unterschiedlich geprägte Zusatzqualifikationen, die sich aber ideal ergänzen.

ABBILDUNG 4-8 HÄUFIGKEIT AN ZUSATZQUALIFIKATIONEN NACH BERUFSGRUPPE

Zusatzqualifikationen	Ärztinnen bzw. Ärzte	Beraterinnen
	n = 23	n = 23
Fehlbildungsdiagnostik (z. B. Ersttrimester-Screening, Ultraschallfeindiagnostik)	14	-
Psychosomatische Grundversorgung	4	-
Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	2	-
Medizinische Genetik	1	-
Psychotherapie im engeren Sinne	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

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007; Daten der zweiten Projektphase; Mehrfachnennungen möglich

## PRÄ- UND POSTBEFRAGUNG – ERGEBNISEVALUATION

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Eingangsbefragung (Präbefragung) und der Befragung nach Abschluss des Modellprojekts (Postbefragung) vorgestellt. Zu Beginn geht es um Fragen zu ärztlicher und psychosozialer Beratung, um Einstellungen und Haltungen sowie um berufliche Stereotypen und deren Veränderung durch die Arbeit im IQZ. In weiteren Abschnitten werden die Erwartungen der Teilnehmenden im Vorfeld der IQZ-Arbeit dargestellt und ihren Einschätzungen und Bewertungen nach Abschluss des Projekts gegenübergestellt.

Um gültige Aussagen zu Veränderungen treffen zu können, stützen sich die Prä-post-Vergleiche nur auf Personen, die von Beginn bis zum Ende am Modellprojekt und damit sowohl an der Eingangs- als auch an der Abschlussbefragung teilgenommen haben. Dies sind 62 von ursprünglich 90 Teilnehmenden. Davon gehören 24 der ärztlichen Berufsgruppe und 36 der psychosozialen Berufsgruppe an.

Einige Items wurden nur in der Eingangsbefragung erhoben; hier gingen die Daten aller Befragten in die Auswertung ein.

### STRUKTURELLE UND INHALTLICHE MERKMALE DER BERATUNG

Um einen Überblick zu erhalten, inwieweit die Teilnehmenden mit PND-Themen in ihrem Arbeitsalltag konfrontiert sind, wurden sie zu Art und Umfang der Beratung befragt. Die Angaben zur Anzahl der Beratungsfälle<sup>1</sup> pro Jahr (letztes Jahr vor Ausfüllen des Fragebogens) variierten sowohl innerhalb der Berufsgruppe als auch zwischen den Berufsgruppen und je nach Standort stark.

#### ART UND UMFANG DER BERATUNG

Zu Beginn des Modellprojekts behandeln die beteiligten Ärztinnen und Ärzte aller sechs Standorte nach eigenen Angaben 304 Fälle pro Jahr und die psychosoziale Berufsgruppe 236 (jeweils Mittelwerte). Direkt nach Ablauf des Modellprojekts gibt die Ärzteschaft 438, die psychosoziale Berufsgruppe 212 Fälle pro Jahr an. Damit haben die Fälle der Ärzteschaft tendenziell zugenommen, während die der Beraterinnen eher gleich geblieben sind.

Betrachtet man den Beratungsanlass, dann zeigen sich deutliche Unterschiede<sup>2</sup> zwischen den Berufsgruppen, sowohl zu Beginn als auch am Ende des Modellprojekts. Insbesondere zu Beginn berichten die Beraterinnen, dass sie selten Fälle haben, in denen PND konkreter Anlass oder Thema der Beratung ist, die Ärzteschaft gibt hingegen an, relativ häufig solche Fälle zu haben. Diese Tendenz zeigt sich über alle sechs

**1** Bei der Frage um die Anzahl der Fälle handelt es sich um subjektive Angaben, da objektive Daten nicht zugänglich waren. Beiden Berufsgruppen wurde gleichermaßen folgende Frage zur Anzahl der Beratungsfälle gestellt: „Wie viele Klientinnen/Patientinnen haben Sie in etwa innerhalb des letzten Jahres zum Thema Schwangerschaft behandelt bzw. beraten?“ Beratungsfälle wurde im Fragebogen vorab wie folgt definiert: gesamte Beratung auf eine Klientin bezogen. Ein Beratungsfall kann mehrere Beratungsgespräche beinhalten.

**2**  $p < 0,05$ ; MANN-WHITNEY

Standorte hinweg. Am Ende des Modellprojekts verzeichnen beide Berufsgruppen deutlich mehr Fälle, in denen PND konkreter Beratungsanlass oder aber Thema ist, doch wird die Ärzteschaft nach wie vor wesentlich häufiger anlässlich einer Beratung zur PND konsultiert als die psychosoziale Berufsgruppe (vgl. Abbildung 4-9).

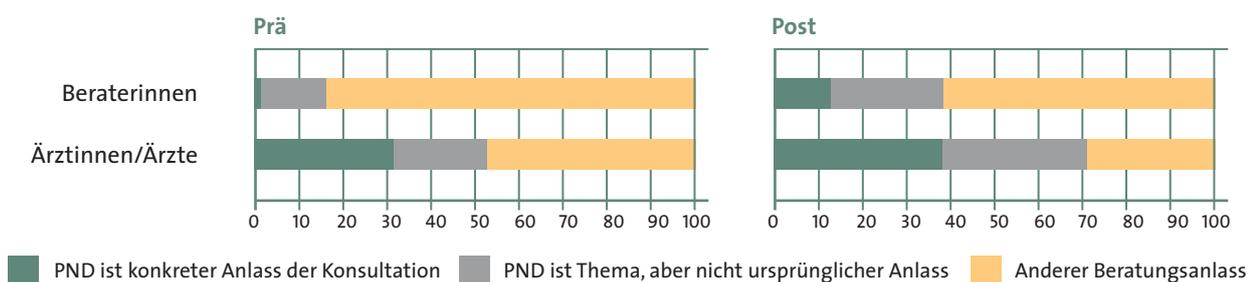
**Zu Beginn** des Modellprojekts geben die Beraterinnen an, dass es sich in etwa 16 % aller Fälle um Beratungsgespräche gehandelt habe, in denen PND entweder ursprünglicher Gesprächsanlass (1 % der Fälle) oder aber Thema (15 % der Fälle) war. 84 % der Fälle seien Beratungsgespräche mit anderem Anlass gewesen. Die Ärztinnen und Ärzte geben demgegenüber an, dass es sich bei mehr als 50 % ihrer Fälle um Beratungsgespräche gehandelt habe, in denen PND entweder ursprünglicher Beratungsanlass (32 % der Fälle) oder aber Thema (21 % der Fälle) war. 47 % der Fälle seien Beratungsgespräche gewesen, in denen andere Themen der Schwangerschaft Konsultationsanlass waren.

**Am Ende** des Modellprojekts geben die Beraterinnen an, dass es sich in 39 % der Fälle um Beratungsgespräche gehandelt habe, in denen PND entweder der konkrete Gesprächsanlass (13 % der Fälle) oder aber Thema (26 % der Fälle) war. Die Fälle mit anderem Beratungsanlass würden jetzt noch 61 % aller Fälle ausmachen. Die Ärztinnen und Ärzte berichten, dass es sich nun in 71 % aller Fälle entweder um Beratungsgespräche gehandelt habe, in denen PND explizit Gesprächsanlass (39 % der Fälle) oder aber Thema (32 % der Fälle) war. In 29 % der Fälle habe es sich um Konsultationen zu anderen Themen der Schwangerschaft gehandelt.

Bei beiden Berufsgruppen veränderte sich das Verhältnis der Beratungsfälle mit Bezug und ohne Bezug zu PND: Beide Berufsgruppen gaben am Ende des Modellprojekts weniger Beratungsfälle an, in denen andere Themen der Schwangerschaft als PND (z. B. allgemeine medizinische Beratung, ernährungsmedizinische Beratung, Sozialberatung) Konsultationsanlass waren und führten – relativ gesehen – mehr Beratungsgespräche durch, in denen PND Anlass oder Thema der Beratung war.

ABBILDUNG 4-9

## RELATIVER ANTEIL DER FÄLLE NACH BERATUNGSANLASS



Beraterinnen und Ärztinnen bzw. Ärzte zu Beginn (Präbefragung) und am Ende (Postbefragung) des Modellprojekts

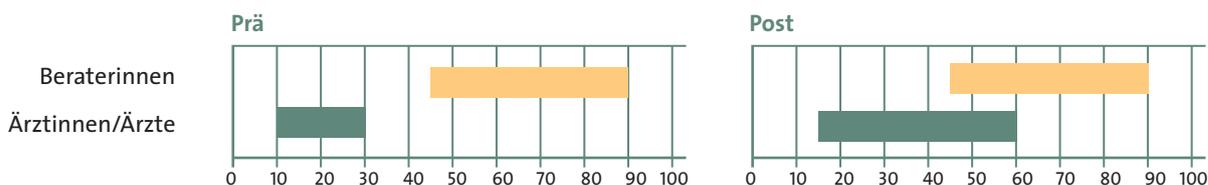
Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## GESPRÄCHSDAUER

Über alle Standorte betrachtet zeigen sich zu Beginn der IQZ-Arbeit deutliche Unterschiede<sup>3</sup> zwischen den beiden Berufsgruppen in Bezug auf die Gesprächsdauer: Eine Konsultation bei den Ärztinnen und Ärzten dauerte im Mittel (Median) zwischen zehn und 30 Minuten, ein Gespräch bei den Beraterinnen zwischen 45 und 90 Minuten. Am Ende des Modellprojekts gab die Ärzteschaft im Mittel (Median) eine höhere Gesprächsdauer (15 bis 60 Minuten) an; die Gesprächsdauer der Beraterinnen blieb unverändert.

ABBILDUNG 4-10

### GESPRÄCHSDAUER



Dauer des Beratungsgesprächs (von bis in Minuten) bei Beraterinnen und bei Ärztinnen und Ärzten zu Beginn (Präbefragung) und am Ende (Postbefragung) des Modellprojekts

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

Wie aus Abbildung 4-11 ersichtlich, ist dieser Zuwachs überwiegend auf die Zunahme der Gesprächsdauer der Ärzteschaft am Standort Mannheim zurückzuführen. **Zu Beginn** des Projekts zeigen sich an den Standorten Freiburg, Augsburg und Schwerin die größten Unterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen. Dort führen Ärztinnen und Ärzte deutlich kürzere Gespräche als Beraterinnen. In Heidelberg, Mannheim und Erfurt unterscheidet sich die Gesprächsdauer der beiden Berufsgruppen hingegen nur geringfügig. Hier führen Ärztinnen und Ärzte fast genauso lange Gespräche wie Beraterinnen.

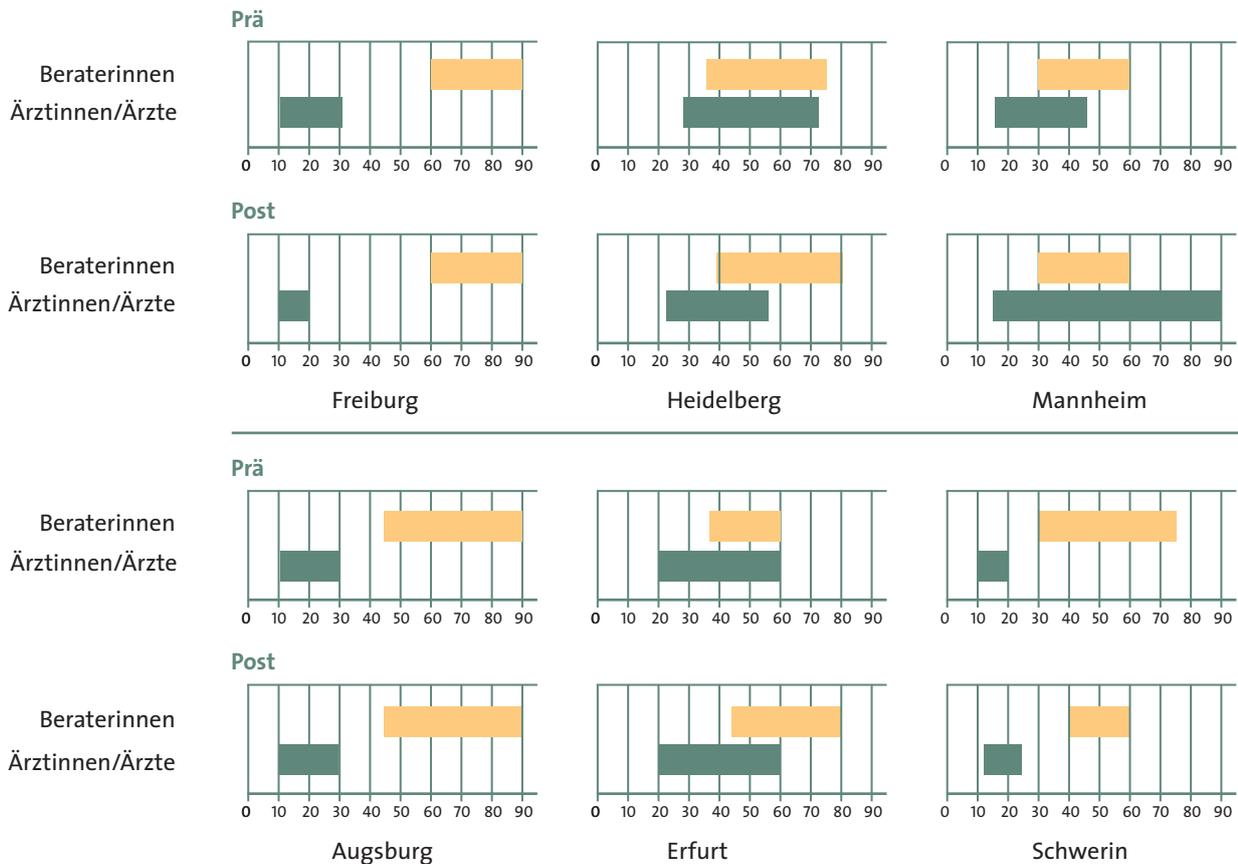
Während an den Standorten Freiburg und Augsburg **am Ende des Modellprojekts** beide Berufsgruppen keine Veränderungen in der Gesprächsdauer angeben, zeigt sich an den anderen Standorten folgendes Bild: In Mannheim nimmt die Gesprächsdauer der Ärzteschaft deutlich zu, in Heidelberg verringert sie sich; die Gesprächsdauer der Beraterinnen bleibt an beiden Standorten unverändert. In Erfurt hingegen bleibt die Gesprächsdauer der Ärztinnen und Ärzte unverändert, nicht jedoch die der Beraterinnen. Diese führen am Ende des Modellprojekts tendenziell längere Gespräche als zu Projektbeginn. Bei Projektbeginn hatten die Beraterinnen in Erfurt laut Selbstausskunft – verglichen mit den anderen Projektstandorten – die kürzesten Beratungsgespräche. In Schwerin bleibt die Gesprächsdauer der Ärzteschaft ebenfalls unverändert; die Beraterinnen geben am Ende hingegen kürzere Gesprächszeiten an als zu Beginn des Modellprojekts.<sup>4</sup>

<sup>3</sup>  $p < 0,001$ ; MANN-WHITNEY

<sup>4</sup> Diese standortspezifischen Ergebnisse sind allerdings mit Vorsicht zu interpretieren, da sie auf sehr geringen Stichproben beruhen (je nach Standort zwischen drei und maximal neun Personen pro Berufsgruppe).

ABBILDUNG 4-11

## GESPRÄCHSDAUER NACH STANDORT



Dauer des Beratungsgesprächs (von bis in Minuten) bei Beraterinnen und Ärztinnen bzw. Ärzten zu Beginn (Präbefragung) und am Ende (Postbefragung) des Modellprojekts

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

### INHALTLICHE SCHWERPUNKTE IN DER BERATUNG

Die inhaltlichen Schwerpunkte der Beratung wurden nur in der zweiten Modellprojektphase an den Standorten Augsburg, Erfurt und Schwerin erhoben. Deswegen erfolgte eine Gesamtauswertung und keine Differenzierung nach Standorten. Danach befragt, welche der 28 vorgegebenen Beratungsaspekte – 14 psychosoziale und 14 medizinische – unabhängig von der Berufszugehörigkeit im Sinne einer optimalen Versorgung bzw. Beratung für unverzichtbar gehalten werden<sup>5</sup>, wählte die Ärzteschaft sowohl zu Beginn als auch am Ende des Modellprojekts im Mittel (Median) sieben medizinische und fünf psychosoziale Beratungsaspekte aus.

Die Beraterinnen wählten zu Beginn vier medizinische und neun psychosoziale Beratungsaspekte aus, am Ende des Modellprojekts vier medizinische und acht psychosoziale Beratungsaspekte. Demnach setzen die beiden Berufsgruppen unterschiedliche Schwerpunkte in der Beratung. Diese berufsspezifischen Unterschiede<sup>6</sup> treten zu beiden Zeitpunkten gleichermaßen deutlich hervor.

<sup>5</sup> Aus den 28 vorgegebenen Beratungsaspekten konnten insgesamt maximal zwölf ausgewählt werden.

<sup>6</sup>  $p < 0,001$ ; MANN-WHITNEY

Abbildung 4-12 zeigt die Anzahl der ausgewählten medizinischen und psychosozialen Beratungsaspekte – differenziert nach Berufsgruppen. Die Ergebnisse der Eingangsbefragung stehen jeweils in Klammern. Die Ergebnisse zeigen die unterschiedliche Gewichtung, die die beiden Berufsgruppen medizinischen und psychosozialen Themen zumessen. Im Prä-post-Vergleich zeigen sich nur geringfügige Veränderungen in der Gewichtung.

ABBILDUNG 4-12

## GEWICHTUNG PSYCHOSOZIALER UND MEDIZINISCHER BERATUNGSASPEKTE

Beratungsaspekte	Kategorie	Häufigkeit der Nennung [%]	
		Ärztinnen und Ärzte nach (vor) IQZ	Beraterinnen nach (vor) IQZ
Auf die persönlichen Ängste und individuellen Bedürfnisse der Ratsuchenden eingehen	ps	77 (62)	91 (92)
Die psychosozialen Rahmenbedingungen der Klientin (Familiensituation, Partnerschaft, finanzielle Situation etc.) erfassen	ps	38 (33)	82 (71)
Die Ratsuchenden in der Zeit des Wartens (auf den Befund) unterstützen und begleiten	ps	8 (5)	82 (83)
Zeit und Raum für die eigene Entscheidung über die Inanspruchnahme von PND geben	ps	86 (86)	77 (92)
Gemeinsam mit der Ratsuchenden klären, welche Bedeutung und Auswirkung PND auf sie selbst, ihren Partner und ihre Familie haben könnten	ps	50 (32)	77 (83)
Hilfe zur Verarbeitung von Trauer bei Verlust eines Kindes anbieten	ps	43 (24)	77 (83)
Vor PND gründlich über Möglichkeiten, Grenzen und Risiken von PND informieren	med	93 (95)	68 (92)
Über soziale, rechtliche und finanzielle Hilfen und Ansprüche bei Geburt eines behinderten Kindes informieren	ps	46 (19)	64 (63)
Eltern bei der Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch beraten und unterstützen	ps	57 (52)	64 (54)
Nach einem auffälligen Befund gemeinsam mit der Ratsuchenden die persönliche Bedeutung der Diagnose klären	ps	50 (43)	59 (54)
Medizinische Sachverhalte in eine für die Patientin verständliche Alltagssprache übersetzen	med	62 (71)	50 (58)
Beratung unter Einbezug des kulturellen Hintergrundes der Klientin	ps	8 (14)	45 (33)
Unterstützung bei der Bewältigung des Lebens mit einem behinderten Kind anbieten	ps	0 (24)	41 (29)
Betroffene über Frühförderungsmöglichkeiten für behinderte Kinder informieren/beraten	ps	15 (14)	41 (33)
Nach auffälligem Befund umfassend über die zugrunde liegende Behinderung, Fehlbildung oder Erkrankung informieren	med	71 (81)	41 (38)

\* Medizinisch

\*\* Psychosozial

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

Fortsetzung auf S. 182

**ABBILDUNG 4-12**    **GEWICHTUNG PSYCHOSOZIALER UND MEDIZINISCHER BERATUNGSASPEKTE (FORTSETZUNG)**

Beratungsaspekte	Kategorie	Häufigkeit der Nennung [%]	
		Ärztinnen und Ärzte nach (vor) IQZ	Beraterinnen nach (vor) IQZ
Nach auffälligem Befund eine sorgfältige Diagnosemitteilung vornehmen	med	57 (76)	41 (42)
Bei der Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruches helfen	ps	15 (14)	36 (42)
Die gesundheitliche Anamnese der Klientin erheben	med	69 (62)	27 (21)
Bei Risikopatientinnen vor der Schwangerschaft eine Beratung zur PND durchführen	med	69 (62)	27 (21)
Kontakte zu betroffenen Familien und Selbsthilfegruppen organisieren	ps	43 (24)	23 (33)
Über Entwicklungsmöglichkeiten und Pflegebedürftigkeit beim jeweiligen Krankheitsbild informieren	med	31 (24)	23 (25)
Nach auffälligem Vorbefund über weitere Untersuchungen zur PND informieren	med	64 (71)	18 (21)
Die gesundheitliche Vorgeschichte der Familienangehörigen erheben	med	62 (52)	18 (33)
In der Schwangerschaft allgemein über genetische Risiken informieren	med	31 (33)	9 (0)
Bei speziellen Fragestellungen weitere vorgeburtliche Untersuchungen durchführen	med	0 (29)	9 (0)
Das spezielle genetische Risiko aufgrund familienanamnestischer Daten abschätzen	med	50 (33)	5 (4)
Mögliche Diagnosen anhand von Beispielfällen erläutern	med	15 (0)	5 (4)
Bei einem auffälligen Befund das spezielle genetische Risiko abschätzen	med	29 (30)	0 (0)

Ärztinnen bzw. Ärzte und Beraterinnen nach Ablauf (und zu Beginn) des Modellprojekts; Daten der zweiten Projektphase; Mehrfachnennungen; \* Medizinisch, \*\* Psychosozial

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

Die Meinung über wichtige Inhalte der Beratung wurde außerdem über eine offene Frage erfasst, die zwischen drei Beratungszeitpunkten differenziert („Was sind Ihrer Erfahrung nach wichtige Themen in der Beratung vor, während und nach PND?“). Die Antworten wurden in übergeordnete Themen der Beratung kategorisiert. Anschließend wurde quantifiziert, wie häufig die Themen von der jeweiligen Berufsgruppe genannt wurden. Auch hier zeigen sich zu Projektbeginn deutliche Unterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen. Nach Ablauf des Modellprojekts haben beide Berufsgruppen immer noch unterschiedliche Vorstellungen darüber, welche Themen in der Beratung vor, während und nach PND wichtig sind, die Einschätzungen haben sich allerdings etwas angenähert (vgl. Abbildungen 4-13 bis 4-15; Ergebnisse der Eingangsbefragung jeweils in Klammern).

**BERATUNG VOR PND**

Zu **Beginn** des Modellprojekts zeigen sich die größten Unterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen bei den Beratungsthemen „Untersuchungsmethoden“ und „emotionale Situation und Motivation der Schwangeren bezogen auf PND“. Während Beraterinnen den „Untersuchungsmethoden“ eine deutlich geringere Bedeutung beimessen als Ärztinnen und Ärzte, gewichten sie die „emotionale Situation und Motivation der Schwangeren bezogen auf PND“ deutlich höher als die Ärzteschaft.

Zum **Projektende** zeigen sich nur marginale Veränderungen: Von der Ärzteschaft werden nach wie vor am häufigsten Aspekte zum Thema „Untersuchungsmethoden“ genannt, von den Beraterinnen Aspekte zur „emotionalen Befindlichkeit und Motivation der Schwangeren bezogen auf PND“. Die deutlichsten Veränderungen zeigen sich bei der Kategorie „Aussagefähigkeit der Untersuchungen“. Dieses Thema wird von der Ärzteschaft jetzt relativiert und hat für beide Berufsgruppen nahezu den gleichen Stellenwert erhalten.

ABBILDUNG 4-13

**WICHTIGE BERATUNGSTHEMEN VOR PND**

Beratungsthema	Relative Häufigkeit der Nennung (Anzahl/N <sub>(Berufsgruppe)</sub> × 10) <sup>*</sup>	
	Ärztinnen und Ärzte	Beraterinnen
<b>Untersuchungsmethoden</b> (z. B. Information über Art der Methode, Durchführung, Risiken, Kosten)	10,7 (11,1)	5,8 (7,0)
<b>Aussagefähigkeit der Untersuchungen</b> (z. B. Grenzen, Sicherheit der Ergebnisse, Restrisiko)	3,1 (7,2)	3,7 (4,4)
<b>Mögliche Befunde und deren Konsequenzen</b>	7,7 (7,2)	5,8 (8,3)
<b>Emotionale Situation und Motivation der Schwangeren bezogen auf PND</b> (z. B. Einstellung zu Behinderung, Ängste und Erwartungen an PND)	3,8 (2,8)	7,9 (7,8)
<b>Selbstbestimmung der Schwangeren bei der Entscheidung zu PND</b> (z.B. Gefühl der Verpflichtung vs. eigene Entscheidung, PND in Anspruch zu nehmen)	1,5 (1,1)	3,7 (4,4)
<b>Partnerschaftliche/familiäre Situation</b>	0,8 (0,6)	2,6 (1,7)
<b>Sonstige</b>	4,6 (0,6)	5,3 (1,7)

Ärztinnen bzw. Ärzte und Beraterinnen nach Ablauf (und zu Beginn) des Modellprojekts; Daten der zweiten Projektphase

\* Zur Vergleichbarkeit wurde die absolute Anzahl der Nennungen an der Stichprobengröße der jeweiligen Berufsgruppe relativiert.

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

**BERATUNG WÄHREND PND**

**Zu Projektbeginn** gewichten Ärzte und Ärztinnen das Thema „Aussagefähigkeit von Befunden und deren Konsequenzen“ am höchsten, gefolgt vom Thema „Aufklärung zur Untersuchung selbst“. Beraterinnen hingegen finden es zu diesem Zeitpunkt der Beratung am wichtigsten, auf die „emotionale Situation der Schwangeren“ einzugehen. Am zweitwichtigsten finden sie das Thema „Aussagefähigkeit von Befunden und deren Konsequenzen“, gefolgt vom Thema „partnerschaftliche/familiäre Ressourcen und Belastungen“.

**Zum Projektende** haben sich die Einschätzungen beider Berufsgruppen verändert. Für die Ärzteschaft ist nach wie vor das Thema „Aussagefähigkeit von Befunden und deren Konsequenzen“ am wichtigsten, allerdings nicht mehr in dem Ausmaß wie noch zu Beginn des Projekts. In ihr Blickfeld geraten ist das Thema „emotionale Situation der Schwangeren“, das für sie nun den gleichen Stellenwert hat wie das Thema „Aufklärung zur Untersuchung selbst“. Die Beraterinnen sind nach wie vor der Meinung, dass zu diesem Zeitpunkt der Beratung das Eingehen auf die „emotionale Situation der Schwangeren“ am wichtigsten sei. Allerdings hat dieser Aspekt für sie ein wenig an Bedeutung verloren. Sie finden ihn aber nach wie vor deutlich wichtiger als Ärztinnen und Ärzte. Die „Aussagefähigkeit von Befunden und deren Konsequenzen“ steht nach wie vor an zweiter Stelle, ist aber deutlich wichtiger geworden und hat nun für beide Berufsgruppen annähernd die gleiche Bedeutung. Aspekte zum Thema „partnerschaftliche/familiäre Ressourcen und Belastungen“ werden von den Beraterinnen vermehrt, von der Ärzteschaft nach wie vor gar nicht genannt.

ABBILDUNG 4-14

**WICHTIGE BERATUNGSTHEMEN WÄHREND PND**

Beratungsthema	Relative Häufigkeit der Nennung (Anzahl/N <sub>(Berufsgruppe)</sub> × 10) <sup>*</sup>	
	Ärztinnen und Ärzte	Beraterinnen
<b>Aufklärung zur Untersuchung selbst</b> (z. B. über Ziel, Durchführung, Risiken für Frau und Kind; Dauer, bis Befund vorliegt)	4,0 (8,7)	0,6 (2,3)
<b>Aussagefähigkeit von Befunden und deren Konsequenzen</b> (z. B. Interpretationen der Befunde, weitere Untersuchungen)	8,0 (13,3)	8,3 (4,6)
<b>Emotionale Situation der Schwangeren</b> (z. B. Ängste, Unsicherheiten, Schuldgefühle, Konflikte, Beziehung zum Kind)	4,0 (0,0)	13,3 (16,4)
<b>Partnerschaftliche/familiäre Ressourcen und Belastungen</b> (z. B. soziale Unterstützung, Umgang mit unterschiedlicher Bedeutung eines Befundes, unterschiedliche Erwartungen)	0,0 (0,0)	6,1 (3,6)
<b>Sonstige</b>	0,5 (3,3)	0,5 (3,6)

Ärztinnen bzw. Ärzte und Beraterinnen nach Ablauf (und zu Beginn) des Modellprojekts; Daten der zweiten Projektphase

\* Zur Vergleichbarkeit wurde die absolute Anzahl der Nennungen an der Stichprobengröße der jeweiligen Berufsgruppe relativiert.

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

**BERATUNG NACH PND**

Berufsspezifische Unterschiede zeigen sich auch bei der Beratung nach PND. In der **Eingangsbefragung** steht für die Ärztinnen und Ärzte das Thema „Befunde und deren Konsequenzen“ an erster Stelle. Relativ wichtig waren ihnen auch die „Therapie- und Förderungsmöglichkeiten“. Nahezu unbedeutend sind für sie die Themen „Entscheidung für oder gegen Fortführung der Schwangerschaft“ und „partnerschaftliche/familiäre Ressourcen bzw. Probleme“. Beraterinnen finden es auch zu diesem Zeitpunkt der Beratung am wichtigsten, auf die „emotionale Situation der Schwangeren“ einzugehen.

Bei der **Abschlussbefragung** zeigen sich nur leichte Veränderungen gegenüber den Meinungen zu Beginn der IQZ. Nach wie vor steht für Ärztinnen und Ärzte das Thema „Befunde und deren Konsequenzen“ an erster Stelle. Beraterinnen finden nach wie vor das Eingehen auf die „Emotionale Situation der Schwangeren“ am wichtigsten. Die Ärzteschaft misst diesem Thema nur unwesentlich mehr Bedeutung bei als zu Beginn der IQZ. Die Gewichtung der „Therapie- und Förderungsmöglichkeiten“ ist bei beiden Berufsgruppen nahezu unverändert. Die „Entscheidung für oder gegen Fortführung der Schwangerschaft“ ist für die Ärzteschaft wichtiger geworden und hat nun für beide Berufsgruppen annähernd die gleiche Bedeutung. Das Thema „partnerschaftliche/familiäre Ressourcen bzw. Probleme“ ist mehr ins Blickfeld der Ärztinnen und Ärzte gerückt, auch wenn es relativ gesehen für sie nur einen geringen Stellenwert hat.

ABBILDUNG 4-15

**WICHTIGE BERATUNGSTHEMEN NACH PND**

Beratungsthema	Relative Häufigkeit der Nennung (Anzahl/N <sub>(Berufsgruppe)</sub> × 10) <sup>*</sup>	
	Ärztinnen und Ärzte	Beraterinnen
<b>Befunde und deren Konsequenzen</b> (z. B. Überlebenschance des Kindes, Schweregrad der Behinderung, weiteres Vorgehen)	12,9 (13,5)	6 (5,0)
<b>Therapie- und Förderungsmöglichkeiten</b> (z. B. Information über medizinische Therapien, Frühförderung)	5,0 (5,3)	3,0 (2,7)
<b>Psychosoziale Beratung und Unterstützung</b> (z. B. explizit psychosoziale Beratung, seelsorgerische Begleitung, Selbsthilfegruppen)	2,9 (1,8)	5,0 (3,6)
<b>Emotionale Situation der Schwangeren/Eltern</b> (z. B. Trauer, Schuld, Hoffnungen und Befürchtungen)	2,1 (1,2)	10 (12,7)
<b>Partnerschaftliche/familiäre Ressourcen bzw. Probleme</b> (z. B. unterschiedliche Formen der Trauer)	1,4 (0,0)	3,5 (4,6)
<b>Entscheidung für oder gegen Fortführung der Schwangerschaft</b>	3,5 (1,2)	4,5 (5,0)
<b>Sonstige</b>	2,1 (1,8)	4,5 (0,9)

Ärztinnen bzw. Ärzte und Beraterinnen nach Ablauf (und zu Beginn) des Modellprojekts; Daten der zweiten Projektphase

\* Zur Vergleichbarkeit wurde die absolute Anzahl der Nennungen an der Stichprobengröße der jeweiligen Berufsgruppe relativiert.

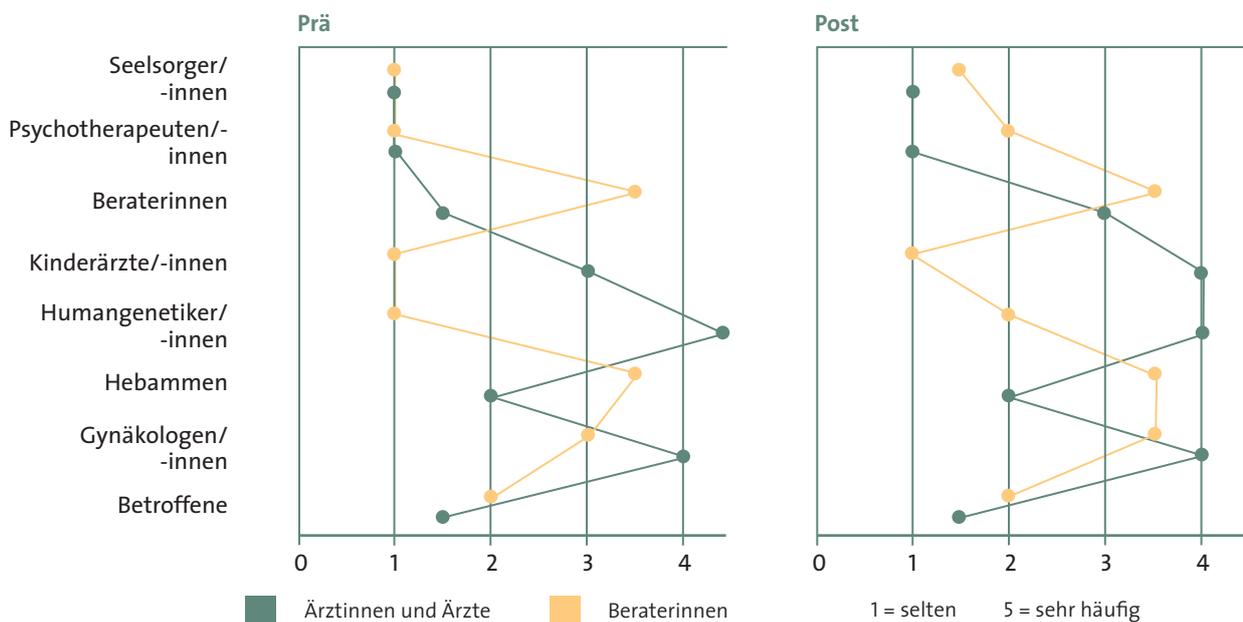
Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

### ZUSAMMENARBEIT MIT ANDEREN PROFESSIONEN

Zu Projektbeginn geben beide Berufsgruppen an, häufiger mit Kolleginnen und Kollegen aus der eigenen Berufsgruppe als mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten<sup>7</sup>; eine Tendenz, die bei der Ärzteschaft noch etwas deutlicher ausgeprägt ist als bei den Beraterinnen. Am Ende des Modellprojekts hat sich die Zusammenarbeit mit Personen aus anderen Fachrichtungen und Berufsgruppen verstärkt, aber die Tendenz, dass beide Berufsgruppen häufiger mit Kolleginnen und Kollegen der eigenen Berufsgruppe zusammenarbeiten, bleibt bestehen (vgl. Abbildung 4-16).

ABBILDUNG 4-16

#### BERICHTETES AUSMASS DER ZUSAMMENARBEIT MIT VERSCHIEDENEN BERUFSGRUPPEN



Beraterinnen (gelbe Balken) und Ärztinnen bzw. Ärzten (grüne Balken) zu Beginn und nach Ablauf des Modellprojekts; Balken zeigen Medianwerte; Daten aus der zweiten Projektphase

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

Zu Beginn gibt die Ärzteschaft an, am häufigsten mit Fachpersonen aus der Humangenetik, häufig aber auch mit Fachpersonen aus der Gynäkologie und Kinderheilkunde zusammenzuarbeiten. Relativ selten hingegen bestünden berufliche Kontakte zu Beraterinnen sowie Hebammen und selten zu Seelsorgerinnen und Seelsorgern sowie zu Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

Die Beraterinnen geben an, häufig mit anderen Beraterinnen und mit Hebammen zusammenzuarbeiten. Bezogen auf die ärztlichen Berufsgruppen arbeiten sie am häufigsten mit Gynäkologinnen und Gynäkologen zusammen, aber selten mit Fachärztinnen und -ärzten der Humangenetik und Kinderheilkunde. Gleichermäßen selten

<sup>7</sup> Den Teilnehmenden wurden zu Beginn und am Ende des Projektes folgende Frage gestellt: „Wie häufig arbeiten Sie momentan im Bereich der Schwangerenversorgung und -beratung zur Pränataldiagnostik mit den folgenden Berufsgruppen bzw. Personen zusammen?“ Es waren acht Berufsgruppen vorgegeben.

wie bei der Ärzteschaft bestehen Kontakte zu Fachpersonen aus der Seelsorge und Psychotherapie. Die Zusammenarbeit mit Betroffenen kommt eher selten vor, tendenziell aber häufiger als bei den Ärztinnen und Ärzten. Statistisch bedeutsame Unterschiede<sup>8</sup> zwischen den beiden Berufsgruppen zeigen sich in der Häufigkeit der Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus Beratungsstellen, Kinderheilkunde, Human-genetik und Gynäkologie.

**Am Ende** hat sich aus Sicht der **Beraterinnen** vor allem die Zusammenarbeit mit Gynäkologinnen und Gynäkologen vermehrt, aber auch die Kontakte zur Seelsorge und zu Kolleginnen und Kollegen aus dem Bereich der Psychotherapie haben leicht zugenommen. Die Zusammenarbeit mit Kinderärztinnen und -ärzten sowie mit Hebammen hat sich demgegenüber etwas verringert.

Die **Ärzterschaft** gibt nach wie vor an, am häufigsten mit Fachpersonen aus der Human-genetik, Gynäkologie und Kinderheilkunde zusammenzuarbeiten; überdies haben sich aus ihrer Sicht die beruflichen Kontakte zu den Beraterinnen deutlich erhöht, die zu Fachpersonen der Seelsorge, Psychotherapie und Betroffenen bleiben hingegen unverändert gering.

Nach wie vor zeigen sich statistisch bedeutsame Unterschiede<sup>9</sup> zwischen den beiden Berufsgruppen in der Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus der Kinderheilkunde, Humangenetik und Gynäkologie, allerdings nicht mehr in der Zusammenarbeit mit Beraterinnen. Beraterinnen kooperieren am Ende deutlich häufiger mit Fachpersonen aus dem Bereich der Psychotherapie als die Ärzteschaft.

Betrachtet man in Abbildung 4-16 nur die Balken zur Häufigkeit der Zusammenarbeit mit Fachleuten aus Beratungsstellen und Gynäkologie, dann ist erkennbar, dass die Unterschiede zwischen Ärzteschaft und Beraterinnen in der Zusammenarbeit mit diesen Personengruppen deutlich geringer sind als zu Beginn der IQZ-Arbeit.

### BEDEUTUNG DER ZUSAMMENARBEIT

Auch bei der Einschätzung zur Bedeutung der Zusammenarbeit<sup>10</sup> mit verschiedenen Fachpersonen zeigen sich **zu Beginn** des Projekts deutliche Unterschiede zwischen den Berufsgruppen. Während die Beraterinnen die Zusammenarbeit mit allen genannten Berufsgruppen für sehr wichtig bis wichtig einschätzen, variieren die Angaben der Ärzteschaft zur Bedeutung der Zusammenarbeit mit den verschiedenen Fachpersonen stärker. **Am Ende** des Projekts haben sich die Einschätzungen der beiden Berufsgruppen angenähert. Lediglich bei der Einschätzung der Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit Beraterinnen, Fachpersonen aus der Seelsorge und Hebammen bestehen noch berufsspezifische Unterschiede dahingehend, dass die Ärzteschaft die Zusammenarbeit mit diesen Berufsgruppen weniger wichtig einstuft als die Gruppe der Beraterinnen (vgl. Abbildung 4-17).

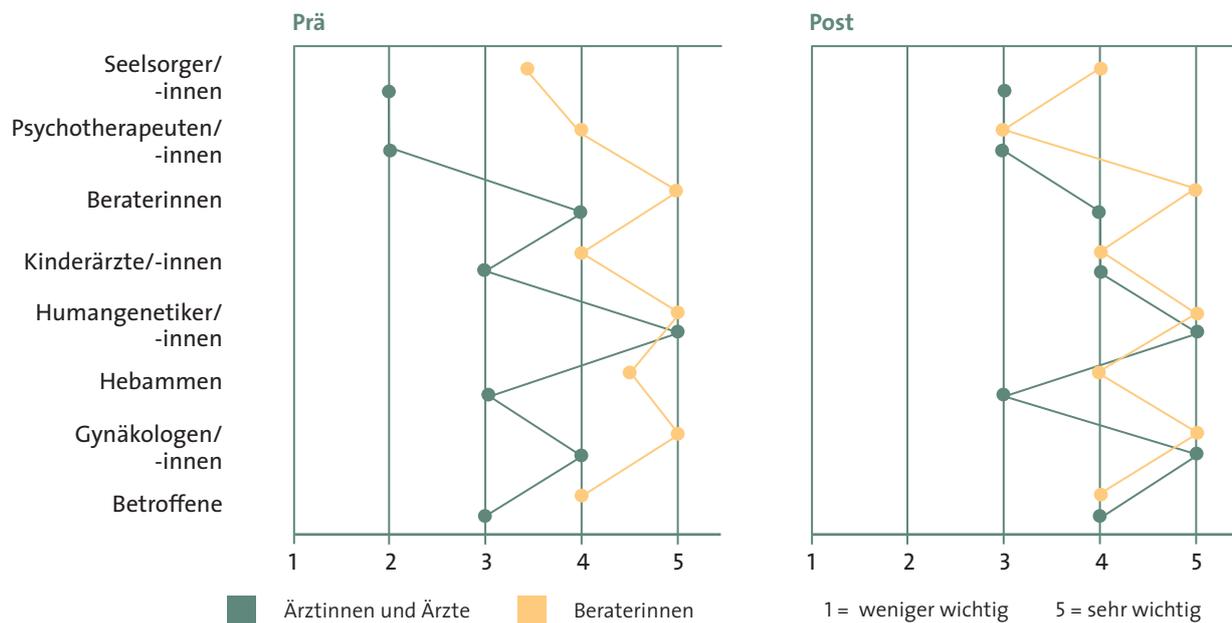
**8**  $p < 0,05$ , MANN-WHITNEY, geprüft anhand der Daten aus der zweiten Projektphase

**9**  $p < 0,05$ , MANN-WHITNEY, geprüft anhand der Daten aus der zweiten Projektphase

**10** Die Frage lautete: „Wie wichtig finden Sie im Bereich der Schwangerenversorgung und -beratung zur Pränataldiagnostik die Zusammenarbeit mit den folgenden Berufsgruppen bzw. Personen?“ Es waren acht Berufsgruppen vorgegeben.

ABBILDUNG 4-17

## WICHTIGKEIT DER ZUSAMMENARBEIT MIT VERSCHIEDENEN BERUFSGRUPPEN



Beraterinnen (gelbe Balken) und Ärztinnen bzw. Ärzte (grüne Balken) vor und nach Ablauf des Modellprojekts; Balken zeigen Medianwerte; Daten aus der zweiten Projektphase

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## EINSTELLUNGS- UND BEZIEHUNGSMERKMALE

Zu Projektbeginn wurden folgende vier – thematisch relevante – Einstellungen der Teilnehmenden erfragt: der Beziehungsstil im Umgang mit Patientinnen/Klientinnen, die Einstellung zur PND, zum Schwangerschaftsabbruch und zur fachübergreifenden Kooperation. Die Frage, inwieweit sich die beiden Berufsgruppen in ihren Einstellungs- und Beziehungsmerkmalen unterscheiden, wurde zunächst global<sup>11</sup> überprüft. Aufgrund geringer Reliabilität<sup>12</sup> wurden nur die zwei Einstellungsskalen zur PND und zum Schwangerschaftsabbruch sowie vier der sieben Subskalen zum Beziehungsstil<sup>13</sup> im Umgang mit Patientinnen bzw. Klientinnen („Basic Affirming Style“, „Accommodating“, „Dominant“ und „Efficacious“) in die globale Analyse eingeschlossen.

Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Beraterinnen in der Einstellung zu PND und in der emotionalen Grundhaltung, einer Subskala des Beziehungsstils. Beraterinnen stehen der Inanspruchnahme von PND deutlich skeptischer gegenüber als die Ärzteschaft (vgl. Abbildung 4-19), aber ihr Beziehungsstil im Umgang mit ihrer Klientel ist – nach eigenen Angaben – mehr von Akzeptanz geprägt als der der Ärztinnen und Ärzte (vgl. Abbildung 4-18).

<sup>11</sup> MANOVA

<sup>12</sup> CRONBACHS alpha

<sup>13</sup> Zum Beispiel ORLINSKY et al. (2005)

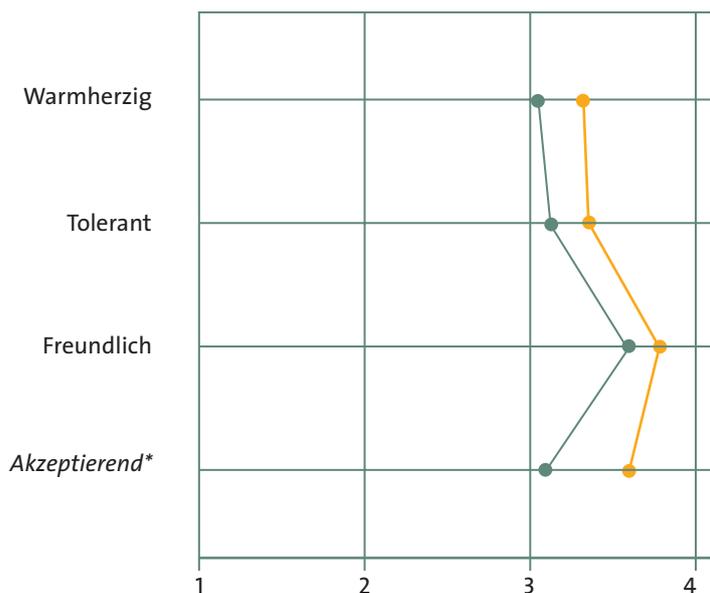
Die Einstellungsunterschiede sind teilweise auf Geschlechtsunterschiede und nicht auf Unterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen zurückzuführen (vgl. S. 190).

**Zum Projektende** wurden lediglich die Einstellungen zur PND und zum Schwangerschaftsabbruch sowie die Einstellung zur interprofessionellen Kooperation erfasst, da vorliegende Studien darauf hinweisen, dass sich der Beziehungsstil im Umgang mit Klientinnen über die Zeit kaum verändert.<sup>14</sup> Nachfolgend werden die Ergebnisse zur emotionalen Grundhaltung sowie zu den Einstellungen zur PND und zur fachübergreifenden Kooperation auf Ebene der Einzelitems dargestellt. Sofern zu beiden Zeitpunkten erhoben, erfolgt die Ergebnisdarstellung im direkten Prä-post-Vergleich.

### BEZIEHUNGSSTIL

Wie aus Abbildung 4-18 ersichtlich, sind die zu Projektbeginn gefundenen Unterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen in der emotionalen Grundhaltung darauf zurückzuführen, dass Ärztinnen und Ärzte nach ihren eigenen Angaben im Umgang mit Patientinnen/Klientinnen eine weniger akzeptierende Haltung einnehmen als Beraterinnen.

ABBILDUNG 4-18 EMOTIONALE GRUNDHALTUNG (Mittelwerte)



1 = überhaupt nicht      4 = sehr

Beraterinnen (gelbe Linie) und Ärztinnen bzw. Ärzte (grüne Linie) zu Beginn des Modellprojekts;

\*  $p < 0,0125$ ;  $\alpha$ -adjustiert nach BONFERRONI

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

<sup>14</sup> ORLINSKY et al. (2005)

## Berufsbedingte oder geschlechtsbedingte Unterschiede im Beziehungsstil?

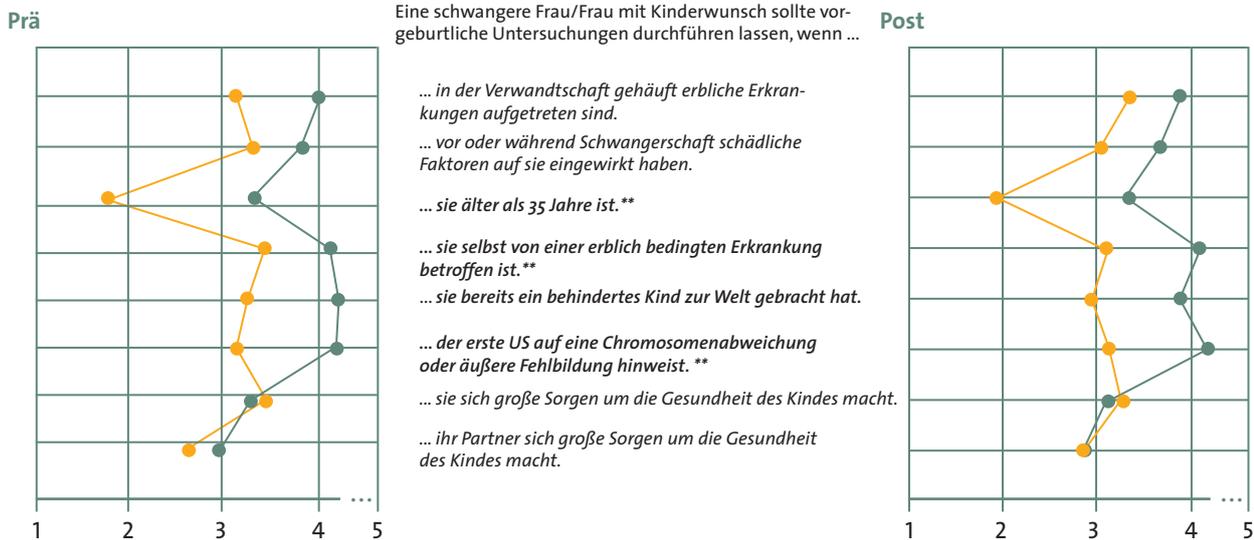
Schließt man die Ärzte aus der Datenanalyse aus und vergleicht lediglich Ärztinnen mit Beraterinnen, dann bleiben die Unterschiede in der emotionalen Grundhaltung bestehen, d. h., sie sind berufs- und nicht geschlechtstypisch.

## EINSTELLUNG ZUR PND

Ärzterschaft und Beraterinnen sind **bei Projektbeginn** unterschiedlicher Ansicht darüber, wann eine schwangere Frau PND durchführen lassen sollte. Die Ärzteschaft gewichtet bei der Entscheidung zu PND primär medizinische Faktoren (z. B. Vorerkrankungen, erste Hinweise auf eine Fehlbildung des ungeborenen Kindes), aber auch das Alterskriterium deutlich höher als die Beraterinnen. Diese Unterschiede in der Einstellung zu PND bleiben **am Ende** des Modellprojekts bestehen. Die Ärzteschaft gewichtet nach wie vor medizinische Faktoren (z. B. Vorerkrankungen, erste Hinweise auf eine Fehlbildung des ungeborenen Kindes) und das Alterskriterium deutlich höher als die Beraterinnen.

ABBILDUNG 4-19

EINSTELLUNG ZUR PND (Mittelwerte)



1 = stimme überhaupt nicht zu    5 = stimme vollständig zu

Ärztinnen und Ärzte (grüne Linie) und Beraterinnen (gelbe Linie) zu Beginn und nach Ablauf des Modellprojekts;  
 $p < 0,00625$ ; \* sign. Prä; \*\* sign. Prä und Post; -adjustiert nach BONFERRONI; MANN-WHITNEY

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## Berufsbedingte oder geschlechtsbedingte Unterschiede in der Einstellung zu PND?

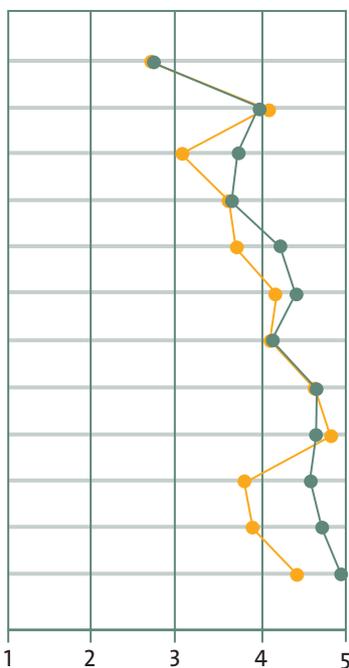
Schließt man die Ärzte aus der Datenanalyse aus und vergleicht lediglich Ärztinnen mit Beraterinnen, dann sind unterschiedliche Einstellung zu PND, die zu Projektbeginn und zum Abschluss des Modellprojekts zwischen den beiden Berufsgruppen beobachtet wurden, lediglich auf die unterschiedliche Gewichtung des Alterskriteriums zurückzuführen. Ärztinnen messen dem Alterskriterium größere Bedeutung bei als Beraterinnen. In der Gewichtung medizinischer Vorbefunde in Bezug auf die Entscheidung zur Durchführung von PND scheinen sich Ärztinnen und Beraterinnen hingegen relativ einig zu sein. Sie messen Vorbefunden eine deutlich geringere Bedeutung bei als Ärzte.

### EINSTELLUNG ZUR FACHÜBERGREIFENDEN KOOPERATION

Die Frage, inwieweit sich die beiden Berufsgruppen in ihrer Einstellung zur Kooperation unterscheiden, wurde ausschließlich auf Itemebene überprüft, weil die beiden theoretisch konzipierten Subskalen sich als nicht reliabel erwiesen. Die Mittelwertsprofile (vgl. Abbildung 4-20) zeigen, dass sich **zu Projektbeginn** beide Berufsgruppen als recht kooperationsbereit einschätzen, wobei sich die Ärzteschaft tendenziell als kooperationsbereiter erlebt als die Beraterinnen. Statistisch bedeutsame Unterschiede<sup>15</sup> zeigen sich nur in einem der zwölf Items. Demnach sind Ärztinnen und Ärzte zu Beginn des Modellprojekts stärker der Ansicht als Beraterinnen, dass die „Zusammenarbeit mit anderen mehr Handlungssicherheit“ gebe.

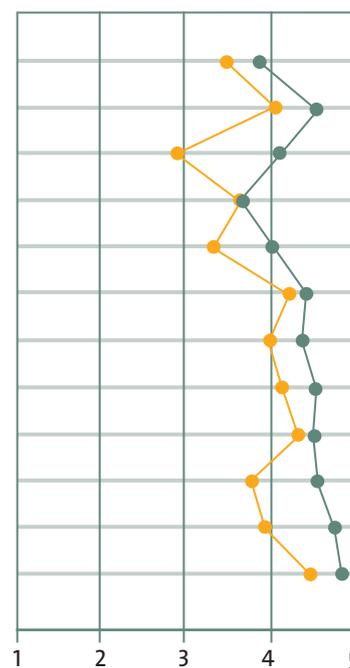
ABBILDUNG 4-20 EINSTELLUNG ZUR FACHÜBERGREIFENDEN KOOPERATION (Mittelwerte)

Prä



- Ich bevorzuge eine Zusammenarbeit mit Personen ähnlicher Grundorientierung (-).
- Die Zusammenarbeit mit Personen aus anderen Fachrichtungen finde ich besonders hilfreich.
- Die Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen ist besonders anfällig für Missverständnisse (-).\***
- Die Zus.-Arbeit finde ich besonders fruchtbar, wenn sie mit Personen aus anderen Fachrichtungen stattfindet.
- Die Kooperation mit Personen aus anderen Fachrichtungen ist besonders mühsam (-).
- Die Versorgung einer Patientin/Klientin ist optimal, wenn sie bei nur einer Person in Behandlung/Beratung ist (-).
- Die Einbeziehung verschiedener Berufsgruppen in die Beratung erzeugt Verwirrung bei der Patientin/Klientin (-).
- Ich bin an einer Kooperation mit anderen sehr interessiert.
- Das Vertrauen der Patientin/Klientin in meine fachlichen Kompetenzen wird durch weitere Handelnde gefährdet (-).
- Die Hinzuziehung mehrerer Personen in die Beratung verbessert die Qualität.
- Die Kooperation mit anderen gibt mir Handlungssicherheit.\*\***
- Der fachliche Austausch mit anderen ist mir sehr wichtig.

Post



1 = geringe Kooperationsbereitschaft      5 = hohe Kooperationsbereitschaft

Beraterinnen (gelbe Linie) und Ärztinnen und Ärzte (grüne Linie) zu Beginn und nach Ablauf des Modellprojekts;

\*\* sign. Prä und Post; \* sign. nur Post;  $p < 0,00625$ ;  $\alpha$ -adjustiert nach BONFERRONI

Antworten negativer gepolter Fragen wie z. B. die Aussage zu den Missverständnissen wurden vor der statistischen Auswertung umgepolt, so dass hohe Mittelwerte immer eine positive Einstellung zur Kooperation indizieren.

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

<sup>15</sup>  $p < 0,0042$ ;  $\alpha$ -adjustiert nach BONFERRONI

Die positive Einstellung zur fachübergreifenden Kooperation ist **am Ende** des Modellprojekts unverändert geblieben. Nach wie vor erlebt sich die Ärzteschaft als kooperationsbereiter als die Beraterinnen. Bei Projektende unterscheiden sich die beiden Berufsgruppen in zwei der zwölf Items.<sup>16</sup> Demnach ist die Ärzteschaft nach wie vor in höherem Maße der Ansicht, dass die „Zusammenarbeit mit anderen mehr Handlungssicherheit“ gebe, meint am Ende aber im geringeren Maße als die Beraterinnen, dass die „interdisziplinäre Zusammenarbeit anfällig für Missverständnisse“ sei.

### Berufsbedingte oder geschlechtsbedingte Unterschiede in den Einstellungen zu fachübergreifenden Kooperationen?

Diese Unterschiede scheinen ebenfalls vom Geschlecht abhängig zu sein. Schließt man die Ärzte aus der Datenanalyse aus und vergleicht lediglich die Ärztinnen mit den Beraterinnen, dann besteht kein bedeutsamer Unterschied mehr zwischen den beiden Berufsgruppen.

## BERUFLICHE STEREOTYPIEN

Des Weiteren war von Interesse, ob zwischen den beiden Berufsgruppen Voreingenommenheiten bestehen und, wenn ja, inwieweit diese durch die Qualitätszirkelarbeit vermindert werden konnten. Als Indikator für das Ausmaß an berufsstereotyper Wahrnehmung wurde die Anzahl der Diskrepanzen zwischen Fremd- und Selbstwahrnehmung betrachtet, die mit der deutschen Fassung des „semantischen Differenzials“ erfasst wurden.<sup>17</sup>

**Zu Beginn** der Modellprojekts weicht das Fremdbild über die Beraterinnen (wie die Ärzteschaft die Beraterinnen wahrnimmt) erheblich vom Selbstbild der Beraterinnen (wie Beraterinnen sich selbst wahrnehmen) ab. Bei sechs von 25 Adjektivpaaren zeigten sich Diskrepanzen zwischen der Fremd- und Selbstwahrnehmung. Das Fremdbild über die Ärzteschaft (wie Beraterinnen die Ärzteschaft wahrnehmen) weicht hingegen nur geringfügig vom Selbstbild der Ärzteschaft (wie die Ärzteschaft sich selbst wahrnimmt) ab. Hier sind nur bei einem der 25 Adjektivpaare<sup>18</sup> statistisch bedeutsame Abweichungen zwischen der Fremd- und Selbstwahrnehmung zu beobachten. Dieses Ergebnis kann dahingehend interpretiert werden, dass Ärztinnen und Ärzte die Beraterinnen stereotyper wahrnehmen als umgekehrt die Beraterinnen die Ärzteschaft.

Am Ende des Modellprojekts hat sich das Fremdbild der Ärzteschaft über die Beraterinnen verändert. Nach der IQZ-Arbeit zeigen sich nur noch in drei der 25 Adjektivpaare Diskrepanzen zwischen dem Fremdbild (wie die Ärzteschaft die Beraterinnen wahrnimmt) und dem Selbstbild der Beraterinnen. Das Fremdbild über die Ärzteschaft (wie Beraterinnen die Ärzteschaft wahrnehmen) bleibt hingegen nahezu unverändert. Nachfolgend werden die Ergebnisse inhaltlich genauer beschrieben und grafisch abgebildet (Abbildung 4-21 und 4-22).

**16**  $p < 0,0042$ ;  $\alpha$ -adjustiert nach BONFERRONI

**17** HOFSTÄTTER (1965)

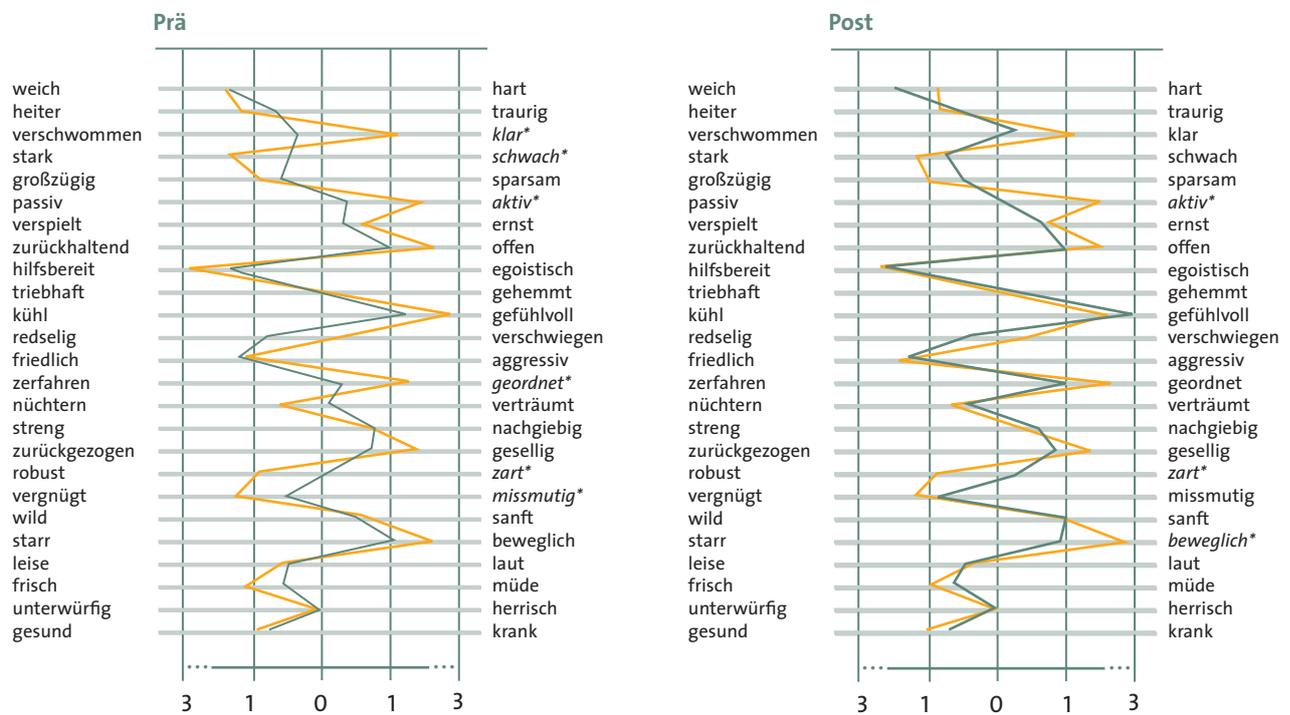
**18**  $p < 0,002$ ;  $\alpha$ -adjustiert nach BONFERRONI

### FREMBILD UND SELBSTBILD DER BERATERINNEN

Zu **Projektbeginn** nehmen die Ärztinnen und Ärzte die Beraterinnen als „verschwo-mener“ (vs. klar), „weniger stark“ (vs. schwach), „weniger aktiv“ (vs. passiv), „weniger geordnet“ (vs. zertfahren), „zarter“ (vs. robust) und „missmutiger“ (vs. vergnügt) wahr, als die Beraterinnen sich selbst wahrnehmen. **Zum Projektende** nehmen die Ärztinnen und Ärzte die Beraterinnen immer noch als „weniger aktiv“ und „zarter“ wahr, als diese sich selbst wahrnehmen. Die zu Beginn beobachteten Diskrepanzen hinsichtlich der anderen vier Attribute haben sich verringert, was darauf zurückgeführt werden kann, dass sich die ärztliche Wahrnehmung der Beraterinnen oder aber die Selbstwahrnehmung der Beraterinnen geändert hat.

ABBILDUNG 4-21

FREMD- UND SELBSTBILD DER BERATERINNEN (Mittelwerte)



Fremdbild (wie die Ärzteschaft Beraterinnen wahrnimmt, grüne Linie) und Selbstbild der Beraterinnen (wie Beraterinnen sich selbst wahrnehmen, gelbe Linie) zu Beginn und nach Abschluss des Modellprojekts; \* p < 0,002;  $\alpha$ -adjustiert nach BONFERRONI

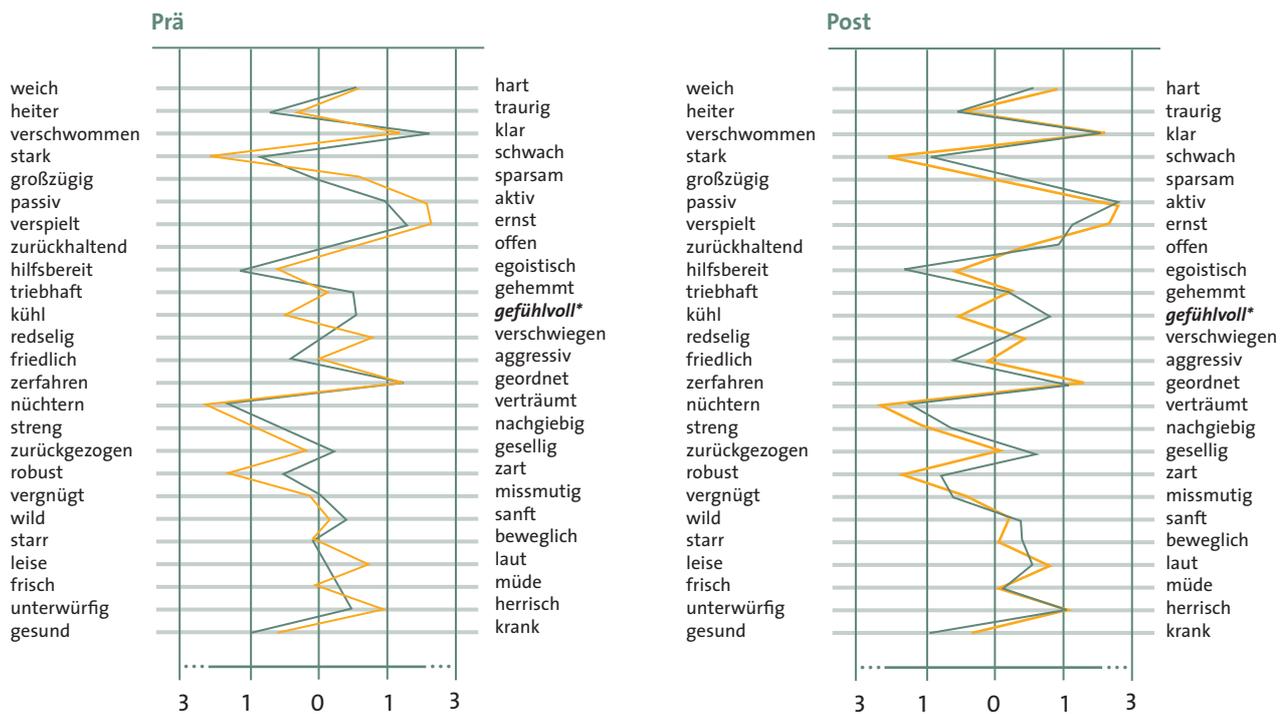
Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

Neu ist, dass die Ärzteschaft die Beraterinnen zum Ende des Modellprojekts als „weniger beweglich“ (vs. starr) einschätzt als die Beraterinnen sich selbst. Worauf diese veränderte Wahrnehmung gründet, ist anhand der erfassten Daten nicht zu entscheiden.

## FREMDBILD UND SELBSTBILD DER ÄRZTESCHAFT

Zu Projektbeginn nehmen die Beraterinnen die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte als „kühler“ (vs. gefühlvoll) wahr, als die Ärzteschaft sich selbst wahrnimmt. Dieses Bild ändert sich auch nach Ablauf des Modellprojekts nicht.

ABBILDUNG 4-22 FREMD- UND SELBSTBILD DER ÄRZTESCHAFT (Mittelwerte)



Fremdbild (wie Beraterinnen die Ärzteschaft wahrnehmen, gelbe Linie) und Selbstbild der Ärzteschaft (wie Ärztinnen und Ärzte sich selbst wahrnehmen, grüne Linie) zu Beginn und nach Abschluss des Modellprojekts; \*  $p < 0,002$ ;  $\alpha$ -adjustiert nach BONFERRONI

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

### Berufstypische oder geschlechtsbedingte Wahrnehmung?

Die beobachteten Unterschiede in der Fremd- und Selbstwahrnehmung sind eher berufsbedingt und nicht vom Geschlecht abhängig. Sie bleiben erhalten, wenn man die Ärzte aus der Analyse ausschließt und lediglich die Ärztinnen und die Beraterinnen miteinander vergleicht.

## ZUSAMMENFASSUNG

Die Prä-post-Vergleiche zeigen, dass die Qualitätszirkelarbeit positive Veränderungen in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit anstoßen konnte. Die zu Beginn gefundenen berufstypischen Einstellungen zu PND und zu wichtigen Inhalten der Beratung erwiesen sich hingegen als relativ stabil.

### STRUKTURELLE MERKMALE DER BERATUNG

Die Ergebnisse der Eingangsbefragung bestätigen die Vermutung, dass die Beraterinnen vor der Modellprojektphase eher selten in die Beratung zu PND involviert sind bzw. dass PND nicht der vorrangige Anlass für schwangere Frauen ist, eine Beratungsstelle aufzusuchen. Trotz positiver Einstellungen zur fachübergreifenden Kooperation auf beiden Seiten findet eine Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Beraterinnen eher selten statt.

Am Ende des Modellprojekts haben die Beraterinnen nach eigener Einschätzung deutlich mehr Fälle, in denen PND konkreter Beratungsanlass oder aber Thema der Beratung ist. Auch die Kooperation zwischen den beiden Berufsgruppen hat zugenommen. Die interprofessionelle Qualitätszirkelarbeit konnte nicht nur dazu beitragen, dass ein vermehrter Austausch (z. B. mehr telefonische Kontakte, gemeinsame Fortbildung, gegenseitige Weiterverweisungen von Patientinnen bzw. Klientinnen) zwischen der ärztlichen und der psychosozialen Berufsgruppe initiiert wurde, sondern dass zum Teil auch völlig neue Kooperationsstrukturen bzw. Kooperationsmodelle entstanden sind, die eine gemeinsame Beratung von Betroffenen zu PND ermöglichen (vgl. Kapitel 5). Dies ist ein großer Schritt auf dem Weg zu einer verbesserten Versorgung.

Ebenfalls erfreulich ist, dass sich ein Teil der Ärzteschaft – den Selbstauskünften zufolge – tendenziell mehr Zeit für die Beratung nimmt. Dies ist vor dem Hintergrund der zeitlich äußerst begrenzten Ressourcen von Ärztinnen und Ärzten, auf die sie häufig Bezug nehmen, ein bemerkenswertes Ergebnis.

### INHALTLICHE SCHWERPUNKTE IN DER BERATUNG

Erwartungsgemäß setzen Ärztinnen bzw. Ärzte und Beraterinnen berufsspezifische Schwerpunkte in der Beratung zu PND, die sich durch die IQZ-Arbeit nur unwesentlich verändert haben. Die **Ärzschaft** legt großen Wert auf eine gründliche medizinische Aufklärung über Untersuchungsmethoden, Befunde und deren Konsequenzen. Nach PND mit einem auffälligen Befund findet sie es zudem wichtig, Betroffene über Therapie- und Förderungsmöglichkeiten zu informieren. **Beraterinnen** legen hingegen größeren Wert darauf, die Bedeutung der jeweiligen Maßnahme für die Betroffenen sowie deren individuelle Bedürfnisse herauszuarbeiten. In der Beratung während und nach PND finden sie es vor allem wichtig, auf die emotionale Situation und die familiären bzw. sozialen Rahmenbedingungen der Klientinnen einzugehen; damit betonen die Beraterinnen zwei Aspekte, die eher am Rande des Blickfelds der Ärzteschaft liegen.

Wie einleitend erwähnt, findet man in den Richtlinien der BÄK keine Aussagen zur Beratung während PND, so dass es nicht verwundert, dass die Ärzteschaft Beratungsaspekten, die während der Inanspruchnahme von PND eine besonders wichtige Rolle spielen (z. B. die emotionale Begleitung von Betroffenen), weniger Beachtung schenkt. Auch scheint es nachvollziehbar, dass die Ärzteschaft aufgrund ihrer Ausbildung dazu neigt, sich an formal fassbaren Zahlenwerten (z. B. zum Restrisiko, Schwellenangaben) zu orientieren, während Beratende mit einer eher an sozialen bzw. philoso-

phischen Inhalten ausgerichteten Ausbildung emotionale Argumente und persönliche Einstellungen höher gewichten als Zahlenwerte.

Dass die Beratungsschwerpunkte nahezu unverändert bleiben, ist nicht zwangsläufig negativ zu bewerten. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die beiden Berufsgruppen in ihren Beratungsschwerpunkten ideal ergänzen und spezifischen Beratungsaufträgen Rechnung tragen können. Beraterinnen scheinen gerade jene Themen in der Beratung aufzugreifen, die in der ärztlichen Beratung häufig zu kurz kommen, was die eingangs erwähnte Notwendigkeit unterstreicht, psychosoziale Beratungsangebote vermehrt in die Versorgungsstrukturen zur PND zu integrieren.

### EINSTELLUNGS- UND BEZIEHUNGSMERKMALE

Ihren eigenen Angaben zufolge nehmen Ärztinnen und Ärzte im Umgang mit ihren Patientinnen eine weniger akzeptierende Haltung ein als Beraterinnen. Wie lässt sich dies verstehen? Die Ärzteschaft beschreibt sich durchaus auch als akzeptierend, nur eben nicht als „sehr akzeptierend“ wie die Beraterinnen. Dieser Unterschied könnte mit der Aus- und Weiterbildung der beiden Berufsgruppen zusammenhängen. Ein Teil der Beraterinnen, die am Modellprojekt teilnahmen, hat eine Zusatzausbildung in klientenzentrierter Gesprächsführung oder in anderen humanistischen Ansätzen absolviert, in denen Wertschätzung/Akzeptanz und Empathie wichtige Therapeutenvariablen darstellen. Aus der Literatur ist bekannt, dass eine von Akzeptanz geprägte emotionale Grundhaltung eng mit der theoretischen Ausrichtung der Berufsausbildung zusammenhängt. Die Ärzteschaft wird in ihrer Ausbildung eher selten mit spezifischen psychologischen Ansätzen bekannt gemacht oder hat zumindest weniger Anlass, sich damit auseinanderzusetzen. Ihre Art der Gesprächsführung und des Umgangs mit Patientinnen und Patienten lässt sich weniger aus einer psychotherapeutischen Schule – sei sie humanistisch, systemisch oder verhaltenstherapeutisch geprägt – herleiten als die der Beraterinnen. Aber auch bei psychologisch geschulten Fachkräften gibt es offensichtlich Unterschiede bezüglich der akzeptierenden Haltung. So zeigten sich beispielsweise bei Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten mit einer humanistischen Psychotherapieausbildung wesentlich höhere Werte in der „akzeptierenden Grundhaltung“ als bei Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten anderer Therapieschulen.<sup>19</sup>

Die unterschiedliche Einstellung zu PND scheint stärker vom Geschlecht der Fachperson beeinflusst zu sein als von deren Zugehörigkeit zu einer der beiden Berufsgruppen. Beraterinnen stehen dem Thema PND insgesamt eher skeptisch gegenüber und sind der Ansicht, die Inanspruchnahme sollte mehr von den persönlichen Einstellungen der Betroffenen und weniger von medizinischen Vorbefunden oder vom Alter abhängig gemacht werden. Ärzte raten im Fall auffälliger medizinischer Vorbefunde Schwangeren eher zur Inanspruchnahme von PND als Ärztinnen und Beraterinnen. Eine schwangere Frau muss also mit unterschiedlichen Empfehlungen rechnen, abhängig davon, ob sie sich von einem Arzt oder einer Ärztin betreuen lässt. Dem Alterskriterium messen Ärztinnen und Ärzte jedoch gleichermaßen eine deutlich höhere Bedeutung bei als Beraterinnen. Dieser Befund passt zur Stellungnahme des NATIONALEN ETHIKRATES, der zufolge im Jahr 1998 invasive PND in mehr als 70 % der Fälle aufgrund des erhöhten Alters der Mutter durchgeführt wurde.<sup>20</sup> Diese berufs- und geschlechtsspezifischen Ansichten bleiben am Ende des Modellprojekts relativ unverändert erhalten.

<sup>19</sup> ORLINSKY et al. (2005)

<sup>20</sup> NATIONALER ETHIKRAT (Hg.) (2003)

Es ist nicht überraschend, dass beide Berufsgruppen eine äußerst positive Einstellung zur fachübergreifenden Kooperation beschreiben. Die Teilnahme am Projekt war freiwillig, und es war zu erwarten, dass vor allem jene Ärztinnen bzw. Ärzte und Beraterinnen teilnehmen, die zumindest grundsätzlich ein Interesse an einer fachübergreifenden Zusammenarbeit haben. Die Ärzteschaft ist im höheren Maße als die Beraterinnen der Ansicht, dass die „Zusammenarbeit mit anderen mehr Handlungssicherheit“ gibt. Auch in der Qualitätszirkelarbeit spielte die „Handlungssicherheit“ bei den Ärztinnen und Ärzten eine größere Rolle als bei den Beraterinnen.<sup>21</sup> Insbesondere bei medizinischen Komplikationen oder ethischen und rechtlichen Problemen (z. B. bei Spätabbruch) spürt die Ärzteschaft einen enormen Verantwortungsdruck und äußerte in diesen Fällen ausdrücklich den Wunsch nach einer vermehrten interprofessionellen Zusammenarbeit, um dadurch mehr Handlungssicherheit und emotionale Entlastung zu gewinnen.<sup>22</sup>

### BERUFSSTEREOTYPE WAHRNEHMUNGEN

Vorbehalte zwischen der Ärzteschaft und den Fachpersonen aus psychosozialen Tätigkeitsbereichen, die in der einschlägigen Literatur thematisiert werden, lassen sich anhand unserer Stichprobe nur teilweise stützen.<sup>23</sup> Zwar schreibt die Ärzteschaft den Beraterinnen tendenziell eher Eigenschaften wie verschwommen, schwach, passiv, ungeordnet, zart etc. zu, während die Beraterinnen die Ärzteschaft als kühler wahrnehmen als diese sich selbst. Und doch sind die Diskrepanzen zwischen den Fremd- und Selbstwahrnehmungen insgesamt relativ gering.

Das gegenseitige Kennenlernen im Rahmen der IQZ-Arbeit trug dazu bei, dass die Ärzteschaft ihr anfängliches Bild über die Beraterinnen zum Teil revidierte. Das Bild der Beraterinnen über die Ärzteschaft entsprach hingegen bereits zu Beginn weitgehend dem Bild der Ärzteschaft von sich selbst und war am Ende des Modellprojekts unverändert.

**21** Größere Handlungssicherheit zu gewinnen ist für beide Berufsgruppen von überragender Bedeutung, und dies wird über die Mitarbeit im IQZ auch erreicht. Dabei steht für die Ärzteschaft – auch im Hinblick auf rechtliche Aspekte – die Absicherung im Versorgungsprozess selbst im Vordergrund, die immer erneut über die Beteiligung anderer sicherzustellen ist. Die Mitarbeit im IQZ kann dazu einen Beitrag leisten, indem Ansprechpersonen gewonnen und Kooperationsbezüge ermöglicht werden. Für die Beratungsfachkräfte steht demgegenüber die Erweiterung der eigenen Kompetenzen (auch in Bezug auf die Pränataldiagnostik) im Vordergrund, die sie dazu befähigt, den Beratungsprozess mit größerer (fachlicher) Handlungssicherheit zu gestalten.

**22** Interdisziplinäre Zusammenarbeit macht Aushandlungsprozesse aufgrund unterschiedlicher Grundannahmen notwendig. Insofern zeigen sich unterschiedliche Verständnisse und insofern liegen – bei fehlender Abklärung – Missverständnisse immer nahe. Bei fehlender Zusammenarbeit können unterschiedliche Verständnisse – und damit auch Missverständnisse – nicht deutlich werden; die fehlende Zusammenarbeit aber kann geradezu Ausdruck von Missverständnissen sein.

**23** DEWALD (2001)



## PRÄ- UND POSTBEFRAGUNG – BEWERTUNG DER QUALITÄTSZIRKELARBEIT

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der Eingangs- und der Abschlussbefragung der Teilnehmenden zum Themenkreis Qualitätssicherung und Qualitätszirkel dargestellt. Bei Projektbeginn wurden insbesondere die Erwartungen an die Qualitätszirkelarbeit erhoben. In der Abschlussbefragung standen die Erfahrungen mit der Zirkelteilnahme und ihre von den Teilnehmenden selbst wahrgenommenen Wirkungen im Mittelpunkt. Dabei wurden gleichlautende Items gewählt, so dass erhoffte und wahrgenommene Effekte miteinander in Beziehung gesetzt werden und als Indikator für erfüllte Erwartungen (Teilnehmerzufriedenheit) interpretiert werden konnten. Insgesamt wurden für die Eingangsbefragung und Abschlussbefragung 40 Fragebögen über beide Projektphasen hinweg an den sechs Standorten ausgewertet.<sup>24</sup> In die Auswertung gehen die Antworten von 15 Ärztinnen und Ärzten sowie 22 Beratungskräften und drei Angehörigen anderer Berufsgruppen ein. Zirkelspezifische Aussagen stützen sich zwar auf statistisch bedeutsame Unterschiede, die aufgrund der kleinen Stichprobengröße allerdings nur mit Vorbehalt zu betrachten sind. Auf Signifikanznachweise wurde daher verzichtet.<sup>25</sup>

Die zentrale Fragestellung, inwieweit das Konzept „Qualitätszirkel“ im Bereich der Pränataldiagnostik akzeptiert und umgesetzt wurde, wird anhand einer Bewertung der Qualitätszirkelarbeit durch die Zirkelteilnehmenden dargestellt. Die nachfolgend dargestellten Grafiken beziehen sich durchgängig auf die Teilnehmenden. Die 16 Moderationskräfte – sechs Ärztinnen und Ärzte, neun Beraterinnen und eine Seelsorgerin (n = 16) – wurden mit einem parallelisierten und erweiterten Erhebungsbogen befragt, der separat ausgewertet wurde. Die Rücklaufquote betrug bei beiden Befragungen 100 %. Einige Ergebnisse werden textlich ergänzend herangezogen, finden aber keine eigenständige grafische Darstellung. Weitere Ergebnisse finden sich in Teil 3, Bewertung der Begleitseminare. Die grafische Darstellung der Teilnehmerbefragung erfolgt zuerst standortspezifisch und danach unter berufsgruppenbezogenen Aspekten.

### BISHERIGE ERFAHRUNGEN MIT QUALITÄTSSICHERUNG

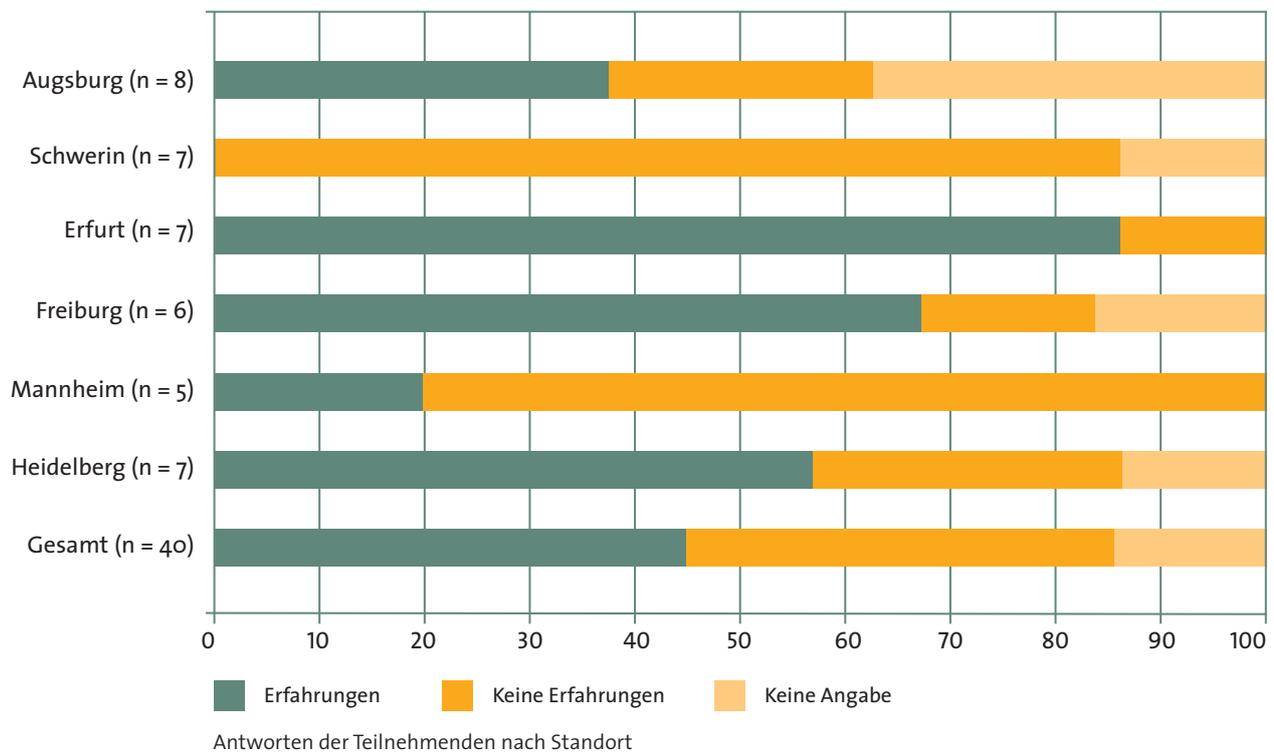
Über die Hälfte aller Teilnehmenden gibt im Vorfeld der Projektarbeit an, über Erfahrungen mit Qualitätssicherungsprogrammen zu verfügen. Dabei gibt es standortspezifische Unterschiede.

**24** Diese 40 Fragebögen beziehen sich auf die Teilnehmenden, die sowohl an der Eingangsbefragung als auch an der Abschlussbefragung teilgenommen haben und deren Fragebögen über einen Identifikationscode eindeutig einander zugeordnet werden konnten. Insgesamt liegen 83 Eingangsbefragungen und 60 Abschlussbefragungen zur Auswertung vor. Da die Fragebögen von den Moderierenden den Teilnehmenden direkt bei den Zirkeltreffen übergeben wurden, kann die Rücklaufquote nur abgeschätzt werden. Insgesamt liegen 83 Eingangsbefragungen von mutmaßlich 89 Personen vor, die an den ersten beiden Zirkeltreffen teilgenommen haben (93%). Die Abschlussbefragung bezieht sich auf 60 von mutmaßlich 73 Personen, die am jeweils letzten Zirkeltreffen teilgenommen haben (82%).

**25** Die Berufsgruppen verteilen sich wie folgt auf die einzelnen Zirkel: Heidelberg (3 Ärzte und Ärztinnen, 4 Beratungskräfte), Mannheim (3 Ärzte und Ärztinnen, 2 Beratungskräfte), Freiburg (3 Ärzte und Ärztinnen, 3 Beratungskräfte), Erfurt (3 Ärzte und Ärztinnen, 3 Beratungskräfte, 1 Hebammen), Schwerin (1 Arzt bzw. Ärztin, 5 Beratungskräfte, 1 keine Berufsangabe), Augsburg (2 Ärzte und Ärztinnen, 5 Beratungskräfte, 1 Klinikseelsorgerin).

ABBILDUNG 4-23

**HABEN SIE BISHER IN IHRER ARBEIT ERFAHRUNGEN MIT QUALITÄTSSICHERUNGSPROGRAMMEN GEMACHT? WORUM HANDELTE ES SICH KONKRET?** (Angaben in Prozent)



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

### Große Vorerfahrung

Die Anzahl der Teilnehmenden mit Vorerfahrungen ist in dem Erfurter Qualitätszirkel am höchsten. Hier geben sechs Mitglieder des Qualitätszirkels Erfahrungen in dem Bereich Qualitätssicherung an (z. B. „QS-medizinisches Programm“). Allerdings hat nur eine der drei Moderierenden dieses Zirkels Vorerfahrungen mit Qualitätssicherung. Eine ähnliche Verteilung findet sich bei den Teilnehmenden des Freiburger Zirkels, von denen vier angeben, Erfahrungen mit Maßnahmen der Qualitätssicherung (z. B. „QM-Maßnahmen im Klinikum“) gemacht zu haben, und von denen einer bereits an Qualitätszirkeln teilgenommen hat („frauenärztliche Qualitätszirkel“). Auch hier weichen die Angaben der Moderierenden von denen der Teilnehmenden ab, keine Moderationskraft gibt Vorerfahrungen an.

### Mittlere Vorerfahrung

Im „Mittelfeld“ der Erfahrungen liegt der Zirkel in Heidelberg, in dem vier Teilnehmende angeben, Erfahrungen mit Qualitätssicherungsprogrammen zu haben (z. B. „ISO 9002 in Einrichtungen“), und zwei über Qualitätszirkelpraxis berichten (z. B. „hausärztliche Qualitätszirkel“). Ein ähnliches Verhältnis der Vorerfahrung wie bei den Teilnehmenden findet sich bei den Moderierenden dieses Zirkels, bei denen eine von dreien über Vorerfahrungen verfügt. Ebenso im „Mittelfeld“ der Erfahrungen liegt der Zirkel in Augsburg; hier berichten drei Teilnehmende über Vorerfahrungen (z. B. „Statistik“), wovon eine über Qualitätszirkelpraxis verfügt (z. B. „war beim früheren Arbeitgeber Qualitätsbeauftragte, dadurch Teilnahme am Qualitätszirkel des Arbeitgebers/der Einrichtung“). Die drei Moderierenden dieses Zirkels haben aber Erfahrungen im Bereich Qualitätssicherung.

### Geringe bzw. keine Vorerfahrung

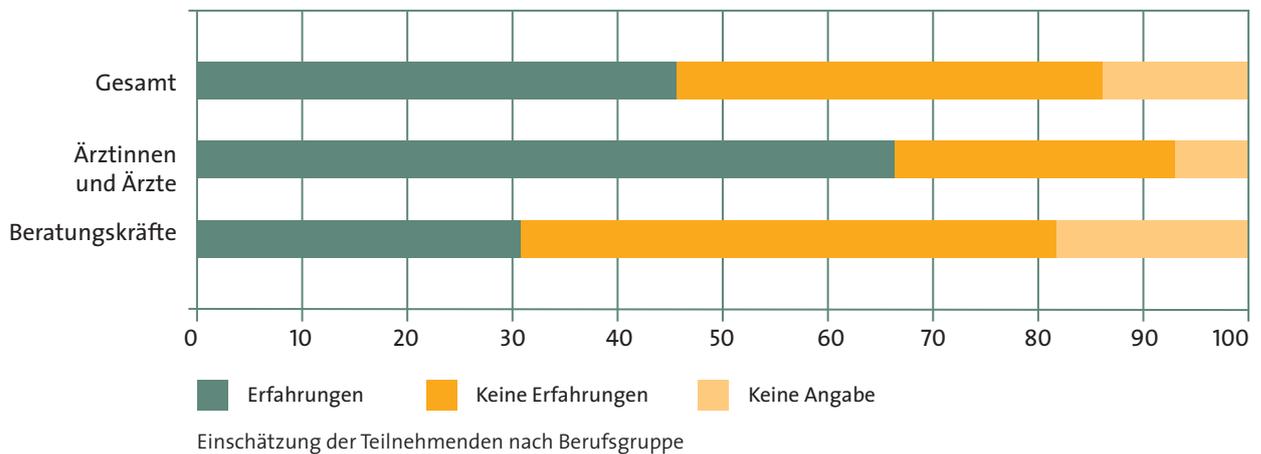
Vergleichsweise geringe Vorerfahrung bringen die Teilnehmenden des Mannheimer Zirkels mit. Hier hat nur ein Mitglied Erfahrungen („Balint-Gruppen-Arbeit“). Im Gegensatz dazu verfügen beide Moderierenden über – nicht weiter spezifizierte – Vorerfahrungen. Die Teilnehmenden des Schweriner Qualitätszirkels bringen keine Erfahrungen mit Qualitätssicherungsprogrammen mit, wohl aber zwei der drei Moderierenden.

### Berufsspezifische Unterschiede

Ärztinnen und Ärzte verfügen mit über 60 % deutlich häufiger über Vorerfahrungen mit Qualitätssicherungsprogrammen als die Beratenden mit über 30 % (vgl. Abbildung 4-24). Die Differenz liegt unter anderem in der ärztlichen Fortbildungsverpflichtung begründet und zeigt sich bei den Moderierenden ähnlich.

ABBILDUNG 4-24

**HABEN SIE BISHER IN IHRER ARBEIT ERFAHRUNGEN MIT QUALITÄTSSICHERUNGSPROGRAMMEN GEMACHT? WURUM HANDELTE ES SICH KONKRET?** (Angaben in Prozent)



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## MOTIVATION ZUR TEILNAHME AM IQZ

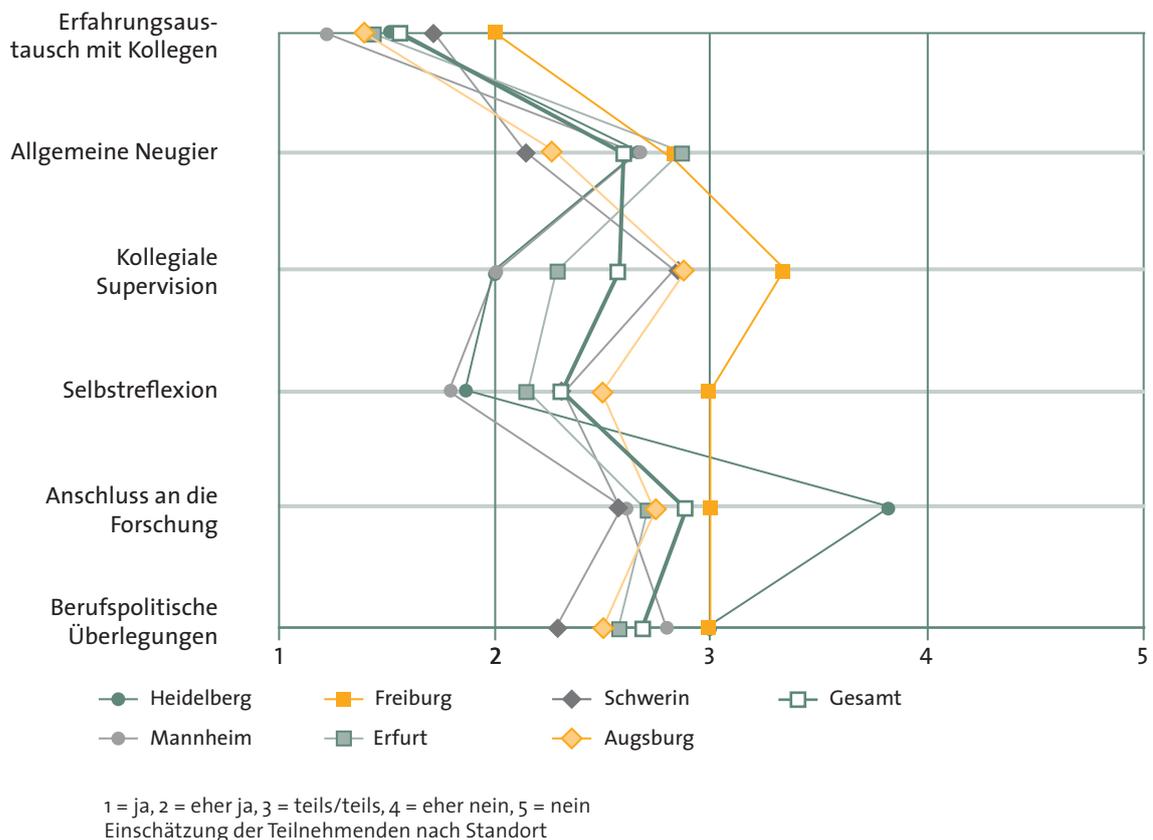
Zu Beginn der IQZ-Arbeit wurden die Motive für die Teilnahme an der Qualifizierungsmaßnahme erfragt. Die ausschlaggebende Motivation war über alle Zirkel hinweg der Wunsch nach „Erfahrungsaustausch mit Kollegen“. Dies korrespondiert mit den Erwartungen der Teilnehmenden, durch die Mitarbeit am Qualitätszirkel „Informationen über Kooperations- und Ansprechpartner zu erhalten“. Dahinter folgt in der Rangliste das Bedürfnis nach „Selbstreflexion“. Seltener wurden der Wunsch nach „Anschluss an die Forschung“ sowie „berufspolitische Überlegungen“ genannt (vgl. Abbildung 4-25).

Zirkelspezifische Unterschiede finden sich zu den Beweggründen „kollegiale Supervision“ sowie „Selbstreflexion“. Diese Aspekte sind für die Teilnehmenden des Freiburger Zirkels weniger ausschlaggebend für eine Teilnahme am Zirkel als bei den Heidelberger und Mannheimer Teilnehmenden.

Motivation der Moderierenden: Ebenso wie bei den Teilnehmenden motiviert in erster Linie der „Erfahrungsaustausch mit Kollegen“ die Moderierenden zur Teilnahme am IQZ. Auch bei ihnen sind die Aspekte „berufspolitische Überlegungen“ sowie der „Anschluss an die Forschung“ für eine Teilnahme eher zweitrangig.

Die zusätzlich gestellte offene Frage nach sonstigen Motivationsgründen liefert an allen Standorten Hinweise auf den allgemeinen Wunsch nach „Vernetzung und Kooperation“<sup>26</sup> sowie „Informationsgewinn“<sup>27</sup> und „Qualitätsförderung der Schwangerschaftsberatung“<sup>28</sup>. Die Moderierenden äußern die gleichen Wünsche.

ABBILDUNG 4-25

**WAS HAT SIE ZUR TEILNAHME MOTIVIERT? (Mittelwerte)**


Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

**26** Zum Beispiel „Netzwerkbarkeit“; „Abbau von Ängsten bei Beraterinnen gegenüber Ärzten“; „Erfahrungsaustausch/Kooperation mit den anderen Berufsgruppen (Gynäkologie/Humangenetik)“; „Erfahrung, dass interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig und hilfreich ist“

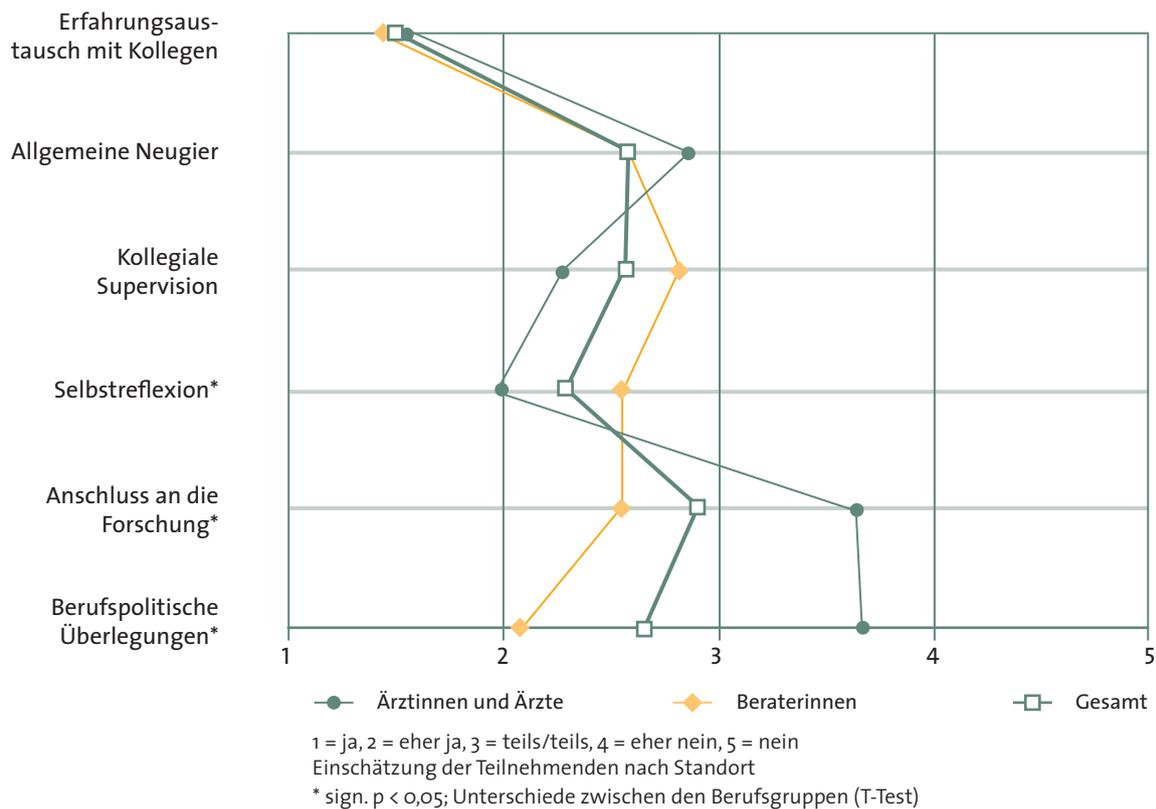
**27** Zum Beispiel „Ergänzungen meiner Qualifikationen“; „größeres Wissen über das Arbeitsgebiet“

**28** Zum Beispiel „Verbesserung der Patientenversorgung“; „Qualität der Beratung für betroffene Paare zu stärken“; „Vernetzung interdisziplinärer Zusammenarbeit im Interesse der Klientinnen“

### Berufsspezifische Unterschiede

Der Wunsch nach „Anschluss an die Forschung“ sowie „berufspolitische Überlegungen“ stellen für die Beraterinnen im Vergleich zu den Ärztinnen und Ärzten eine weitaus stärkere Motivation zur Teilnahme dar (vgl. Abbildung 4-26).<sup>29</sup>

ABBILDUNG 4-26 WAS HAT SIE ZUR TEILNAHME MOTIVIERT? (Mittelwerte)



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## RÜCKSCHAU: ERFAHRUNGEN AUS DER QUALITÄTSZIRKELARBEIT

Nach Projektabschluss wurden die Teilnehmenden danach befragt, inwieweit sich die mit ihrer jeweiligen Teilnahmemotivation verknüpften Erwartungen erfüllt haben (vgl. Abbildung 4-28). Hierbei ergab sich ein ähnliches Prioritätenprofil wie bei Projektbeginn (vgl. Abbildung 4-26), der „Erfahrungsaustausch mit Kollegen“ ist auch nach Projektende am wesentlichsten. Beim Vergleich von Eingangs- und Abschlussbefragung wird deutlich, dass sich die Erwartungen der Teilnehmenden größtenteils erfüllt haben.<sup>30</sup> Bei den Moderierenden ergibt sich ein ähnliches Bild.

<sup>29</sup> Diese berufsgruppenbezogenen Unterschiede zeigen sich auch bei den Moderierenden, wobei hier zusätzlich die Beraterinnen ein weitaus stärkeres Interesse an Selbstreflexion äußern als die Ärztinnen und Ärzte.

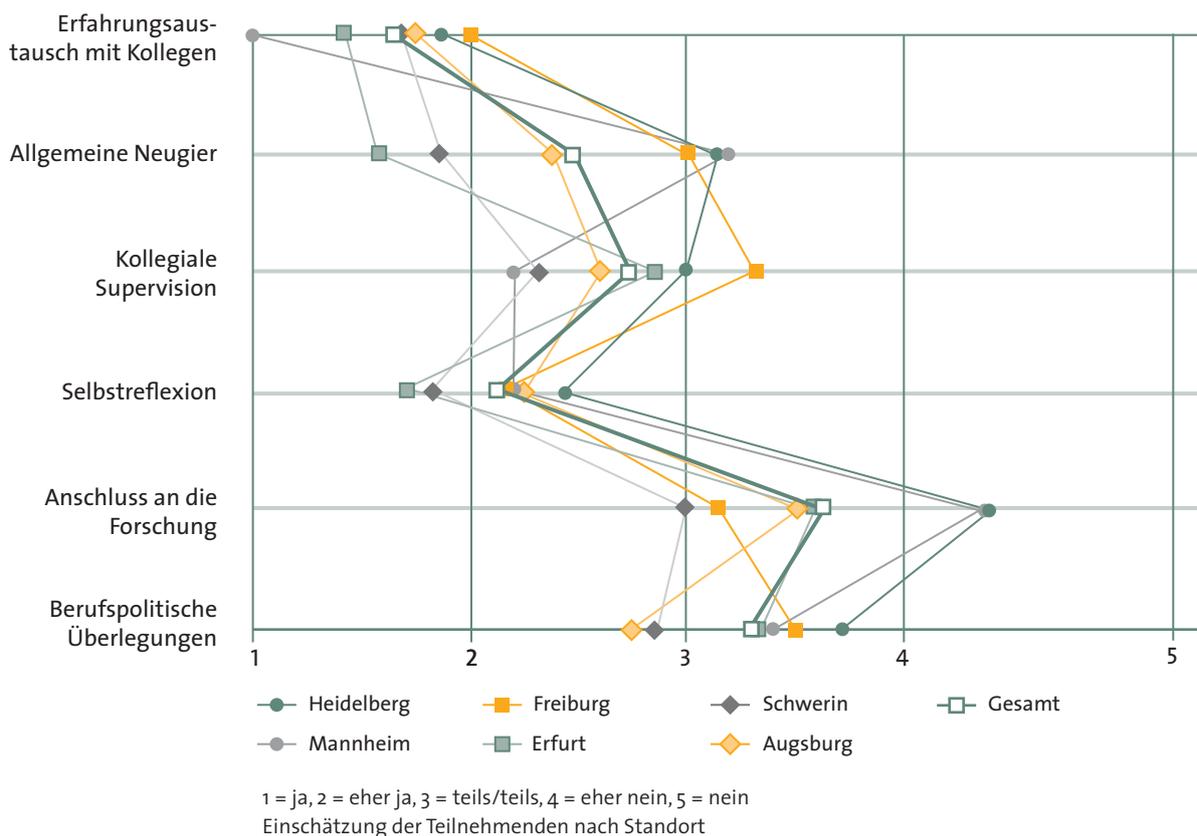
<sup>30</sup> Keine signifikanten Unterschiede im T-Test bei gepaarten Stichproben zwischen der Eingangs- und Abschlussbefragung der Teilnehmenden,  $p < 0,05$

Befragt nach „Sonstigem“ heben die Teilnehmenden den „berufsübergreifenden Erfahrungsaustausch und Lernprozess“ und hier insbesondere „persönliches Kennenlernen von Kolleginnen und Kollegen aus verschiedenen Bereichen“ positiv hervor. Die Moderierenden ergänzen hierzu noch unter anderem die „Entwicklung von interdisziplinären Strategien“ sowie die „Erhöhung der gegenseitigen Wertschätzung“. Ein Teilnehmender aus Erfurt schreibt: „(Ich habe) viele engagierte Mitarbeiter kennen gelernt, bin beeindruckt.“

Darüber hinaus sind nach Angaben der Teilnehmenden durch die Mitarbeit im Qualitätszirkel „Möglichkeiten der Vernetzung und Zusammenarbeit konkreter geworden“. Bei den Äußerungen über die Erfahrungen mit der Qualitätszirkelarbeit finden sich zirkelspezifische Unterschiede in Bezug auf den „Erfahrungsaustausch mit Kollegen“. Die Teilnehmenden aus Mannheim äußern sich deutlich positiver als die aus Freiburg. Der „Anschluss an die Forschung“ hat bei den Schweriner und Freiburger Teilnehmenden eine wesentlich stärkere Bedeutung als bei den Teilnehmenden in Heidelberg und Mannheim (vgl. Abbildung 4-27).

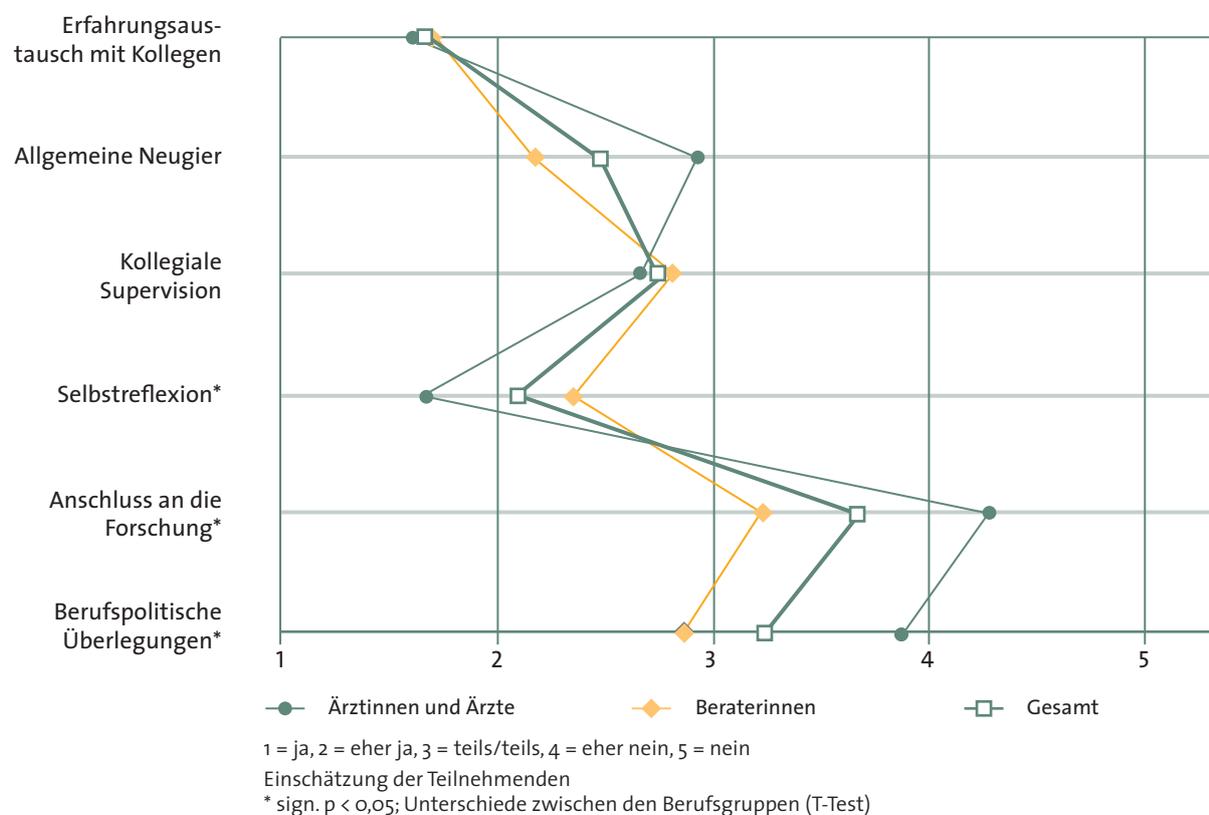
ABBILDUNG 4-27

#### WELCHE ERFAHRUNGEN HABEN SIE MIT DER QUALITÄTSZIRKELARBEIT GEMACHT? (Mittelwerte)



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

ABBILDUNG 4-28

**WELCHE ERFAHRUNGEN HABEN SIE MIT DER QUALITÄTSZIRKELARBEIT GEMACHT?**  
 (Mittelwerte)


Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

### Berufsspezifische Unterschiede

Berufsspezifische Unterschiede bezüglich der Erfahrungen im Qualitätszirkel sind im Hinblick auf die Aspekte „Selbstreflexion“, „Anschluss an die Forschung“ und „berufspolitische Überlegungen“ festzustellen. Die Ärztinnen und Ärzte betonen den Aspekt der Selbstreflexion wesentlich stärker, wohingegen die Beratenden den Anschluss an die Forschung sowie berufspolitische Überlegungen hervorheben. Letzteres hat für die Beratenden bereits zu Beginn des Projekts eine entscheidende Rolle gespielt, konnte im Rahmen der Zirkelarbeit allerdings nicht im gewünschten Maße erfüllt werden (vgl. Abbildung 4-28).

Die berufsspezifischen Unterschiede bei den Moderierenden decken sich bezüglich der Aspekte „Anschluss an die Forschung“ sowie „berufspolitische Überlegungen“ mit denen der Teilnehmenden. Ein Unterschied findet sich hinsichtlich der Bewertungen zum Aspekt „Selbstreflexion“, den die Beraterinnen stärker betonen.

## KONKRETE ERWARTUNGEN AN IQZ-ARBEIT

Insgesamt zeigt sich bei den konkret geäußerten Erwartungen der Teilnehmenden zu Beginn der Projektphase ein relativ homogenes Gesamtbild: Die Mehrzahl von ihnen erwartet, „Informationen über Kooperations- und Ansprechpartner“ zu erhalten, „den Kontakt zu Kollegen zu verbessern“ sowie die „Zusammenarbeit mit anderen im Feld Tätigen zu verbessern“ (vgl. Abbildung 4-29). Diese Erwartungen korrespondieren mit den Zielen des Modellprojekts insofern, als an allen Standorten der erwartete Bedarf nach stärkerer Kooperation vorhanden war. Die Erwartungen der Moderierenden unterscheiden sich nicht von denen der Teilnehmenden.

Im Hinblick auf die Zielsetzung „Qualitätsförderung“ ist hervorzuheben, dass die Teilnehmenden eher geringe Erwartungen haben, durch die IQZ-Arbeit eine „höhere Arbeitszufriedenheit“ oder konkrete „Verhaltensänderung“ zu erreichen. Gleiches gilt für die Moderierenden, bei denen auch der Aspekt, durch die Teilnahme „mehr emotionalen Rückhalt für die tägliche Arbeit zu erwerben“, nachrangig ist.

### Zirkelspezifische Unterschiede

Zirkelspezifische Unterschiede lassen sich bei dem Item „Kontakt zu meinen Kollegen verbessern“ feststellen. Dieser Aspekt ist für die Teilnehmenden in Augsburg und Heidelberg bedeutsamer als für diejenigen aus Mannheim und Freiburg. Ebenso erwarten Freiburger Teilnehmende weniger, „mehr Einblicke in die eigene Tätigkeit zu bekommen“, als die Teilnehmenden an den Standorten Erfurt und Schwerin.

Die Teilnehmenden aus Freiburg bringen insgesamt vergleichsweise geringere Erwartungen zum Ausdruck als andere. So ist für sie der Aspekt, „mehr fachbezogene Handlungssicherheit zu erwerben“, weniger maßgeblich für eine Teilnahme am IQZ, im Vergleich zu den sehr hohen Erwartungen an den Standorten Erfurt, Schwerin und Augsburg. Ebenso sind die Erwartungen in Freiburg, durch die Mitarbeit „Informationen über Kooperations- und Ansprechpartner zu erhalten“, deutlich niedriger als bei den Teilnehmenden aus Heidelberg, Mannheim und Augsburg. Am wenigsten erhoffen sich die Freiburger, durch die Mitarbeit im Zirkel eine höhere Arbeitszufriedenheit („mehr Freude an der Arbeit“) zu erhalten. Die Teilnehmenden in Erfurt erwarten insbesondere, „mehr emotionalen Rückhalt für die tägliche Arbeit zu bekommen“ (vgl. Abbildung 4-29).

ABBILDUNG 4-29

**ICH NEHME AN, DASS ICH DURCH MEINE MITARBEIT IM QUALITÄTZRINKEL ...**  
 (Mittelwerte)

mein Verhalten in der täglichen Arbeit ändern werde

den Kontakt zu meinen Kollegen verbessern kann

mehr Einblicke in meine eigene Tätigkeit bekomme

mehr emotionalen Rückhalt für meine tägliche Arbeit bekomme

mehr fachbezogene Handlungssicherheit erwerben kann

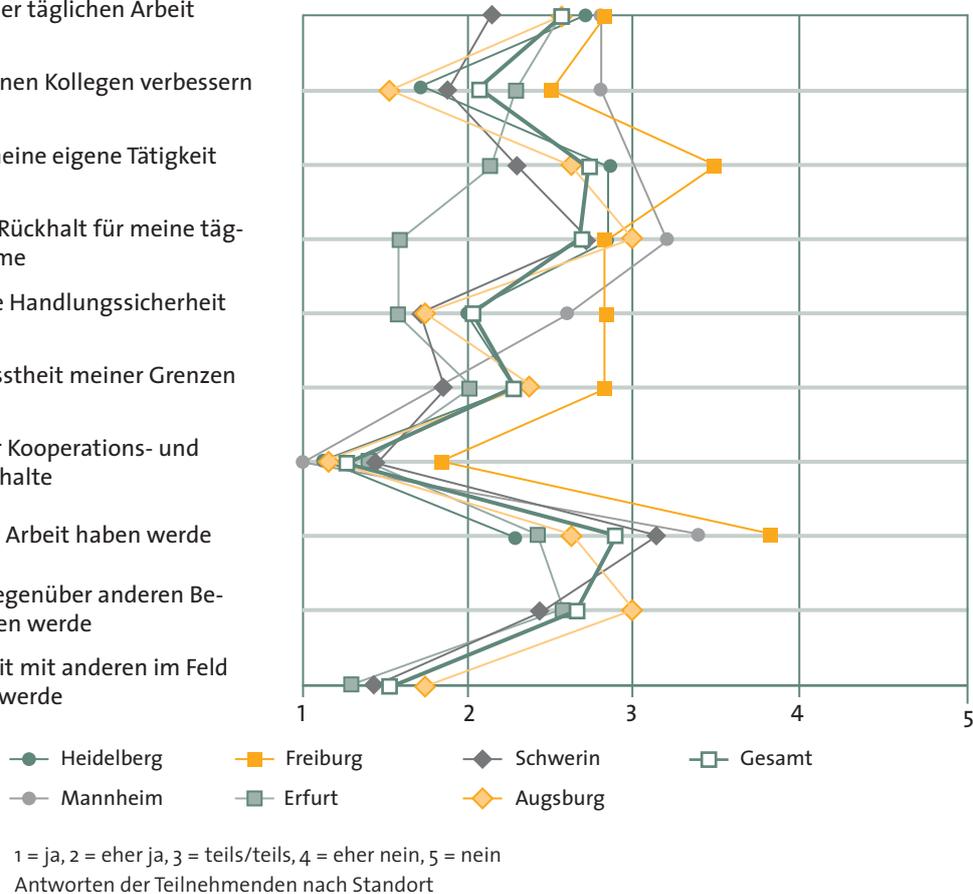
eine größere Bewusstheit meiner Grenzen erreichen werde

Informationen über Kooperations- und Ansprechpartner erhalte

mehr Freude an der Arbeit haben werde

eine Aufwertung gegenüber anderen Berufsgruppen erfahren werde

die Zusammenarbeit mit anderen im Feld Tätigen verbessern werde



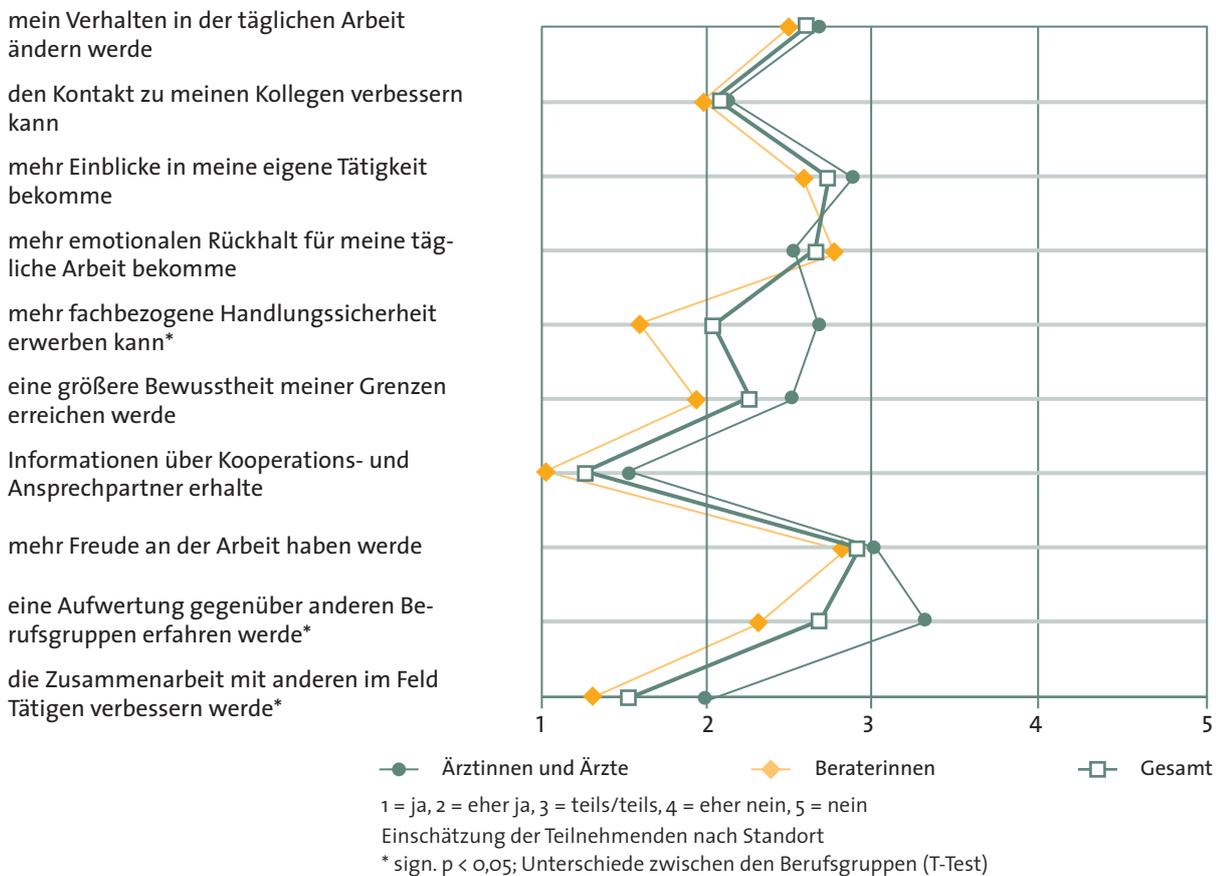
Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

### Berufsspezifische Unterschiede

Die Berufsgruppen trugen unterschiedliche Erwartungen an die Zirkelarbeit heran: Im Vergleich zu den Ärztinnen und Ärzten erhoffen sich die Beraterinnen durch die Mitarbeit im Zirkel weitaus mehr „fachbezogene Handlungssicherheit“ und eine „Aufwertung gegenüber anderen Berufsgruppen“ und sie möchten stärker die „Zusammenarbeit ... verbessern“ (vgl. Abb. 4-30).

Ähnliches gilt für die Beraterinnen unter den Moderierenden, wengleich die Unterschiede in Bezug auf die letzten Aspekte hier nicht so ausgeprägt sind. Im Vergleich zu den Teilnehmenden wünschen sich hier die Ärztinnen und Ärzte stärker, „mein Verhalten in der täglichen Arbeit zu ändern“, den „Kontakt zu meinen Kollegen zu verbessern“, eine „größere Bewusstheit meiner Grenzen zu erreichen“ sowie „mehr Einblicke in die eigene Tätigkeit zu bekommen“. Ebenso ist der Wunsch, „mehr emotionalen Rückhalt für die tägliche Arbeit zu bekommen“, unter den ärztlichen Moderierenden noch stärker bzw. der Unterschied zwischen den Berufsgruppen hier ausgeprägter.

ABBILDUNG 4-30

**ICH NEHME AN, DASS ICH DURCH MEINE MITARBEIT IM QUALITÄTZRINKEL ...**  
 (Mittelwerte)


Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## RÜCKSCHAU: EFFEKTE DER QUALITÄTZRINKELARBEIT

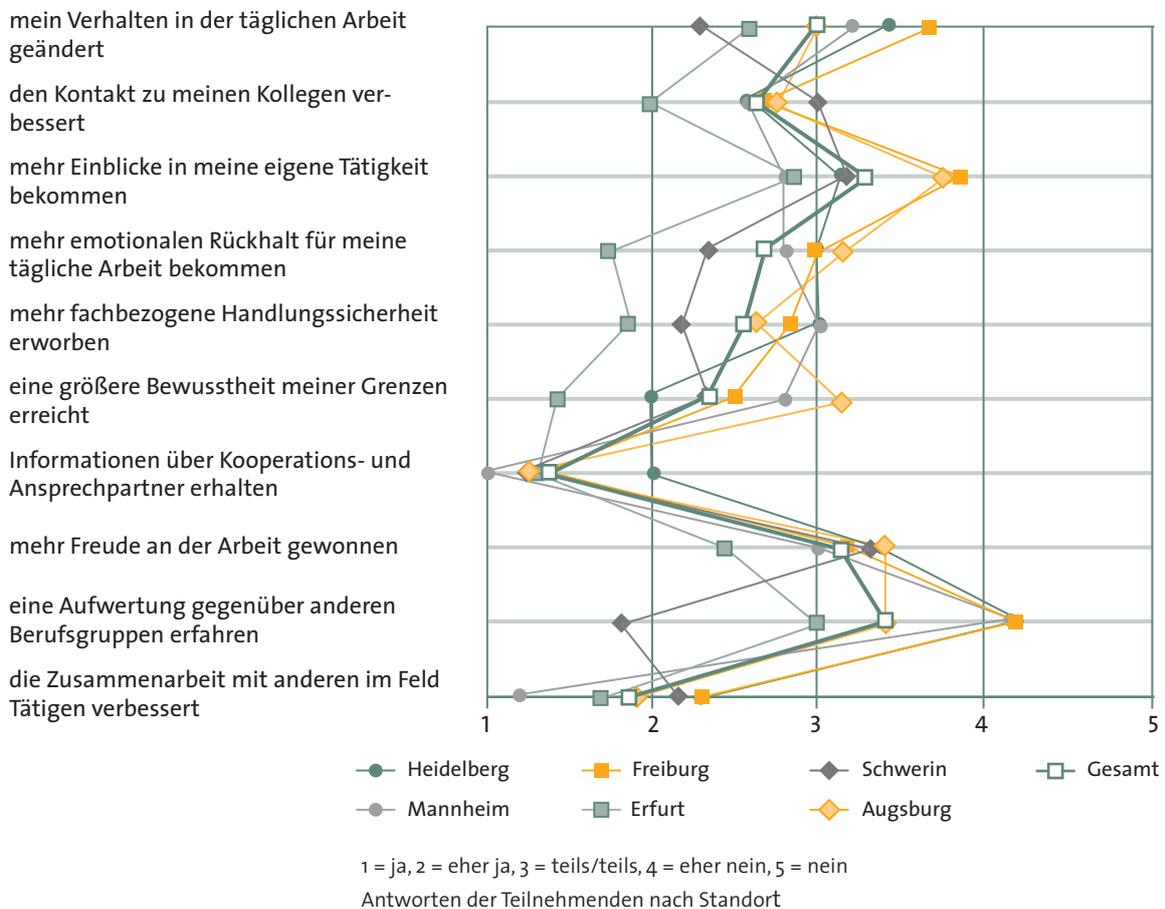
Die von den Teilnehmenden und Moderierenden nach Abschluss der IQZ-Arbeit vorrangig benannten Veränderungen entsprechen den wesentlichen Zielen des Modellprojekts (vgl. Kapitel 2, S. 41), „Informationen über Kooperations- und Ansprechpartner zu erhalten“ und „die Zusammenarbeit mit anderen im Feld Tätigen zu verbessern“ (vgl. Abbildung 4-31). Insgesamt zeigen sich bei den Wirkungen, die die Teilnehmenden selbst der Zirkelarbeit zuschreiben, bezogen auf Standort und Berufsgruppen zum Teil deutliche Unterschiede.

### Zirkelspezifische Unterschiede

Im Heidelberger Qualitätszirkel haben die Teilnehmenden deutlich weniger „Informationen über Kooperations- und Ansprechpartner erhalten“ als die Teilnehmenden der anderen Zirkel. Diese Einschätzung steht möglicherweise in Zusammenhang mit dem „Wegbleiben“ der Ärzteschaft und der daraus resultierenden Frustration bzw. mit der – aus Sicht der Beraterinnen – mangelnden Kooperation mit den Ärzten.

Die Schweriner Teilnehmenden haben – im Vergleich zu den Standorten Freiburg und Heidelberg – stärker ihr „Verhalten in der täglichen Arbeit geändert“. Darüber hinaus hat hier eine stärkere „Aufwertung gegenüber anderen Berufsgruppen“ (die am Beratungsprozess beteiligt sind) stattgefunden als in allen anderen Zirkeln.

ABBILDUNG 4-31

**DURCH MEINE MITARBEIT IM QUALITÄTSZIRKEL HABE ICH ...**  
 (Mittelwerte)


Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

Die Teilnehmenden des Erfurter Zirkels haben im Vergleich zu den Standorten Heidelberg, Freiburg und Augsburg deutlich stärker „mehr emotionalen Rückhalt für ihre tägliche Arbeit erhalten“. Ebenso haben die Teilnehmenden dieses Zirkels eine „größere Bewusstheit eigener Grenzen erreicht“ als die Teilnehmenden an den Standorten in Mannheim und Augsburg.

In Mannheim hat sich die „Zusammenarbeit mit anderen im Feld Tätigen“ wesentlich stärker verbessert als bei den Teilnehmenden in Heidelberg, Freiburg und Schwerin.

### Vergleich der Daten aus der Eingangs- und der Abschlussbefragung

Um die Erfüllung der konkreten Erwartungen abschätzen zu können, wurden die gleichlautenden Items der Eingangs- und Abschlussbefragungen verglichen.<sup>31</sup> Insgesamt gesehen wurden auch hier die bei Projektbeginn geäußerten Erwartungen der Teilnehmenden größtenteils erfüllt (vgl. Abbildung 4-30 und 4-32). Dieses Ergebnis

<sup>31</sup> Keine signifikanten Unterschiede im T-Test bei gepaarten Stichproben, Signifikanz  $p < 0,05$ , Vergleich zwischen Eingangs- und Abschlussbefragung über alle Standorte hinweg

spricht für eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmenden. Dies gilt nur begrenzt für die folgenden – hohen – Erwartungen: „Ich habe mein Verhalten in der täglichen Arbeit geändert“, „den Kontakt zu meinen Kollegen verbessert“, „mehr Einblicke in die eigene Tätigkeit bekommen“ sowie „mehr fachbezogene Handlungssicherheit erworben“. Der letzte Aspekt wird auch nach der Bewertung der Moderierenden nicht erfüllt, während die Bewertung der anderen Items bei ihnen besser ausfällt als bei den Teilnehmenden.

### Berufsspezifische Unterschiede

Die Ärztinnen und Ärzte haben tendenziell stärker „emotionalen Rückhalt“ erhalten und „mehr Freude an der Arbeit“ erfahren als die Beraterinnen. Die ärztlichen Moderierenden haben ebenfalls mehr „emotionalen Rückhalt“ erhalten, wenngleich nicht so ausgeprägt wie die Teilnehmenden.

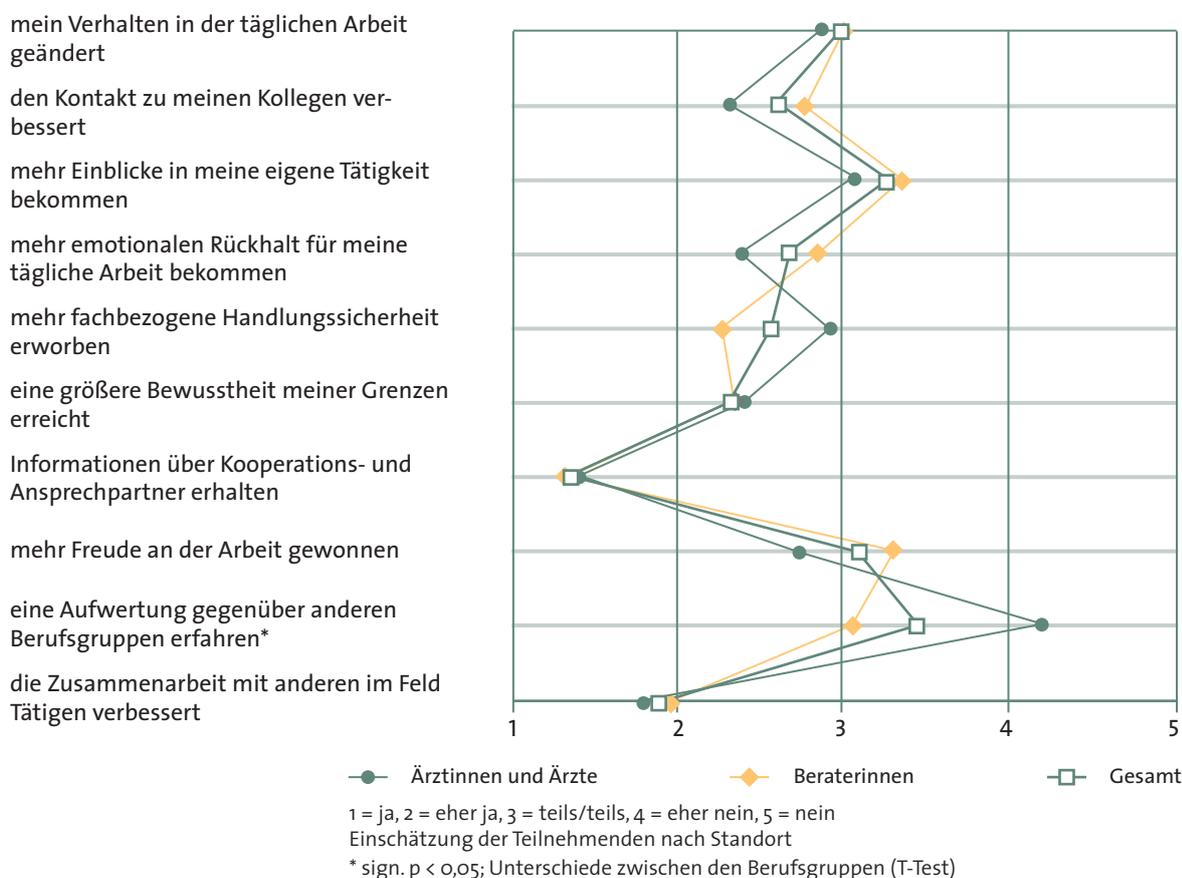
Bei den Beratenden wird der Aspekt „mehr Freude an der Arbeit gewonnen“ etwas stärker bewertet.

Die teilnehmenden Beraterinnen geben signifikant stärker an, eine „Aufwertung gegenüber anderen Berufsgruppen erhalten“ zu haben (vgl. Abbildung 4-32). Dabei sind die – durchweg höheren – Erwartungen der Beratenden in Bezug auf die Aspekte „(ich habe) mein Verhalten in der täglichen Arbeit geändert“, „den Kontakt zu Kollegen verbessert“, „mehr Einblicke in meine eigene Tätigkeit bekommen“ sowie „mehr fachbezogene Handlungssicherheit erworben“ nicht erfüllt worden.

Die berufsspezifischen Unterschiede bei den Moderierenden sind im Wesentlichen umgekehrt. Hier wurden die teils hohen Erwartungen der Ärztinnen und Ärzte nicht erfüllt. Insbesondere in Bezug auf folgende Aspekte: „(Ich habe) mein Verhalten in der täglichen Arbeit geändert“, „mehr fachbezogene Handlungssicherheit“ sowie „eine größere Bewusstheit meiner Grenzen erreicht“. Im Gegenzug decken sich die Erwartungen der moderierenden Beraterinnen im Wesentlichen mit ihren Erfahrungen, hinsichtlich des Items, „eine größere Bewusstheit meiner Grenzen erreicht“ zu haben, wurden die Erwartungen sogar übererfüllt.<sup>32</sup>

**32** T-Test bei gepaarten Stichproben, Signifikanz  $p < 0,05$ , Vergleich zwischen Eingangs- und Abschlussbefragung zwischen den Berufsgruppen

ABBILDUNG 4-32

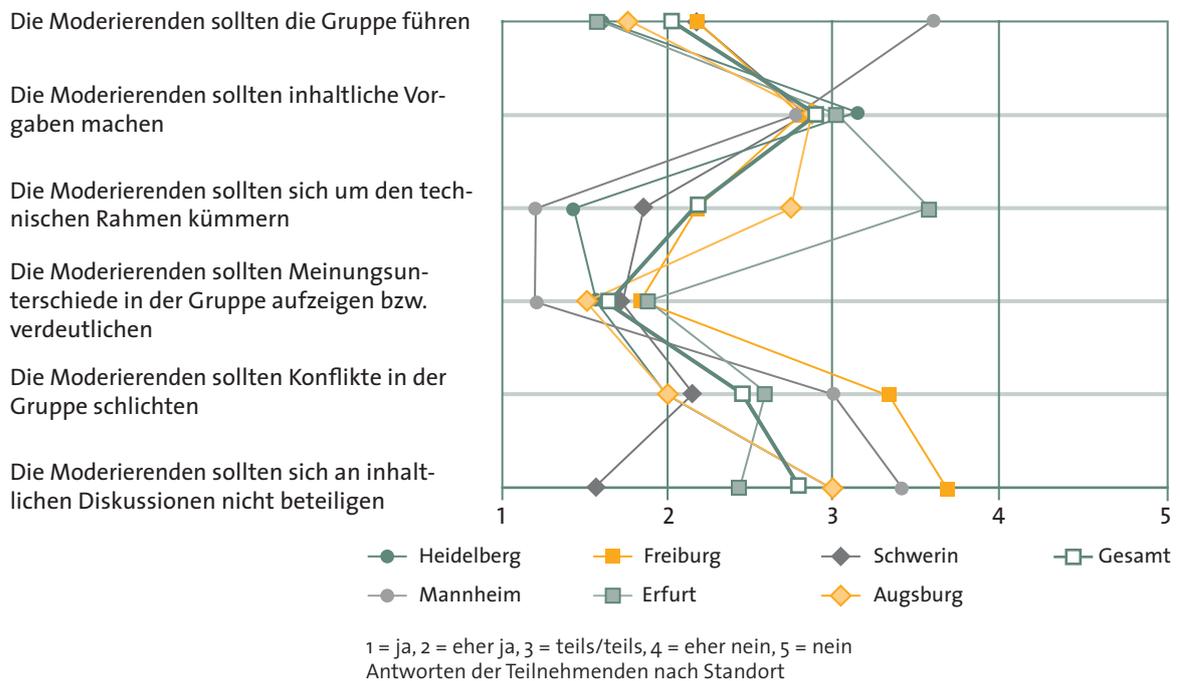
**DURCH MEINE MITARBEIT IM QUALITÄTSZIRKEL HABE ICH ...**  
 (Mittelwerte)


Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## ERWARTUNGEN AN DIE MODERATION

In erster Linie soll die Moderation „Meinungsunterschiede in der Gruppe“ aufzeigen: In dieser Einschätzung sind sich die Teilnehmenden über alle Standorte hinweg zu Beginn des Projekts weitestgehend einig. Zirkelspezifische Unterschiede finden sich bei den Einschätzungen hinsichtlich des Aspekts „die Moderation soll die Gruppe führen“. Von den Mannheimer Teilnehmenden werden die Moderierenden weitaus weniger in einer Gruppenführungsfunktion gesehen als an allen anderen Standorten. Für die Teilnehmenden in Erfurt und Augsburg stehen weitaus weniger organisatorische Aufgaben im Vordergrund als an allen anderen Standorten. Die Freiburger Teilnehmenden sehen die Aufgabe der Moderation hingegen weniger darin, Konflikte in der Gruppe zu schlichten, als die Teilnehmenden an allen anderen Standorten. Die Heidelberger Teilnehmenden wünschen sich in erster Linie, dass die Moderierenden organisatorische Aufgaben übernehmen und die Gruppe führen, lehnen jedoch inhaltliche Vorgaben seitens der Moderierenden eher ab. Die Schweriner Teilnehmenden sprechen sich am stärksten gegen eine inhaltliche Beteiligung der Moderierenden aus, insbesondere im Vergleich zu den Standorten Heidelberg, Mannheim, Freiburg und Augsburg (vgl. Abbildung 4-33).

ABBILDUNG 4-33

**WIE SEHEN SIE DIE FUNKTION/AUFGABE DER „MODERATION“ EINES QUALITÄTSZIRKELS?  
(Mittelwerte)**


Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

Über alle Zirkel hinweg sind die Erwartungen an die Moderation hoch. Damit die Moderationsteams den zum Teil recht unterschiedlichen Anforderungen an den jeweiligen Standorten gerecht werden konnten, war eine spezifische Unterstützung im begleitenden Lehrgang zur Qualitätszirkelmoderation erforderlich. Die Moderierenden haben, ebenso wie die Teilnehmenden, hohe Ansprüche an ihre eigene Moderation.

Die Anforderungen, die die Moderierenden an sich selbst stellen, konzentrieren sich auf den organisatorisch-technischen Bereich sowie auf das Aufzeigen von Meinungsunterschieden. Bei diesem Aspekt decken sich ihre eigenen Anforderungen an die Moderation mit denen der Teilnehmenden. Im Gegensatz zu den Teilnehmenden zählen die Moderierenden es allerdings weniger zu ihrem Aufgabenbereich, inhaltliche Vorgaben zu machen.

### Berufsspezifische Unterschiede

Über alle Standorte hinweg finden sich bezüglich der Erwartungen an die Moderation keine bedeutsamen berufsspezifischen Unterschiede bei den Teilnehmenden (vgl. Abbildung 4-34). Unterschiede finden sich aber bei der Gruppe der Moderierenden in Bezug auf den Aspekt „die Moderierenden sollten die Gruppe führen“. Diese Ansicht ist bei den moderierenden Ärztinnen und Ärzten stärker ausgeprägt.

ABBILDUNG 4-34

**WIE SEHEN SIE DIE FUNKTION/AUFGABE DER „MODERATION“ EINES QUALITÄTSZIRKELS?**  
 (Mittelwerte)

Die Moderierenden sollten die Gruppe führen

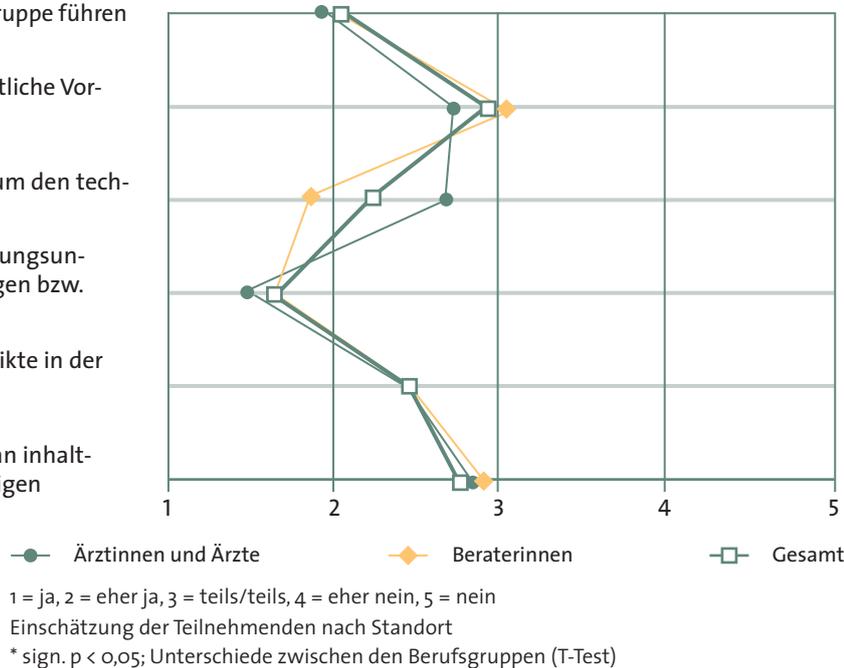
Die Moderierenden sollten inhaltliche Vorgaben machen

Die Moderierenden sollten sich um den technischen Rahmen kümmern

Die Moderierenden sollten Meinungsunterschiede in der Gruppe aufzeigen bzw. verdeutlichen

Die Moderierenden sollten Konflikte in der Gruppe schlichten

Die Moderierenden sollten sich an inhaltlichen Diskussionen nicht beteiligen



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## RÜCKSCHAU: ANFORDERUNGEN AN DIE MODERATION

Noch stärker als zu Beginn der Zirkelarbeit wünschen sich die Teilnehmenden in der Rückschau, dass die Moderierenden die Gruppe führen und sich um organisatorisch-technische Aufgaben kümmern (vgl. Abbildung 4-35). Die Funktion der Moderierenden wird weiterhin auch darin gesehen, „Meinungsunterschiede in der Gruppe aufzuzeigen“. Im Wesentlichen decken sich die Erwartungen der Teilnehmenden mit den Erfahrungen mit der Moderation.

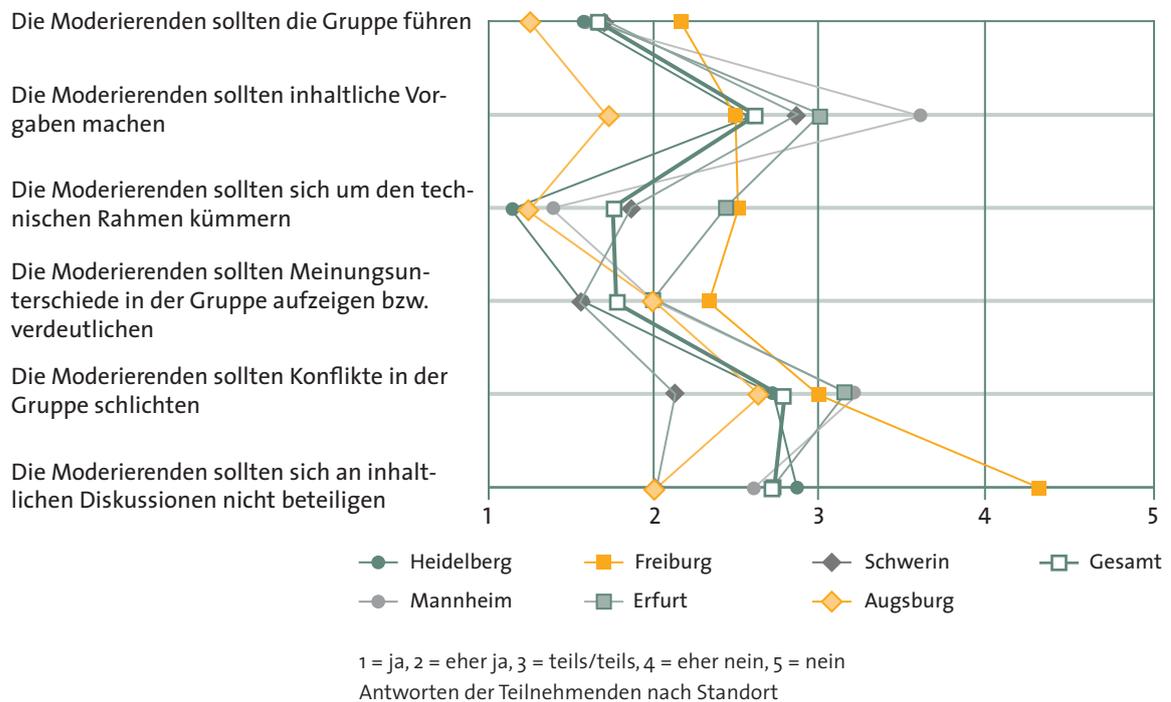
Ähnlich wie für die Teilnehmenden hat auch für die Moderierenden selbst die Funktion, „die Gruppe zu führen“, bei Projektende eine größere Bedeutung erhalten. Nach wie vor aber sehen sie ihre Hauptaufgabe darin, Meinungsunterschiede aufzuzeigen.

Insgesamt werden die Aufgaben und Funktionen des Moderationsteams an den jeweiligen Standorten unterschiedlich bewertet.

### Organisatorisch-technische Aufgaben

In dem **Heidelberger** Zirkel betonen die Teilnehmenden in erster Linie die Bedeutung der Übernahme organisatorisch-technischer Aufgaben. Dass die Teilnehmenden mit ihrer Moderation überwiegend zufrieden waren, wird aus ergänzenden offenen Antworten deutlich: „sehr unterstützend, gute zusammengefasste Ergebnisse“; „ausgezeichnete Moderation: ausgleichend“, „ohne die Moderation wäre der IQZ nicht möglich gewesen“. Aber es wird auch angemerkt, dass die Moderierenden „... unausgesprochene Konflikte deutlicher (hätten) herausarbeiten sollen!“ (vgl. auch unten, „Prozessevaluation der IQZ-Durchführung“).

ABBILDUNG 4-35

**IN DER RÜCKSCHAU: WIE SEHEN SIE DIE FUNKTION/AUFGABE DER MODERIERENDEN?**  
 (Mittelwerte)


Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

Auch die Teilnehmenden aus **Augsburg** finden es richtig, dass sich die Moderierenden um den organisatorisch-technischen Bereich kümmern, und wünschen inhaltliche Vorgaben von der Moderation. In den ergänzenden offenen Antworten klingen kritische Töne bei einer hohen Erwartungshaltung an. Einige Teilnehmende kritisieren, dass „teilweise zu wenig abgegrenzt“ worden sei, und fordern, die „wirkliche Moderationsrolle einzunehmen“ und „keine Vermischung“ der Rollen vorzunehmen, wobei die Moderation insgesamt auch in diesem Zirkel mehrheitlich gelobt wird („gute Leitung und Strukturierung der Treffen“; „interessant, gute Aufteilung war möglich“; „Rahmen war gut vorbereitet, hilfreich“).

### Aufzeigen von Meinungsunterschieden

Die Teilnehmenden des **Mannheimer** Zirkels sehen die Funktion der Moderierenden vor allem darin, Meinungsunterschiede aufzuzeigen. In den ergänzenden offenen Antworten werden die Teammoderation („gute Erfahrungen, da zwei Professionen vertreten waren, Gleichgewicht“) und die souveräne Leitung („lebendig, gute Organisation, Teilnahme an den Diskussionen, gute Strukturierung und doch sehr frei“) von den Teilnehmenden betont.

Auch im **Schweriner** Zirkel sehen die Teilnehmenden – allerdings weniger ausgeprägt als in Mannheim – die erste Aufgabe der Moderierenden darin, Meinungsunterschiede in der Gruppe aufzuzeigen. Vereinzelt Stimmen hätten sich eine weniger dominante Führung gewünscht („manchmal zu straff an Vorgaben gehalten, interessante Zwischendiskussionen (in kleinen Gruppen) hatten nicht genügend Platz“), eine andere Stellungnahme lautete wiederum, dass „im Laufe des Zirkels die Anleitung lockerer wurde“. Insgesamt aber wird auch das „gut vorbereitet(e)“ Moderationsteam als „sehr

kommunikativ, einfühlsam, umgänglich und aufgeschlossen“ beschrieben, das „um gute Atmosphäre bemüht“ war und „partnerschaftlich zusammenarbeitete“.

### GRUPPENFÜHRUNG

Die **Erfurter** Teilnehmenden sehen die Moderierenden am ehesten in einer Führungsfunktion. Den offenen Antworten zufolge hätte die Moderation diese Funktion stärker wahrnehmen sollen: eine „straffere Führung wäre manchmal günstiger gewesen, wie Vertiefen von Themen, Zusammenfassung usw.“. Insgesamt aber waren auch hier die Rückmeldungen sehr positiv, insbesondere hinsichtlich der Vorbereitung und Strukturierung der Treffen („hohe Achtung vor reflektiertem Tun, gute Vorbereitung, Offenheit, Flexibilität, guter Motor“; „haben Diffuses geordnet und strukturierend gewirkt“). Aber die Teilnehmenden reflektieren auch, dass die gute Arbeit der Moderation („sehr gut/taktvoll/einander ergänzt“) an Grenzen stieß, denn „inhaltliches Heraushalten war nicht immer möglich“, was sie aber aus Sachzwängen als „so völlig in Ordnung“ beurteilen.

Die **Freiburger** Teilnehmenden sehen als Aufgabe der Moderierenden vorrangig, die Gruppe zu führen. In den ergänzenden offenen Antworten äußern die Teilnehmenden ausschließlich positive Erfahrungen, die sich neben einer guten Strukturierung („gute Steuerung des Ablaufs, auch zeitlich; gute Zusammenfassung; gute inhaltliche gelenkte Führung“) auf die Teammoderation („Moderation sehr gut! Besonders die Kombination Mann/Frau und Arzt/Sozialpädagogin war sehr gut“) und auf die Art und Weise der Moderation („diplomatisch-kompetent-umsichtig; sehr einfühlsam, reflektiert“) beziehen. Die Moderierenden selbst betonen wiederholt die Notwendigkeit einer klaren Aufgabenverteilung und von Absprachen untereinander. Sie machen vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen Vorschläge für die Umsetzung dieser Aufgabenstellung für zukünftige IQZ. Diese Vorschläge beziehen sich zum einen auf die Arbeit nach dem Qualitätszirkelkonzept und dessen Eignung als Instrument zur Steuerung von Gruppenprozessen. Zum Zweiten bestätigen die Vorschläge der Moderierenden die konzeptionelle Annahme, dass die Teammoderation unter Beteiligung der verschiedenen Berufsgruppen und beider Geschlechter ein bedeutsamer Eckpfeiler bei der praktischen Umsetzung des Modellprojekts war.<sup>33</sup>

- 33** a) „Struktur der IQZ-Arbeit einhalten/anmahnen, immer nur am Fall (konkret) diskutieren“; „gemeinsame Vorbereitung; alle im Team durch Beiträge beteiligen, Diskussionen führen, ohne zu stark einzugreifen; Auswertung und schriftliche Zusammenfassung für alle Teilnehmenden; Themen beachten!“; „Verteilung von Aufgaben von Beginn an klar ansprechen (Beteiligung aller an den organisatorischen Dingen – Einräumen, Aufräumen, technische Ausstattung ...) – sonst bleibt es bei den Moderatoren; Struktur im Blick behalten, zusammenfassen und fokussieren“; „Fahrplan‘ muss eingehalten werden, Begeisterung aller Beteiligten muss gepflegt werden“.
- b) „Es sollte unbedingt ein Team sein, alleine ist es bei einer lebhaften Diskussion kaum möglich, auf die Zeit und die Wortmeldungen zu achten und ‚nebenher‘ noch die Inhalte zu visualisieren oder Leitlinien ‚rauszufischen“; „Vorbereitung/Absprache: Tagesordnung; Verteilung der Aufgaben und Abschnitte; Nachbereitung: Was ist uns gut gelungen? Fachliche Diskussion innerhalb des Moderatorenteams zu PND, aber auch zu Moderationsaufgaben/Umsetzung des IQZ-Modells“; „gute Absprache vorher, stets Blickkontakt, ggf. flexibel auf Signale reagieren (...)“.
- c) „Gute Abstimmung über Aufgabenverteilung, den anderen vorher zu kennen ist von Vorteil“; „gute Arbeitsaufteilung, gutes Rotieren, gegenseitiger Respekt und Anerkennung“; „Moderationsabschnitte gegenseitig respektieren, aber ggf. auch die eigene Wahrnehmung einbringen; sich gegenseitig Zeichen geben bezüglich zeitlicher Grenzen“.

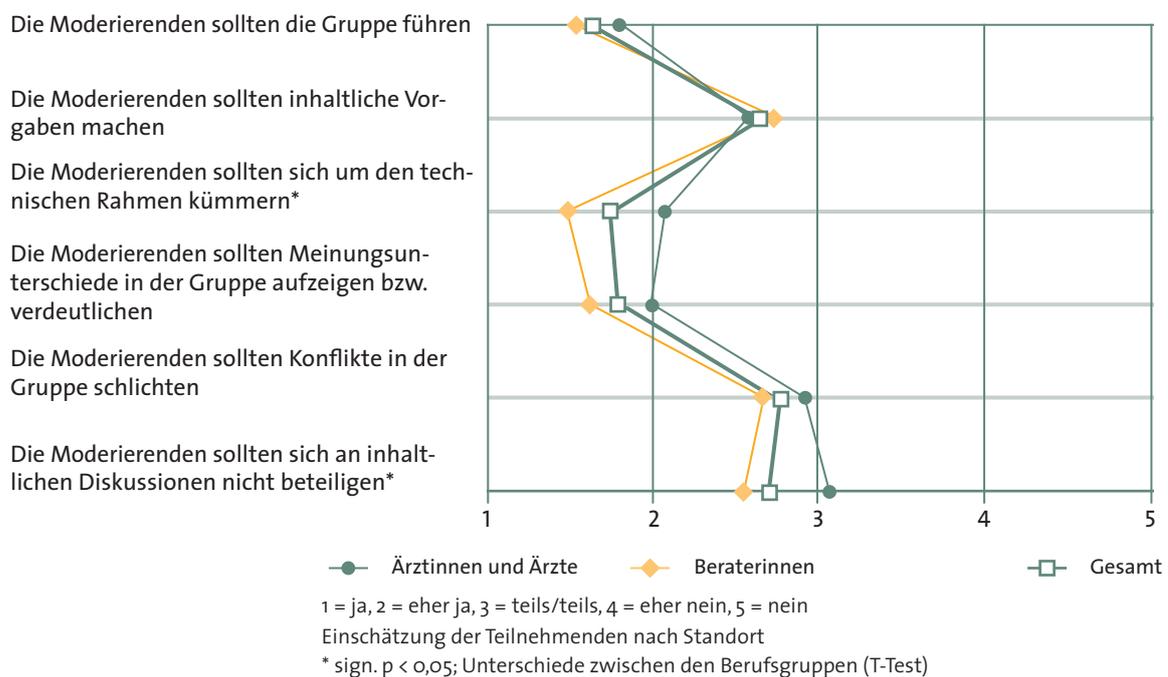
### Berufsspezifische Unterschiede

Auch in der Rückschau äußern beide Berufsgruppen ähnliche Erwartungen an die Moderation (vgl. Abbildung 4-36). Im Vergleich zur Eingangsbefragung sind die Erwartungen der Beratungsfachleute über alle Standorte hinweg tendenziell gestiegen. Gleiches gilt für die Beraterinnen der Moderierendengruppe.

An dieser Stelle muss festgehalten werden, dass die Arbeit der Moderierenden hohe Anerkennung fand. In allen Zirkeln wurde die Moderation von den Teilnehmenden mehrheitlich gelobt und das Konzept der Teammoderation bestätigt.

ABBILDUNG 4-36

### IN DER RÜCKSCHAU: WIE SEHEN SIE DIE FUNKTION/AUFGABE DER MODERIERENDEN? (Mittelwerte)

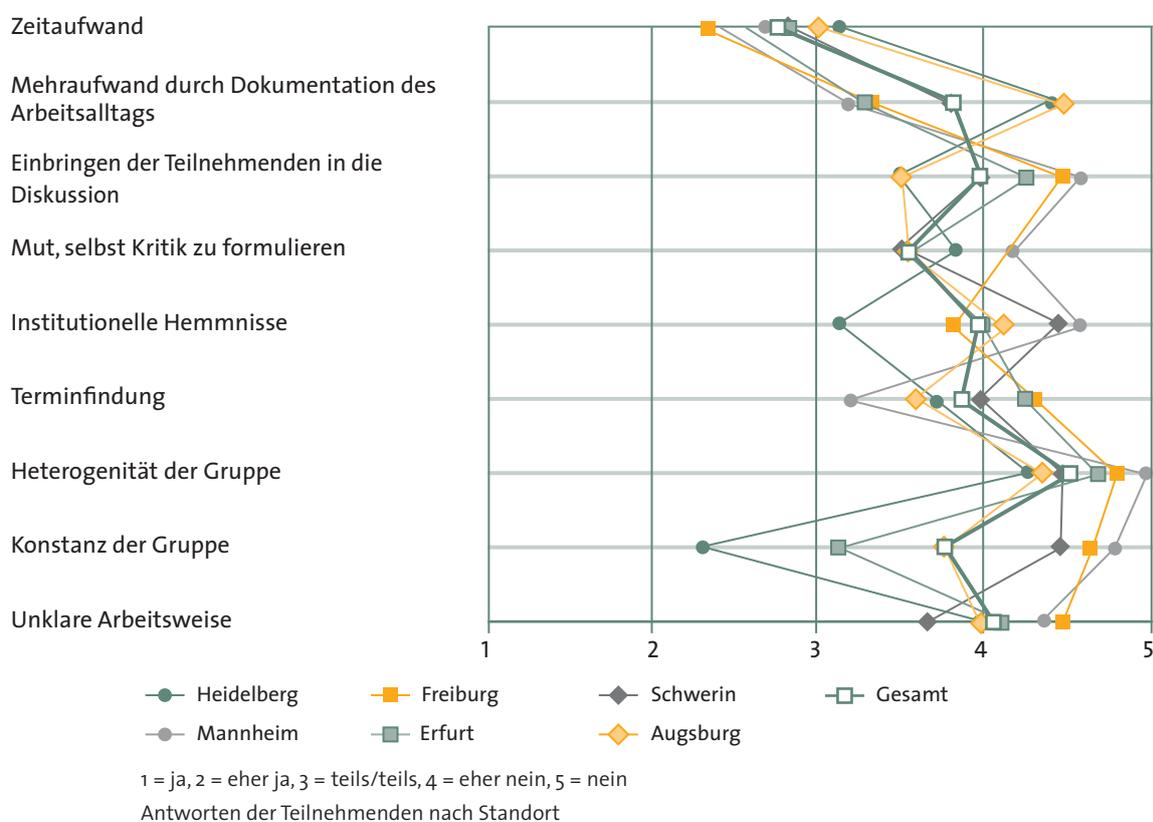


Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## RÜCKSCHAU: VOR- UND NACHTEILE VON IQZ-ARBEIT

Insgesamt gesehen waren die zu Beginn der Projektarbeit angenommenen möglichen Hindernisse für eine IQZ-Arbeit für die Teilnehmenden von geringer Bedeutung. Erwartungsgemäß wurde der „Zeitaufwand“ über alle Zirkel hinweg von den Teilnehmenden als größter Nachteil für die IQZ-Arbeit genannt. Weiterhin waren sich die Zirkel darin einig, dass die zirkelspezifische Arbeitsweise – auf den ersten Blick bisweilen als „kompliziert“ eingeschätzt – kein Problem darstellte (vgl. Abbildung 4-37). Dieses Ergebnis ist überraschend, da die in den Begleitseminaren thematisierten Widerstände in den IQZ, z. B. gegen die Dokumentationsverfahren, sehr auffällig waren (vgl. Kapitel 3). Offensichtlich verloren diese und andere Einwände gegen IQZ-Arbeit an Bedeutung und wurden von positiven Erfahrungen überdeckt. Das weist nicht nur auf eine gelungene Vermittlung des IQZ-Konzepts hin, sondern ist auch ein deutliches Zeichen dafür, dass der Gewinn aus der konkreten Gruppenarbeit für die Teilnehmenden einen höheren Stellenwert hat als die von den Teilnehmenden teilweise als „lästig“ bewerteten strukturellen Vorgaben des IQZ-Ansatzes.

ABBILDUNG 4-37

**WAS WAREN FÜR SIE DIE ENTSCHEIDENDEN NACHTEILE UND PROBLEME BEI DER ARBEIT IM QUALITÄTSZIRKEL? (Mittelwerte)**


Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

Auch die Moderierenden sehen in dem Zeitaufwand den wesentlichen Nachteil der IQZ-Arbeit. Den Einschätzungen der Teilnehmenden vergleichbar werden insbesondere die Aspekte „Heterogenität der Gruppe“ und „institutionelle Hemmnisse“ als nicht hinderlich für die IQZ-Arbeit eingeschätzt. Das weist darauf hin, dass die beiden beteiligten Berufsgruppen zu einer zufrieden stellenden Zusammenarbeit gefunden haben und die Arbeit im IQZ von ihren Institutionen anerkannt – zumindest aber nicht behindert – wurde.

### Zirkelspezifische Unterschiede

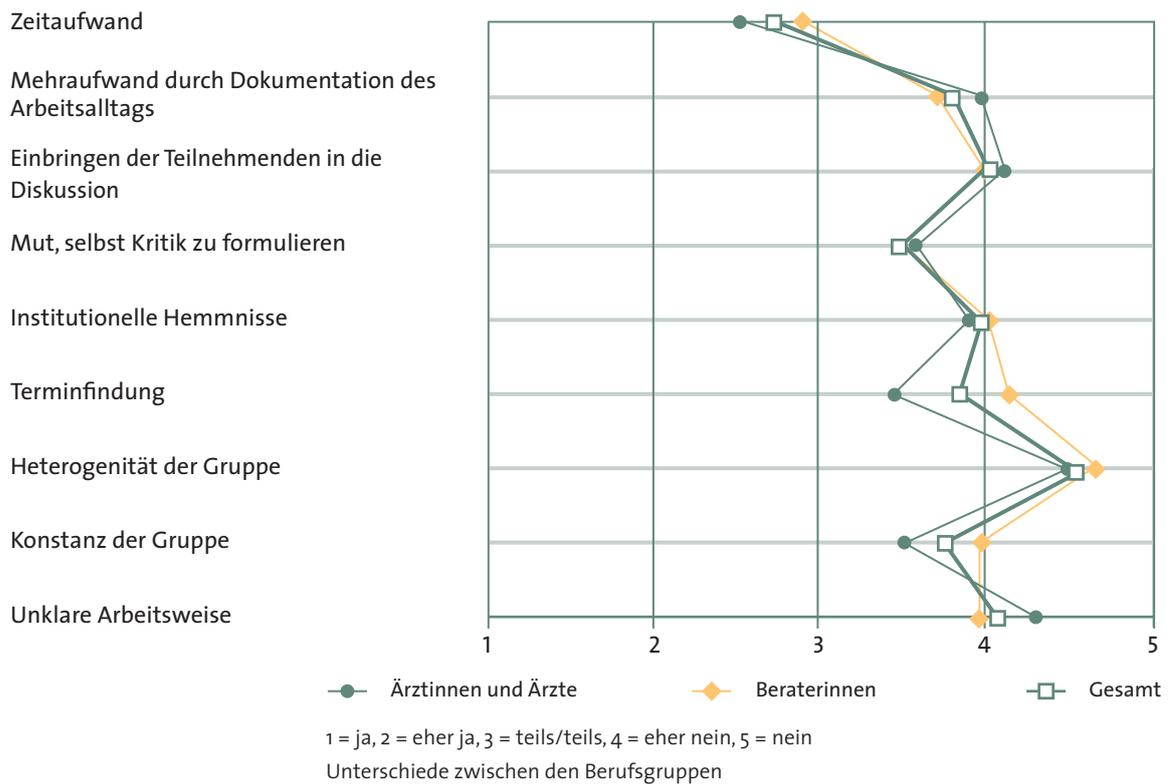
Zirkelspezifische Unterschiede finden sich bei dem Item „(fehlende) Konstanz der Gruppe“, das von den Heidelberger Teilnehmenden am stärksten gewichtet wird und insbesondere im Vergleich mit den Zirkeln in Mannheim, Freiburg, Augsburg und Schwerin als nachteilig für ihre Zirkelarbeit empfunden wurde. Ebenso betrachten die Teilnehmenden in Heidelberg „institutionelle Hemmnisse“ als erschwerend für die Zirkelarbeit. Der „Mehraufwand durch Dokumentation des Arbeitsalltags“ wird an den Standorten Heidelberg und Augsburg als weniger nachteilig empfunden als von den Teilnehmenden in Mannheim, Freiburg und Erfurt. Der Aspekt „Mut, selbst Kritik zu formulieren“ wird von den Teilnehmenden aus Augsburg als problematisch eingestuft, insbesondere im Vergleich zu den Standorten Heidelberg und Mannheim (vgl. Abbildung 4-37). In den ergänzenden Äußerungen wird die geringe Teilnahme vor allem niedergelassener Gynäkologinnen und Gynäkologen in fast allen Standorten als nachteilig bewertet.

### Berufsspezifische Unterschiede

Die Bewertungen der beiden Berufsgruppen liegen sehr nah beieinander. Lediglich beim Item „Terminfindung“ ergeben sich tendenziell berufsspezifische Unterschiede. Die Ärztinnen und Ärzte betrachten diesen Aspekt als etwas problematischer als die Beraterinnen, doch finden sich über alle Standorte hinweg keine bedeutsamen berufsspezifischen Unterschiede (vgl. Abbildung 4-38).

ABBILDUNG 4-38

### WAS WAREN FÜR SIE DIE ENTSCHIEDENDEN NACHTEILE UND PROBLEME BEI DER ARBEIT IM QUALITÄTSZIRKEL? (Mittelwerte)



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

## BEDEUTUNG DER FALLARBEIT IM IQZ

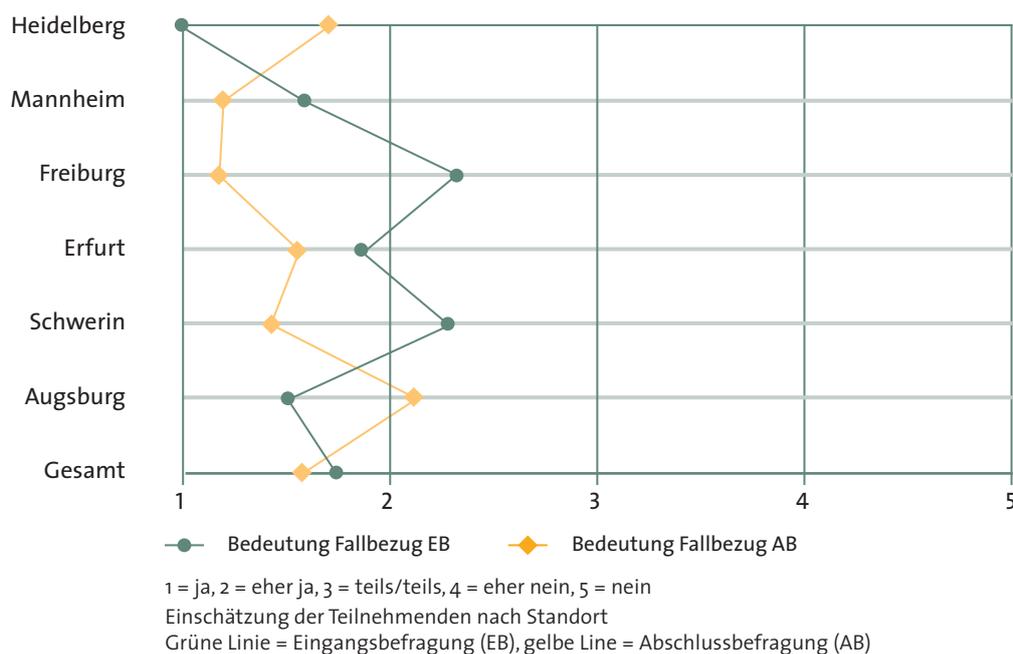
Der Fallbezug hat für die Mehrheit der Teilnehmenden schon zu Beginn des Projekts entscheidende Bedeutung für eine effektive Arbeit im IQZ. Die Moderierenden messen dem Fallbezug zu Beginn der Zirkelarbeit eine noch höhere Bedeutung als die Teilnehmenden bei (Moderierende 1,3; Teilnehmende 1,8). Das war eine der bedeutendsten Voraussetzungen für die Arbeit im IQZ, da hiermit ein zentrales Element der Qualitätszirkelarbeit bereits im Vorfeld als extrem wichtig eingeschätzt wurde. Das ausgeprägte Interesse an Fallarbeit beinhaltet vor allem den Wunsch, sich ein konkretes Bild von Ansprechpersonen machen und mit diesen in einen themenbezogenen Erfahrungsaustausch treten zu können (vgl. Abbildung 4-39). Damit wird zugleich das Bedürfnis transportiert, anderen die eigene Arbeit näherzubringen.

### Zirkelspezifische Unterschiede

Zirkelspezifische Unterschiede finden sich zwischen den Heidelberger Bewertungen auf der einen und den Freiburger, Erfurter und Schweriner Einschätzungen auf der anderen Seite. Die Heidelberger Teilnehmenden weisen der Fallarbeit eine entscheidende Bedeutung zu (1,0), die Einschätzungen der Teilnehmenden aus Freiburg und Schwerin sind deutlich zurückhaltender (2,3). Die Bewertungen der Berufsgruppen weisen keine spezifischen Unterschiede auf.

ABBILDUNG 4-39

#### DER FALLBEZUG (EIGENE PRAXIS) HAT FÜR DIE BEARBEITUNG EINES THEMAS IM QUALITÄTZRINKEL NACH MEINER ERFAHRUNG EINE ENTSCHEIDENDE BEDEUTUNG (Mittelwerte)



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

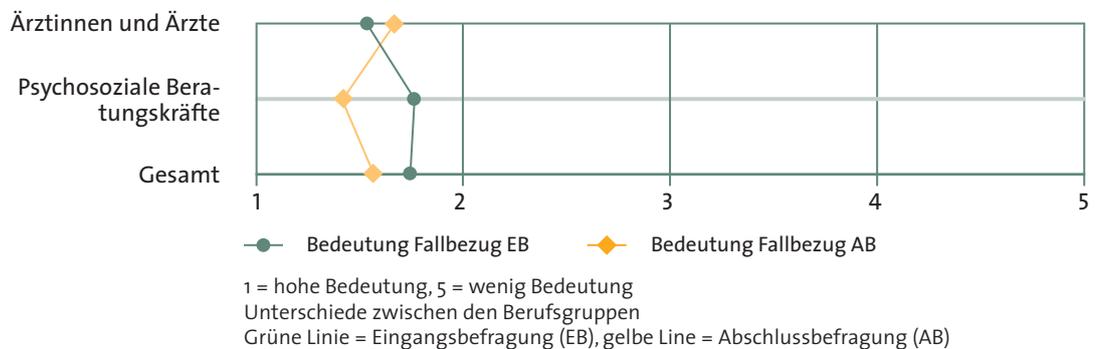
## RÜCKSCHAU: BEWERTUNG DER FALLARBEIT IM IQZ

Die bereits positiven Einstellungen der Teilnehmenden vor Beginn der IQZ-Arbeit bezüglich der Fallarbeit werden durch die Zirkelerfahrungen gefestigt. Mit Ausnahme der Augsburger und Heidelberger Teilnehmenden gewinnt sogar die Bedeutung der Fallarbeit im Lauf des Projekts. Insbesondere die Teilnehmenden aus Freiburg und Schwerin messen der Fallarbeit am Ende des Modellprojekts eine wesentlich größere Bedeutung zu als zu Beginn. Auch die Moderierenden messen der Fallarbeit am Ende der Qualitätszirkelphase eine noch höhere Bedeutung zu. Signifikante berufsspezifische Unterschiede lassen sich bei der Bewertung der Fallarbeit nicht finden (vgl. Abbildung 4-40).

Insgesamt betrachtet hat der Fallbezug für die Teilnehmenden eine entscheidende Bedeutung für die Arbeit im Qualitätszirkel. Diese Bewertungen korrespondieren mit den Einschätzungen während der konkreten Zirkelarbeit (vgl. Kurzbeurteilungen, Prozessevaluation). Offensichtlich konnte das Kernelement der Qualitätszirkelarbeit vermittelt werden.

ABBILDUNG 4-40

**WELCHE BEDEUTUNG HAT IHRER AUFFASSUNG NACH DER FALLBEZUG (AUS DER EIGENEN PRAXIS) FÜR DIE BEARBEITUNG EINES THEMAS IM QUALITÄTSZIRKEL? (Entscheidende Bedeutung, Mittelwerte)**



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

### Positionen zur Fallarbeit aus Sicht der Moderierenden

Aus Sicht der Moderierenden sind bei der Fallarbeit insbesondere folgende Aspekte zu beachten:

- Darstellung aktueller Alltagsprobleme: „Alltagsprobleme statt besonders schwierige Fälle“, „Fall als Ausschnitt des Alltagshandelns einer Beraterin oder eines Arztes in Beziehung zu Patientin/Klientin, betroffenem Paar etc., keine besonders schwere oder seltene Schädigung“
- Erarbeitung strukturierter Falldarstellungen: „Darstellung des Falls nach vorbereiteten Punkten“; „zeitliche Begrenzung der Falldarstellung auf ca. 20 Minuten“
- Herausarbeitung interprofessioneller Fragestellungen: „Wie viel Gesprächsmöglichkeit, wie war die Kooperation, wie zufrieden war der/die Beratende mit der eigenen Arbeit, was hätte er sich noch gewünscht“; „nicht Besonderheit des Falls behandeln, sondern die Fragestellung, das Problem herausarbeiten und daran arbeiten und erarbeiten, was in Zukunft verbessert werden kann“
- Fallvorstellung von allen Teilnehmenden: „Möglichst alle Teilnehmenden sollten Fall vorstellen, trägt sehr zum gegenseitigen Verständnis bei“

Aber auch Modifikationen zum Qualitätszirkelkonzept werden angeregt wie z. B. eine Änderung der Struktur der Falldiskussion. Eine Problemliste solle erst nach der Fallvorstellung erstellt werden, an die Schlussfolgerungen zum Fall sollten sich konkrete Vereinbarungen anschließen. Gut sei es, bei der Fallvorstellung mit der Beschreibung des eigenen Arbeitsfeldes zu beginnen und den ersten Kontakt zu schildern.

Die von den Moderierenden hervorgehobenen Aspekte korrespondieren mit den im Lehrgang behandelten Problemen bei der Fallarbeit sowie den Eindrücken von den Teilnehmenden Beobachtungen der einzelnen Zirkel.

## RÜCKSCHAU: UNTERSCHIEDUNG ZU ANDEREN GRUPPENARBEITSFORMEN

Im Rahmen der Abschlussbefragung wurden die Teilnehmenden gebeten, die Spezifika der erfahrenen Qualitätszirkelarbeit zu beschreiben und diese mit anderen Formen der Gruppenarbeit zu vergleichen. Die Teilnehmenden grenzten Qualitätszirkel oft gegenüber Supervision ab und sahen einen Unterschied darin, dass Supervisoren und Supervisorinnen nicht mitdiskutieren und „die Moderation (im IQZ) meist nicht so ausgleichend“ ist. Allgemeine Unterschiede zu anderen Gruppenformen wurden generell darin gesehen, dass sich in diesen in der Regel Angehörige der gleichen Berufsgruppen zusammenfinden, die häufig zu sehr an fachbezogenen, „je nach Treffen unterschiedlichen Themen“ arbeiten und sich teilweise „oft auf reinen fachlichen Austausch“ beschränken. Zugleich sind diese Gruppenformen oft „in der Arbeitszeit möglich“. Die wesentlichen Unterschiede sind in Abbildung 4-41 zusammengefasst:

ABBILDUNG 4-41

Interprofessioneller Qualitätszirkel	Andere Gruppenarbeitsformen
Unterschiedliche Berufsgruppen	Gleiche Berufsgruppe
Eigen- und Fremdrelexion	Selbstreflexion
Fallbearbeitung mit unterschiedlichen Berufsgruppen (medizinische und psychosoziale Beratung)	Fallbearbeitung mit der gleichen Berufsgruppe
Feste Kleingruppe	Wechselnde Teilnehmende
Ziele: gemeinsame Entwicklung von praktischen Lösungen zur Verbesserung der Beratung und Kooperation; gemeinsame Klientel	

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

Teilnehmende wie Moderierende sehen die Vorzüge der erlebten IQZ-Arbeit im Wesentlichen darin, dass hier unterschiedliche Professionen am gleichen „Fall“ zusammenarbeiten und es dadurch zu einer Erweiterung der eigenen Sichtweise kommt („Kontakt aufbauen zu Berufsgruppen; Kennenlernen der Arbeitsweise dieser am selben Fall beteiligten Berufsgruppen“). Die Vernetzung verschiedener Berufsgruppen, die dokumentierte fallorientierte Arbeitsweise sowie Strukturiertheit und Ergebnisorientierung wurden positiv hervorgehoben.

## RÜCKSCHAU: QUALITÄTSZIRKEL – EIN GEEIGNETES INSTRUMENT ZUR QUALITÄTSSICHERUNG?

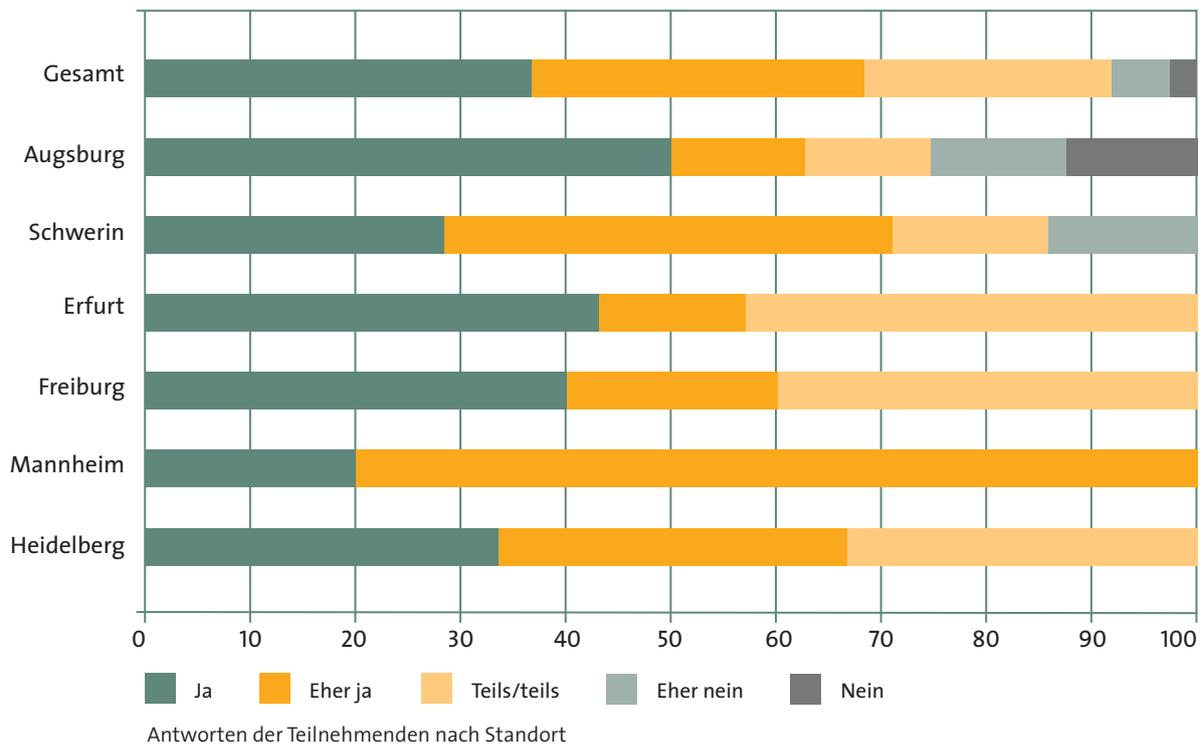
Zwei Drittel der Teilnehmenden (und ebenso viele Moderierende) schätzen Qualitätszirkel als geeignetes Instrument in ihrem Arbeitsbereich ein (vgl. Abbildung 4-42).

Vor allem die Mannheimer Teilnehmenden waren von den Qualitäten dieser Arbeitsweise überzeugt. Die dortige Ärzteschaft hebt hervor, dass „insbesondere in einer Einzelpraxis die Möglichkeit (fehlt), Probleme mit Kollegen zu diskutieren“, und

auch die anderen Teilnehmenden weisen auf Möglichkeiten hin, einen Fall „von unterschiedlichen beruflichen Standpunkten ausgehend“ zu beleuchten. Durch „Vernetzung verschiedener Berufsgruppen, die am gleichen Thema arbeiten“, ergebe sich eine Chance für eine produktive Auseinandersetzung mit der Schnittstellenproblematik.

ABBILDUNG 4-42

#### ERSCHEINT IHNEN DER QUALITÄTSZIRKEL ALS EIN GEEIGNETES INSTRUMENT ZUR QUALITÄTSSICHERUNG IN IHREM ARBEITSBEREICH? (Angaben in Prozent)



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

Die Antworten auf die offenen Fragen danach, was für bzw. was gegen das Verfahren „interprofessionelle Qualitätszirkel“ spricht, heben insbesondere die strukturierte Arbeitsweise, den interprofessionellen Austausch, Vernetzungsmöglichkeiten, das gemeinsame Erarbeiten von internen Leitlinien, die Chance, ein Feedback zu erhalten, und die Perspektivenvielfalt positiv hervor.<sup>34</sup> Als Hauptargument gegen IQZ-Arbeit wurde in allen Zirkeln der Zeitfaktor angeführt.

#### Berufsspezifische Unterschiede

Bei der Bewertung hinsichtlich der Eignung des Qualitätszirkels als Instrument zur Qualitätssicherung finden sich keine signifikanten berufsspezifischen Unterschiede.

<sup>34</sup> Beispielsweise: „Überprüfung der eigenen Arbeit; neue Perspektiven ermöglichen ganzheitliches professionelles Handeln“; „insbesondere in einer Einzelpraxis fehlt die Möglichkeit, Probleme mit Kollegen zu diskutieren“; „Rückmeldung durch die Teilnehmenden, was die eigene Arbeitsweise anbetrifft; über den ‚Tellerrand schauen‘, d. h. auch andere Möglichkeiten der Beratung mit anderen entwickeln – der Patientin zukommen lassen; Erweiterung des eigenen Beratungsangebotes und Vorgehens durch Bearbeitung konkreter Fälle“.

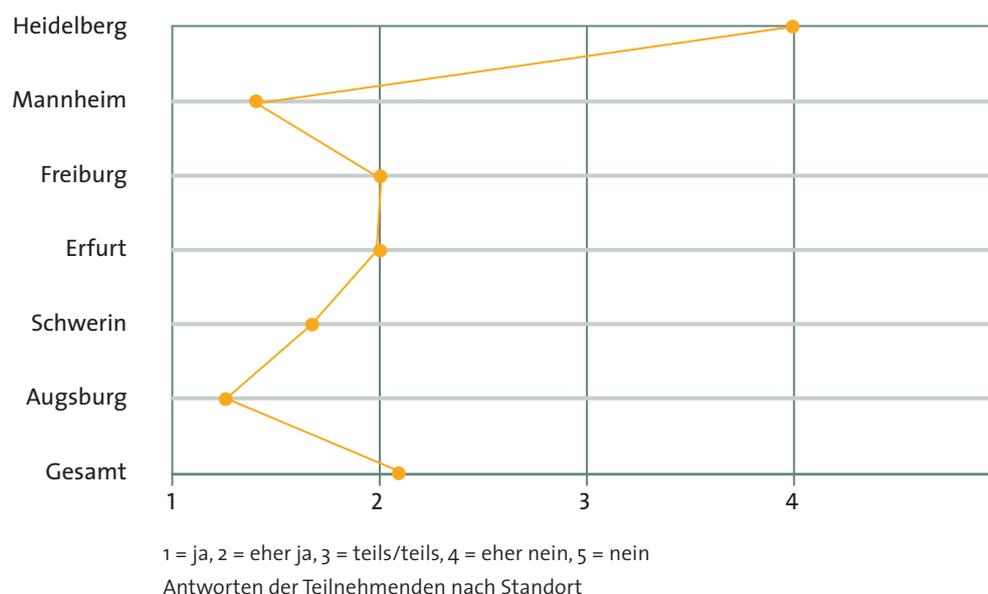
## AUSBLICK: FORTFÜHRUNG DER IQZ-ARBEIT?

In der Abschlussbefragung äußerten die Teilnehmer fast aller Standorte – Ausnahme: Heidelberg – Interesse an der Fortführung der Zirkel (vgl. Abbildung 4-43). Dies gilt ganz analog für die Moderierenden.

Tatsächlich setzten mit Ausnahme des Heidelberger Zirkels, der nach der achten Sitzung die Arbeit beendete, alle anderen IQZ nach Ende des Modellprojekts ihre Arbeit, wenn auch teils in modifizierter Form, fort (vgl. Kapitel 5 „Weiterführung und Ausbreitung der IQZ-Arbeit“). Das ist ein weiterer Indikator dafür, dass das Qualitätszirkelkonzept von den Teilnehmenden akzeptiert wird und für den Bereich der Pränataldiagnostik geeignet ist; dies ist auch in Hinblick auf eine weitere Implementierung von interprofessionellen Qualitätszirkeln im Bereich der Pränataldiagnostik ein positives Ergebnis.

ABBILDUNG 4-43

**KÖNNTEN SIE SICH VORSTELLEN, DEN BESTEHENDEN QUALITÄTSZIRKEL FORTZUSETZEN?**  
(Mittelwerte)



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

In den Antworten auf die offenen Fragen nach dem Für und Wider einer Fortführung der Qualitätszirkel nannten die Teilnehmenden unter anderem folgende Argumente:

### Argumente für die Fortführung

Für die Befürworter stehen vor allem der (interprofessionelle) Austausch („kontinuierlicher, kontrollierter Austausch mit anderen Berufsgruppen“) sowie die Unterstützung und Reflexion der eigenen Arbeit im Vordergrund („neue Ideen für die eigene Arbeit“; „Hilfe bei der Bearbeitung eigener Fälle, vor allem die Belastung durch Fälle“; „Pflege des interdisziplinären Gesprächs – Bonus für Kommunikation in Problemfällen“).

Aber auch gruppenspezifische Aspekte wie „das gewachsene Vertrauen“ und „das Engagement des Kreises“ werden als Argumente für eine Fortsetzung der Qualitätszir-

kelarbeit angeführt. Zudem wird wiederholt der Aspekt der Kooperation betont wie z. B. die (weiter zu fördernde) „Vernetzung vor Ort“. Dabei soll die bereits gegebene „gute Grundlage durch das Modellprojekt“ genutzt werden. Vielen Befürwortern ist bewusst, dass die „Zusammenarbeit/Verweisungspraxis erst am Anfang“ steht.

### Argumente gegen die Fortführung

Als Gegenargument wird am häufigsten das Zeitproblem („dreimonatige Frequenz der Treffen wäre gut“) angeführt. Darüber hinaus steht einer Fortführung das Fehlen bestimmter Berufsgruppen entgegen, die nach Ansicht einiger Teilnehmenden von zentraler Bedeutung sind („keine praktizierenden Frauenärzte/-ärztinnen“). Die Erweiterung des Personenkreises – zu einer dann wieder konstant arbeitenden Gruppe – ist für sie ein Ziel, insbesondere sollten niedergelassene Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen, aber auch eventuell Seelsorger/-innen und Psychologen/Psychologinnen hinzukommen.

Für andere Teilnehmende ist auch das Ziel bereits erreicht: „Für mich ist die Basisarbeit geleistet. Ich möchte lieber im konkreten Einzelfall Ansprechpartner einschalten.“ Die dafür erforderlichen Kontakte haben diese Teilnehmenden mittlerweile knüpft und glauben „einschätzen zu können, wo die Stärken und Hilfen der anderen Berufsgruppe zu suchen sind“.

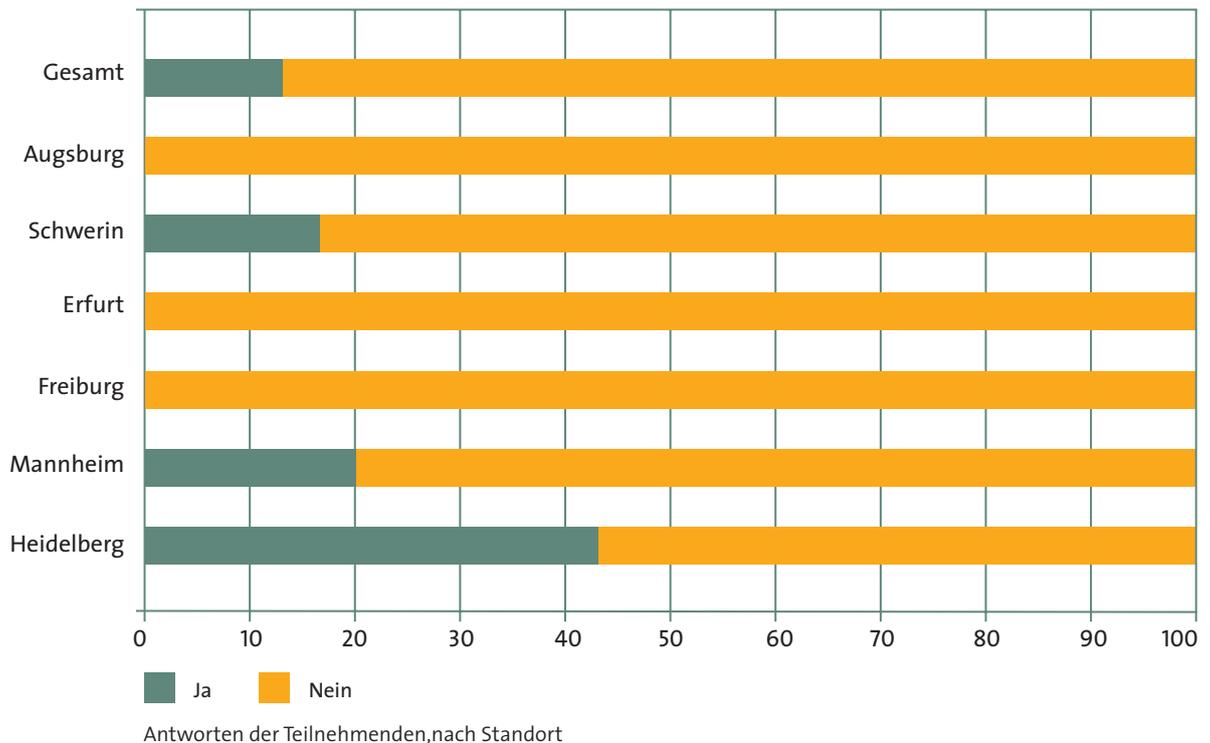
### Initiierung von Qualitätszirkeln

Über 12 % aller Teilnehmenden können sich vorstellen, selbst einen Qualitätszirkel zu initiieren (vgl. Abbildung 4-44). Dabei konzentrieren sich diese Nennungen auf die Zirkel in Schwerin, Mannheim und vor allem Heidelberg. Die relativ hohe Bereitschaft in Heidelberg ist bemerkenswert und verweist darauf, dass an diesem Standort keineswegs das Prinzip Qualitätszirkel gescheitert ist, sondern ein spezifischer Zirkel aufgrund institutioneller Probleme nicht weiterarbeitet.

Betrachtet man die Gruppe der Moderierenden, dann zeigt sich, dass knapp 20 % sich vorstellen können, neben dem bereits bestehenden einen weiteren Qualitätszirkel zu initiieren. Damit ist ein Potenzial für die Ausweitung von IQZ vorhanden. Vor dem Hintergrund des hohen Zeitaufwandes ist dies nicht selbstverständlich und als Projekterfolg zu werten.

Andererseits fällt auf, dass sich keiner der Teilnehmenden an den Standorten Augsburg, Erfurt und Freiburg vorstellen kann, selbst einen neuen Qualitätszirkel zu initiieren. Dies lässt vermuten, dass die Teilnehmenden an diesen Orten, an denen zum Zeitpunkt der Befragung die Fortführung der Zirkelarbeit bereits gesichert war, sich ganz darauf verlassen, dass die Moderierenden die Verantwortung tragen. Ebenso können sich knapp 20 % der Moderierenden vorstellen, über den bestehenden hinaus einen neuen Qualitätszirkel zu initiieren.

ABBILDUNG 4-44

**KÖNNTEN SIE SICH VORSTELLEN, SELBER EINEN QUALITÄTSZIRKEL ZU INITIIEREN?**  
 (Angaben in Prozent)


Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

Einige der Teilnehmenden nennen bereits konkrete Vorstellungen für eine Fortführung des IQZ bzw. eine Neugründung oder Erweiterung bezüglich des Themas, des Teilnehmendenkreises und beteiligter Institutionen, z. B.

- „ganzheitliche Beratung von Schwangeren, Ärzte und Beratungsstelle vor Ort, QZ innerhalb der einzelnen (Berufs-)Gruppen und Institutionen existieren ja bereits“;
- „Verbesserung der Betreuung(sangebote) nach Trauma durch Fehl- oder Totgeburt (mit und ohne PND); Schulung des Krankenhauspersonals zu mehr Sensibilität gegenüber betroffenen Frauen“;
- „Frauen, Familien und Schwangerschaft – im Umfeld, mit ansässigen Gynäkologen, Hebammen, Beratungsstellen“.

## AUSBLICK: INTERESSE AN AUSBILDUNG ALS QUALITÄTSZIRKELMODERATORIN BZW. -MODERATOR

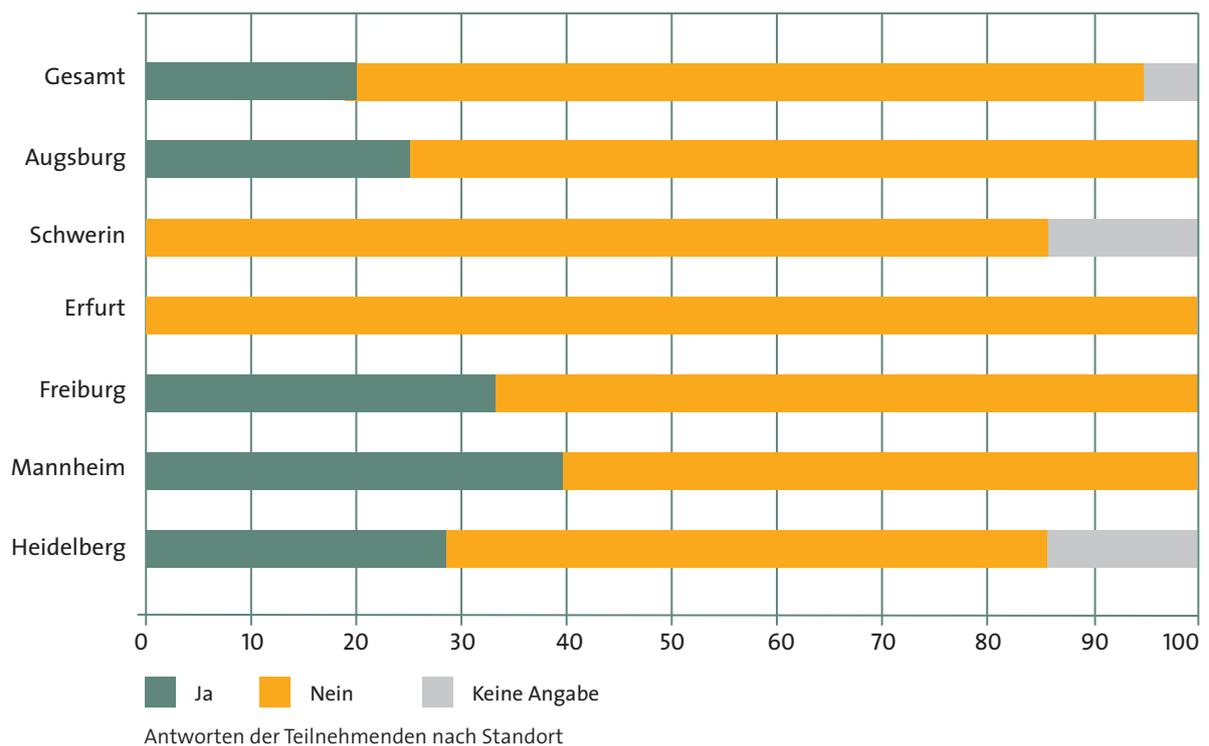
Über 20 % aller Teilnehmenden können sich vorstellen, an einer Moderatorenschulung teilzunehmen, um später die Moderation eines IQZ zu übernehmen (vgl. Abbildung 4-45). Gefragt danach, welche Bedingungen dazu gegeben sein müssten, nennen die Teilnehmenden Aspekte, die sich vorrangig auf den zeitlichen Aufwand beziehen. Sie würden eine Moderationsausbildung nur zu einem Zeitpunkt machen, zu dem sie beruflich weniger stark eingebunden sind.<sup>35</sup> Auffällig sind die regionalen Unterschiede: Während sich kein Teilnehmender aus den neuen Bundesländern die Teilnahme an einer Moderatorenschulung vorstellen kann, liegt der Anteil an den Standorten der alten Bundesländer zwischen 25 % und knapp 40 %.

### BERUFSSPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE

Das Interesse an der Moderatorenausbildung äußern Teilnehmende beider Berufsgruppen gleichermaßen.

ABBILDUNG 4-45

**KÖNNTEN SIE SICH VORSTELLEN, SELBER EINE MODERATORENAUSBILDUNG ZU MACHEN?**  
(Angaben in Prozent)



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

<sup>35</sup> „Ausreichend Zeit neben beruflichen und familiären Verpflichtungen“; „in weiterer, nicht mehr in der praxisaktiven Zeit („Ruhestand“) zur Bereicherung meiner Kommunikationsfähigkeiten“; „Wegfall oder Reduktion der derzeitigen Aufgaben“; „Freistellung von meiner sonstigen Tätigkeit für die Zeit der Moderationsausbildung“; „ist geplant; je weniger zeitaufwendig und je weniger Kosten, desto besser“.

## RÜCKSCHAU: STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DES QUALITÄTSZIRKELKONZEPTS

Auf die Frage nach den Stärken und Schwächen des Qualitätszirkelkonzepts haben sich fast alle Teilnehmenden sehr umfangreich und differenziert geäußert. In der Nachbetrachtung wird den Teilnehmenden deutlich, in welchem Maße sie von der Projektarbeit profitiert haben. Das zeigt sich vor allem darin, dass die positiven Rückmeldungen weitaus überwiegen.

### Stärken des Qualitätszirkelkonzepts

Der (interprofessionelle) persönliche Austausch wird von allen Beteiligten als äußerst positiv empfunden.<sup>36</sup> Damit korrespondieren die wiederholt beschriebene Horizonszweiterweiterung, die Perspektivenvielfalt und Kooperationsmöglichkeiten.<sup>37</sup> Diese Attribute könnte man sich prinzipiell auch bei anderen Formen produktiver Gruppenarbeit vorstellen, werden von den Teilnehmenden aber explizit als Stärken des Qualitätszirkelkonzepts genannt. Die Arbeitsweise wird als strukturiert und effizient beschrieben.<sup>38</sup> Hierbei wird das zentrale, spezifische Element des Qualitätszirkelkonzepts – die Fallarbeit – als besonders gewinnbringend dargestellt.<sup>39</sup> Darüber hinaus werden die „Freiwilligkeit der Teilnahme“ und damit einhergehend die „Dichte, aufgrund der festen Arbeitsgruppe mit den gleichen Teilnehmenden“ positiv hervorgehoben.

### Schwächen des Qualitätszirkelkonzepts

Die Schwächen sehen die Teilnehmenden vorwiegend in folgenden Aspekten: An erster Stelle wird der Zeitaufwand als problematisch empfunden.<sup>40</sup> Einige Teilnehmende bewerten das Konzept als umständlich und unflexibel.<sup>41</sup>

Als eher grundsätzliches Problem wird angemerkt, dass auch über den interprofessionellen Qualitätszirkel nur eine ausgewählte Zielgruppe erreicht wird, die ohnehin bereits Erfahrung mit Kooperationen und Qualitätssicherung gemacht hat.<sup>42</sup>

**36** „Kennenlernen der Arbeitsweise anderer Beratungsstellen, Abbau von falschen Vorstellungen oder Vorurteilen; persönlicher Kontakt, d. h., eine Institution wird mit einer konkreten Person verbunden, dadurch direkter Ansprechpartner“; „absolute Stärke: Zusammenführung unterschiedlicher Berufsgruppen“; „Vernetzung, interdisziplinär, Verbesserung der Situation für Betroffene“.

**37** „Ich sehe es als Chance, psychosoziale Beratung mit medizinischer Beratung zu vernetzen in gegenseitiger Achtung und Ergänzung – Entlastung für die Fachleute“; „viele Fachgruppen arbeiten an einem Thema von anderen Ausgangspunkten mit anderen Standpunkten; Kennenlernen anderer Sichtweisen“.

**38** „Konzept unterstützt strukturierten Arbeitsablauf und ergebnisorientiertes Handeln; ist sehr effizient“; „Austausch + Erarbeitung von Qualitätskriterien unter kontrollierten Bedingungen“; „gute Handlungsrichtlinien (Leitlinien)“.

**39** „Konkrete Arbeit am Fall, verschiedene Berufsgruppen bemühen sich um Kooperation“; „der Patient/Klient kann in seiner Ganzheit wahrgenommen werden“.

**40** „Sehr zeitaufwendig, abends“

**41** „Qualitätszirkel lässt nicht so viele Möglichkeiten zu, mal auf ‚Abwege‘ zu gehen, finde das Konzept etwas starr“; „vieles war mir zu formal; die Arbeit am Fall ist für mich wichtiger als die Erarbeitung von ‚Qualitätskriterien, Richtlinien etc.‘“

**42** „Zum Qualitätszirkel gehen/nehmen teil tendenziell eher die Kollegen, die es eigentlich ‚nicht bräuchten‘, weil sie bereits andere Formen der Zusammenarbeit/des Austausches suchen“.

## ERWARTUNGS- VS. BEWERTUNGSPROFILE DER ZIRKEL

Im Folgenden werden die Informationen aus den Eingangs- und Abschlussbefragungen von Teilnehmenden zusammengefasst und zirkelbezogen vorgestellt. Die Einzeldaten werden zu einem Gesamtbild verdichtet, wobei diejenigen Aspekte berücksichtigt werden, für die die Erhebungen charakteristische Unterschiede aufzeigen.

### Mannheim

In diesem bei Projektbeginn bezüglich Qualitätssicherung eher unerfahrenen Zirkel wird die Moderation nicht in exponierter Stellung gesehen, sondern als „Organisation vor Ort“ oder „Regulativ“ gewünscht. Die erhofften Wirkungen beziehen sich insbesondere auf den Erfahrungsaustausch mit Kolleginnen und Kollegen.

Die Hoffnungen auf Erfahrungsaustausch im Kollegenkreis und Informationen über Kooperations- und Ansprechpartner und -partnerinnen konnten erfüllt werden. Wesentlich stärker als zu Beginn der Zirkelarbeit wird der Moderation eine Führungsaufgabe zugewiesen. Die Freude an der Arbeit hat durch die Mitarbeit im IQZ zugenommen. Der Qualitätszirkel wird als geeignetes Instrument zur Qualitätssicherung eingeschätzt.

### Freiburg

Auffällig ist in diesem hinsichtlich Qualitätssicherung eher erfahrenen Zirkel, dass der Fallarbeit anfänglich vergleichsweise wenig Bedeutung zugeschrieben wird. Die Erwartungen an die konkreten Wirkungen der Zirkelarbeit sind insgesamt eher geringer, insbesondere fällt auf, dass mehr Arbeitsfreude explizit nicht erwartet wird.

Die zu Beginn der Zirkelarbeit eher geringen Erwartungen werden insgesamt übertroffen, insbesondere der Fallarbeit wird nach Ablauf der Modellprojektphase eine weitaus größere Bedeutung zugemessen. Ebenso hat der Aspekt der Selbstreflexion durch die Mitarbeit im Zirkel an Bedeutung gewonnen. Das Moderationsteam wird mehrheitlich gelobt, so finden sich zu den offenen Fragen ausschließlich positive Antworten. Die Moderation wird in erster Linie in der Funktion gesehen, die Gruppe zu führen, zugleich wünschen sich die Teilnehmenden hier ganz deutlich eine inhaltliche Beteiligung der Moderation an der Diskussion.

### Heidelberg

In diesem Zirkel bestehen mehrheitlich Erfahrungen im Bereich Qualitätssicherung. Auffällig ist das ausgeprägte Interesse an Fallarbeit, das vor allem auf dem Wunsch, sich ein konkretes Bild von Ansprechpartnern und Ansprechpartnerinnen machen zu können, zu beruhen scheint.

Die Moderation wird insbesondere in der Führungsaufgabe gesehen und ihr wird die Funktion zugeschrieben, Meinungsunterschiede aufzuzeigen. In diesem Zirkel konnten die Erwartungen größtenteils nicht erfüllt werden. Insbesondere konnte den Wünschen nach Informationen über Kooperations- und Ansprechpartner und -partnerinnen, kollegialer Supervision sowie fachbezogener Handlungssicherheit nicht wie erwartet entsprochen werden. Die (fehlende) Konstanz der Teilnahme wird als extrem

nachteilig für die Zirkelarbeit beschrieben.<sup>43</sup> Beides sind Gründe, die die Beendigung des Zirkels nach Ablauf des Modellprojekts mit erklären. Andererseits wird gerade in diesem Zirkel ein hohes Interesse an der Moderationsschulung geäußert, so dass Neuintiierungen grundsätzlich vorstellbar erscheinen.

### Erfurt

In diesem bezüglich Qualitätssicherung eher erfahrenen Zirkel erwarten die Teilnehmenden vorrangig, mehr Informationen über Kooperations- und Ansprechpartner und -partnerinnen zu erhalten, die Zusammenarbeit mit anderen im Feld Tätigen zu verbessern, sowie den Erfahrungsaustausch mit Kolleginnen und Kollegen.

Die Erwartungen der IQZ-Mitglieder werden überwiegend erfüllt. Der Teilnahmemotivation „allgemeine Neugier“ kann stärker, der Teilnahmemotivation „Anschluss an die Forschung gewinnen“ geringer als erhofft entsprochen werden. Während die Teilnahme am IQZ stärker als erwartet die Selbstreflexion gefördert und zu größerer Bewusstheit für eigene Grenzen beigetragen hat, führte die Gruppenarbeit weniger als gewünscht zu einem Einblick in die eigene Tätigkeit.

Der Moderation werden in der Rückschau weniger organisatorisch-technische Aufgaben zugewiesen als zu Beginn des Projekts. Auch in diesem Zirkel wird die (fehlende) Konstanz der Teilnahme von einigen Teilnehmenden als nachteilig empfunden. Ebenso wird bedauert, dass zu wenig niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen am Qualitätszirkel teilnehmen.

### Schwerin

In dieser durch große räumliche Distanzen geprägten Region haben die Teilnehmenden keine Vorerfahrungen bezüglich der Qualitätssicherung und äußern große Erwartungen an die Qualitätszirkelarbeit. Insbesondere stehen die Wünsche im Vordergrund, Informationen über Kooperations- und Ansprechpartner und -partnerinnen zu erhalten, die Zusammenarbeit mit anderen im Feld Tätigen zu verbessern, mehr fachbezogene Handlungssicherheit zu erlangen sowie den Erfahrungsaustausch mit Kolleginnen und Kollegen zu verbessern.

Die großen Erwartungen in diesem Zirkel zu Beginn des Modellprojekts werden überwiegend erfüllt; mit Ausnahme der Annahmen, den Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen zu verbessern, mehr Einblicke in die eigene Tätigkeit zu bekommen sowie die Zusammenarbeit mit anderen im Feld Tätigen zu verbessern. Stärker als erwartet hat eine Aufwertung gegenüber anderen Berufsgruppen und kollegialer Supervision stattgefunden. Auffällig ist die sehr konstante Teilnahme in diesem Zirkel, in dem die Wertschätzung der Fallarbeit zugenommen hat.

### Augsburg

Die Teilnehmenden dieses Zirkels sind im Hinblick auf Qualitätssicherung mehrheitlich erfahren, und sie haben vergleichsweise eher geringere Erwartungen an die Zirkelarbeit. Die Teilnehmenden wünschen sich neben mehr Informationen über Kooperations- und Ansprechpartner und -partnerinnen einen stärkeren Erfahrungsaustausch mit Kolleginnen und Kollegen sowie eine Intensivierung des Kontakts zu ihnen.

<sup>43</sup> Teilnehmeräußerungen zufolge ist der Hintergrund der Enttäuschungen unter anderem darin zu sehen, dass relevante Kooperationspartner und -partnerinnen nicht für die Mitarbeit im IQZ gewonnen werden konnten; vgl. Kapitel 3, Beispiel 5, S. 116 ff.

Die Erwartungen der Teilnehmenden decken sich nur begrenzt mit den Erfahrungen. In Bezug auf die Aspekte, den Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen zu verbessern, mehr Einblicke in die eigene Tätigkeit zu bekommen, mehr fachbezogene Handlungssicherheit zu erwerben, mehr Freude an der Arbeit zu gewinnen sowie den Anschluss an die Forschung zu verbessern, werden die Erwartungen nicht erfüllt. Wie vor Beginn der Zirkelarbeit werden auch in der Abschlussbefragung relativ hohe Anforderungen an die Moderation zum Ausdruck gebracht. Dabei ist eine Schwerpunktverlagerung zu beobachten: Den Moderierenden wird nunmehr vergleichsweise weniger der organisatorisch-technische Bereich zugeordnet, sondern eine Führungsaufgabe zugewiesen. Zugleich nimmt die Bedeutung der Fallarbeit ab.

## PROZESSEVALUATION DER IQZ-DURCHFÜHRUNG

Der Fokus der Prozessevaluation liegt auf den Bewertungen der IQZ-Arbeit im gesamten Verlauf. Folgende Fragen sollen dabei beantwortet werden:

- Wie schätzen Zirkelmitglieder selbst die Wirkungen der IQZ-Arbeit ein?
- Inwieweit wurde das IQZ-Konzept akzeptiert und umgesetzt?
- Lassen sich Entwicklungsprozesse bei der Umsetzung erkennen?

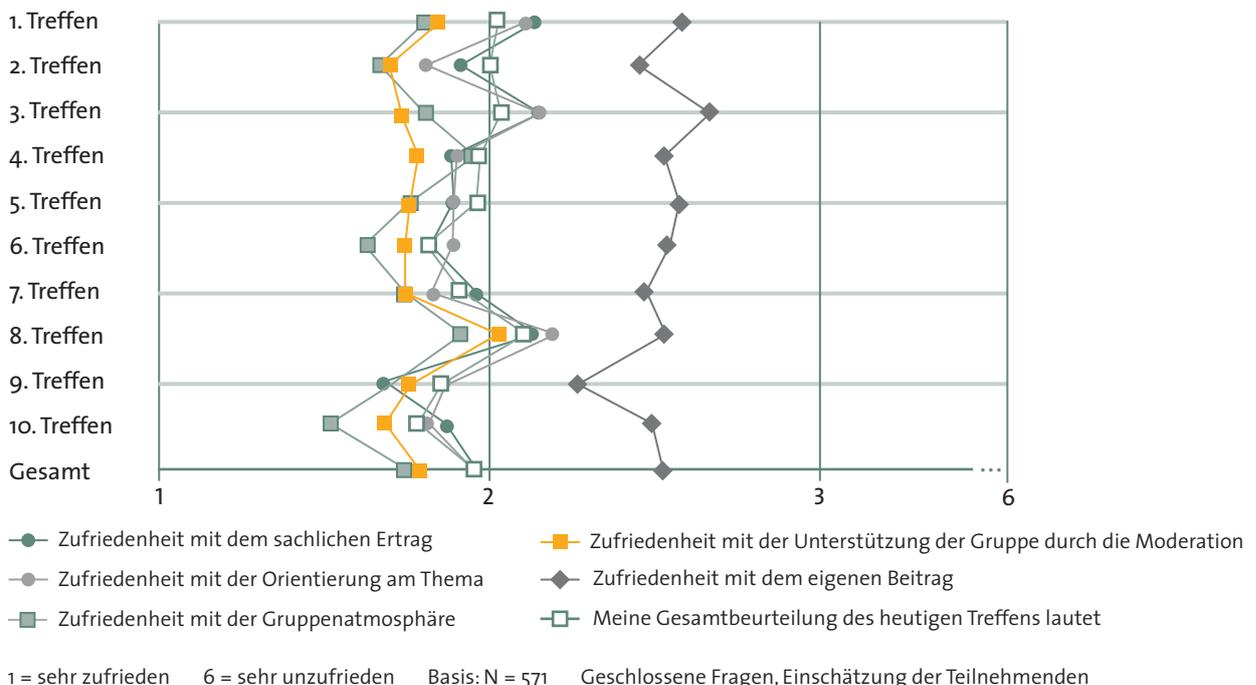
Die Ergebnisse stützen sich überwiegend auf Auswertungen der Kurzbeurteilungsbögen, die die Teilnehmenden nach jedem Treffen ausgefüllt haben. Der Kurzevaluationsbogen besteht aus fünf geschlossenen und sechs offenen Fragen.

### AUSWERTUNG DER GESCHLOSSENEN FRAGEN

Nach jeder IQZ-Sitzung wurden an die Teilnehmenden Kurzbeurteilungsbögen für die IQZ-Arbeit verteilt (vgl. Anhang), um neben einem mündlichen Blitzlicht eine schriftliche Rückmeldung zum jeweiligen Treffen zu erhalten. Während das Blitzlicht unmittelbar als Stimmungsbarometer fungieren und ggf. auch Diskussionen initiieren kann, bietet die anonyme Befragung die Möglichkeit, Kritik und Anregungen

ABBILDUNG 4-46

#### EINORDNUNG UND BEWERTUNG DER QUALITÄT DER IQZ-SITZUNGEN DURCH DIE TEILNEHMENDEN (Mittelwerte)



Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

äußern zu können. Die Moderierenden empfanden diese Form der schriftlichen Rückmeldung in der Regel als überaus hilfreich.<sup>44</sup>

Die Antworten zu diesen Fragen dienten der begleitenden qualitativen Dokumentation der IQZ-Arbeit. Mit Hilfe dieser Kurzbeurteilungsbögen sollte auch eruiert werden, inwieweit die Qualitätszirkel ergebnisorientiert arbeiteten und sich entlang der praktischen Problemstellungen der Zirkelteilnehmenden bewegten.

Da die gruppenspezifischen Prozesse, Entwicklungsgeschwindigkeiten und Diskussionsinhalte in den einzelnen IQZ unterschiedlich waren, lässt sich die Verlaufsgestalt nur grob skizzieren. Mit dieser Einschränkung ergibt sich das folgende Bild (vgl. Abbildung 4-46): Die besten Bewertungen geben die Teilnehmenden der Gruppenatmosphäre sowie der Unterstützung durch die Moderation. Dabei zeigen sich mit Bezug auf die Gruppenatmosphäre jedoch deutlichere Schwankungen – ein Hinweis auf gruppenspezifische Prozesse, bei deren Gestaltung die Moderation besonders gefordert war. Die Moderation erhält demgegenüber kontinuierlich gute Bewertungen. Dies verweist darauf, dass unter unterschiedlichen Bedingungen ein förderlicher Rahmen organisiert werden konnte. Ihren eigenen Beitrag schätzen die Teilnehmenden durchgängig am geringsten ein – ein Ergebnis, das mit vorliegenden Befunden aus anderen Qualitätszirkeln übereinstimmt.<sup>45</sup>

Die Gesamtbeurteilung aller Zirkelsitzungen hängt in erster Linie von der Einschätzung des sachlichen Ertrags ab und fällt insgesamt (sehr) positiv aus (1,94). Die auf den ersten Treffen – relativ betrachtet – negativeren Beurteilungen sind vor dem Hintergrund gruppenspezifischer Prozesse zu verstehen. Den Teilnehmenden war das IQZ-Konzept noch nicht vertraut, die Gruppenfindungsprozesse waren noch nicht abgeschlossen. Bei einer genaueren Analyse lässt sich feststellen, dass die Sitzungen besonders positiv bewertet wurden, in denen an konkreten Fällen gearbeitet wurde, weniger positiv wurden die Sitzungen bewertet, in denen eher theoretisch versucht wurde, das Qualitätszirkelkonzept umzusetzen.

Die insgesamt sehr positiven und eng beieinanderliegenden Beurteilungen lassen auf eine effektive Arbeit in einer guten Gruppenatmosphäre schließen. Konkretere Hinweise liefern die Antworten auf die offenen Fragen, die im Folgenden zusammenfassend vorgestellt werden.

## AUSWERTUNG DER OFFENEN FRAGEN

Im ersten Auswertungsschritt wurden auf Basis der vorliegenden Antworten inhaltliche Kategorien gebildet, denen dann die Aussagen zugeordnet<sup>46</sup> wurden. Die Häufigkeitsverteilungen werden hier im Verlauf dargestellt, wobei einschränkend anzumerken ist, dass die inhaltlichen Schwerpunkte – und auch das Antwortverhalten der Teilnehmenden – in den einzelnen Zirkeln unterschiedlich waren und daher die folgende Auswertung lediglich Tendenzen aufzeigt. Zur Veranschaulichung werden ausgewählte Zitate der Teilnehmenden angeführt.

<sup>44</sup> Einige Moderierende hielten allerdings die Anzahl der offenen Fragen für zu hoch.

<sup>45</sup> BAHRS et al. (2005)

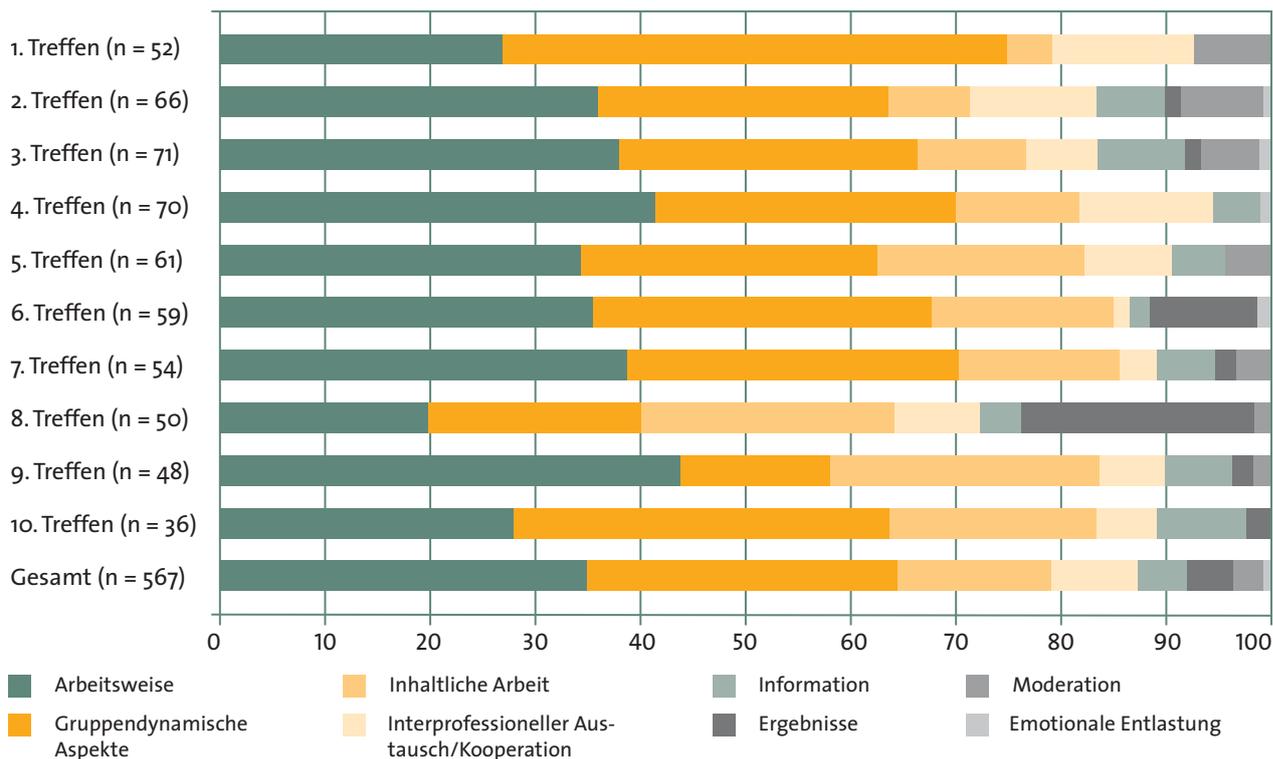
<sup>46</sup> Einige Äußerungen der Teilnehmenden (vorliegende Evaluationsbögen n = 571) konnten verschiedenen Kategorien zugeordnet werden, so dass die Zahl auswertbarer Äußerungen zum Teil die Zahl der Evaluationsbögen überstieg.

### POSITIVE ERFAHRUNGEN BEI DEN EINZELNEN TREFFEN

Insgesamt äußern sich 93,7 % aller Teilnehmenden zur Frage „Hat Ihnen beim heutigen Treffen etwas besonders gut gefallen?“, 83,2 % von ihnen beantworteten die Frage mit Ja. Die Kategorien „Arbeitsweise“ und „gruppensdynamische Aspekte“ dominieren in den Antworten der Teilnehmenden.

ABBILDUNG 4-47

**HAT IHNEN BEIM HEUTIGEN TREFFEN ETWAS BESONDERS GUT GEFALLEN? JA, UND ZWAR:**  
(Angaben in Prozent)



Kategorisierte offene Antworten im Verlauf über alle Zirkel; Basis: N = 567

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

**1. Arbeitsweise:** Besonders positiv wird von den Teilnehmenden von Beginn an der konkrete Einblick in die Arbeitspraxis durch die Fallarbeit betont. Aussagen hierzu finden sich kontinuierlich für jede Sitzung. Diese Dimension hatte mit 34,3 % der Äußerungen die größte Bedeutung.

- Fälle: „konzentrierte und disziplinierte Fallbesprechung“; „gut vorbereitete Fallvorstellung“; „Reflexion des eigenen Falls“; „sehr dichte Fallvorstellung“.
- Praxisbezug: „Fallbeispiel, um konkreter zu werden“; „sehr praxisorientiert“; „Möglichkeit, durch die konkreten Falldarstellungen eigene Handlungsabläufe zu korrigieren“; „in die Tiefe gehend bei ‚verzweigten‘ Fällen mit differenzierten Problematiken und interprofessioneller Zusammenarbeit“.
- Einblick in (andere) Arbeitspraxis durch Fallvorstellungen: „Fallbesprechungen verdeutlichen Arbeitsauftrag der Berufsgruppe“; „Einblicke in ein Beratungsgespräch – bessere Vorstellung über spezielle Situation“; „komplexer Fall, an dem ausgezeichnet gearbeitet werden kann“.

**2. Gruppendynamische Aspekte:** Hervorgehoben wird von den Teilnehmenden die konstruktive Diskussion strittiger Fragen auf der Basis gegenseitiger Wertschätzung.

- Gruppenatmosphäre/Umgang: „sehr offene, ehrliche, umfassende Diskussion eines schwierigen Themas“; „gegenseitiger Respekt, großes Engagement (auch in der interdisziplinären Kooperation) für die Frau/Patientin“; „konzentriertes Zusammenarbeiten, positive, erwartungsvolle Grundstimmung“; „offene, zielorientierte Gesprächsatmosphäre“.
- Diskussionsstil/-beiträge: „lebendige Diskussion“; „Vielseitigkeit (der Beiträge)“; „Kompetenz der Teilnehmer“; „rege Diskussion, auch kontrovers“; „sehr lebhaft Beteiligung, sehr unterschiedliche Stimmen“.

**3. Inhaltliche Arbeit: Thema und Themenbezogenheit:** Dieser Kategorie sind Aussagen zugeordnet, in denen konkrete Themen des Treffens und/oder die themenbezogene Arbeitsweise der Gruppe angesprochen werden.

- Thema/Inhalt: „Thema Fetozid offen behandelt“; „Thematik wurde gut rausgearbeitet“; „weiter über die Frage nachdenken, wie kann man Frauen erreichen, die keinen Beratungsbedarf haben“; „Vermittlung von Grundlagen für Beratungstätigkeit“; „Sensibilisierung für Problemsituationen“; „theoretischer Input zum Thema“; „sehr konkrete Thematik“; „Herausarbeiten des eigenen professionellen Standpunktes“; „konstruktives Miteinander“.

**4. Interprofessioneller Austausch/Kooperation:** Dieser Kategorie sind Aussagen zugeordnet, die den Abbau von Vorurteilen sowie den Einblick in Konfliktfelder und Kooperationsmöglichkeiten betreffen.

- Austausch allgemein: „Kontakt und Anregungen mit anderen in der PND beteiligten Kollegen“, „interdisziplinärer Gedankenaustausch“, „die Konflikte der verschiedenen Berufsgruppen“, „spannend, die verschiedenen Blickwinkel zu diskutieren“, „Fokus auf Kooperation“, „die zukünftige Vernetzung der Berufsgruppen wird immer konkreter“, „Konkretisierung von Verbesserungsmöglichkeiten der Pränataldiagnostik“.
- Einblick in (anderes) Arbeitsfeld/Äußerungen bezogen auf Berufsgruppen: „Einblick in ärztliche Fragestellungen“, „sehr gleichwertige Beteiligung aller Berufsgruppen“, „auch von Ärzten zu hören, dass sie ihren eigenen Standpunkt finden müssen, kein Automatismus“, „es war gut, die Arbeit der genetischen Beratungsstelle kennen zu lernen“.

**5. Information:** In dieser Kategorie sind Aussagen zusammengefasst, die verdeutlichen, wie wichtig die Nutzung des spezifischen Wissens und der spezifischen Angebote der anderen Berufsgruppen ist.

- Information allgemein: „Sachinformationen aus dem Arbeitsalltag“, „Wissensvermittlung in Beratungsfragen“, „Vermittlung von Kenntnissen, Wecken von Verständnis, Überprüfen eigener Standpunkte“.
- Informationen speziell: „Informationsvermittlung zum Mutterpass“, „vermittelnde Infos Fetozid“, „Einblick in die Problematik des späten Schwangerschaftsabbruchs“.

**6. Ergebnisse:** Unter den Teilnehmenden herrscht weitgehend Konsens, dass sie – nicht zuletzt aufgrund der Perspektivenvielfalt – Anregungen erhalten haben, die sich im Arbeitsalltag umsetzen lassen.

- Anregungen/Wissenszuwachs: „Reflexion des eigenen Falls“; „deutliche Unterschiede in der Problembewertung“; „praktisch umsetzbare Anregungen durch interdisziplinären Austausch“; „durch die ausführliche Diskussion konnte ich für meinen Fall entsprechende Leitlinien ableiten“; „mehr Verständnis, was in einer Frau vorgeht, die PND machen lässt“; „Vorschläge zur Motivation zur Beratung bei PND“.

**7. Moderation:** Die (Team-)Moderation wird von der Mehrheit der Teilnehmenden als sehr strukturierend und positiv beschrieben.

- Evaluation, Reflexion: „Zusammenfassung vieler Gesprächsebenen und -inhalte“.
- Allgemein: „ruhige, sachliche Gesprächsführung“; „Intervention der Moderatoren (am Thema bleiben!)“; „Funktion der Moderation“; „Strukturierung“; „behutsame, aber gute Moderation“.

**8. Emotionale Entlastung:** Wiederholt heben die Teilnehmenden den gegenseitigen Austausch über (gemeinsame) Probleme als hilfreich und entlastend hervor.

- „Das Gefühl, dass andere ähnliche Probleme haben, erleichtert“, „emotionaler Austausch“; „Offenheit und Eingestehen unserer Grenzen“.

### Zirkelspezifische Besonderheiten

Im Heidelberger Zirkel konzentrieren sich die Antworten der Teilnehmenden gleichermaßen auf gruppenspezifische Aspekte und die Arbeitsweise, und zwar schwerpunktmäßig bezogen auf das vierte und fünfte Zirkeltreffen. In Mannheim überwiegen Aussagen zur Arbeitsweise, aber hier spielen auch die inhaltliche Arbeit und der interprofessionelle Austausch eine Rolle. In Freiburg folgen direkt nach der Arbeitsweise der Aspekt der inhaltlichen Arbeit und der interprofessionelle Austausch. Die Äußerungen zu inhaltlichen Aspekten nehmen ab der fünften Sitzung fast kontinuierlich zu. In Erfurt hingegen stehen gruppenspezifische Aspekte konstant im Vordergrund. Die Schweriner Teilnehmenden äußern sich ab der dritten Sitzung zu inhaltlichen Aspekten. Im Augsburger Zirkel steht eindeutig die Arbeitsweise im Vordergrund.

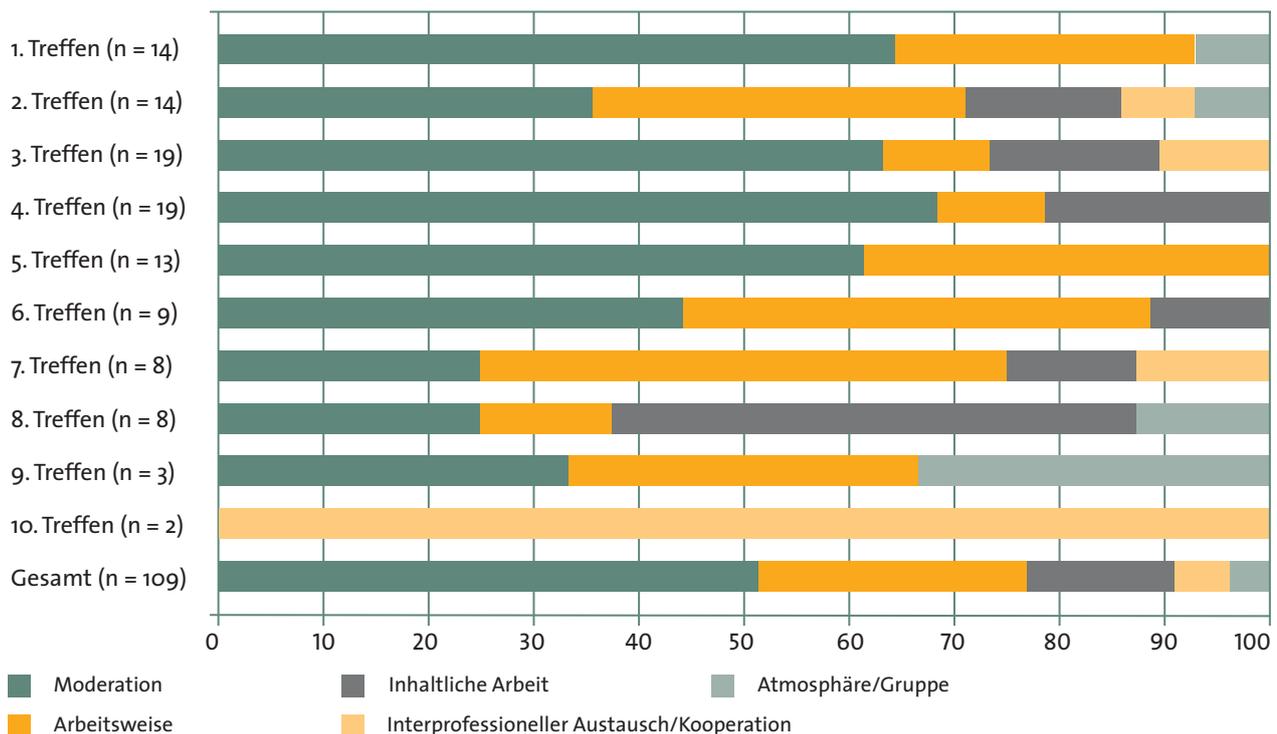
### Fazit

Die Mehrheit der Teilnehmenden äußert sich positiv zu den Zirkelsitzungen. Hierbei werden insbesondere die strukturierte Arbeitsweise sowie die positive Gruppenatmosphäre und -dynamik an allen Standorten hervorgehoben. Die Zitatsammlungen zu den einzelnen Aspekten zeigen deutlich, wie effektiv die gemeinsame Arbeit im IQZ von den Teilnehmenden empfunden wurde, und die positiven Beurteilungen lassen die Tiefe der Auseinandersetzung erkennen.

### VERBESSERUNGSWÜNSCHE NACH DEN EINZELNEN SITZUNGEN

Auf die Frage nach Verbesserungswünschen antworten nur 21 % der Teilnehmenden mit Ja („Ich habe Verbesserungswünsche ...“). Die klare Mehrheit (57,1 %) verneint dies. 33 % der Befragten äußern sich nicht zu dieser Frage. Insgesamt nehmen Aussagen hinsichtlich der Optimierung von Strukturierung und Zeitmanagement kontinuierlich ab. Die Verbesserungswünsche der Teilnehmenden beziehen sich auf folgende Aspekte:

ABBILDUNG 4-48 ICH HABE VERBESSERUNGSWÜNSCHE: JA, UND ZWAR (Angaben in Prozent)



Kategorisierte offene Antworten im Verlauf über alle Zirkel; Basis: N = 109

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

**1. Moderation:** Die Teilnehmenden fordern schwerpunktmäßig noch mehr Strukturierung der Diskussion und Ergebnisorientierung.

- Ablauf/Zeitmanagement: „mehr Disziplin bei den Wortmeldungen“; „Zeitrahmen beachten!“
- Lenkung/Zielorientierung: „für Ergebnisse mehr Zeit nehmen, festhalten“; „mehr Struktur“; „etwas straffere Diskussionsleitung“; „Nebengespräche unterbrechen“.

**2. Atmosphäre/Gruppe:** Die Teilnehmenden wünschen sich in Teilen noch intensivere Diskussionen und fordern den Abbau von Berührungängsten zwischen den Berufsgruppen.

- „Noch lebhaftere Diskussionsbeiträge“; „Berührungängste abbauen“.

**3. Arbeitsweise:** Aus den Antworten wird deutlich, dass die Teilnehmenden sich wünschen, dass bei konkreter Fallbesprechung systematisch die Vielfalt der Berufsgruppen und die Fragestellung der Vorstellenden einbezogen werden sollten.

- „Am konkreten Fallbeispiel Vorgehensweise der einzelnen Berufsgruppen durchgehen: Wer hat wo und wann seinen Platz?“; „genauer am Fall bleiben“; „Frage des Vorstellenden im Auge behalten“; „Fallarbeit ins Zentrum“; „schriftliche Fallvorstellung“.

**4. Inhaltliche Arbeit:** Die Teilnehmenden äußern spezifischen Informations- und Diskussionsbedarf, zudem sollten Vergleichsmöglichkeiten geschaffen werden.

- „Liste über diese Institutionen mit deren Angebot“; „einmal ‚normale‘ Untersuchungen während der ‚normalen‘ Schwangerschaft kurz vorstellen!“; „Thema Fetozid/ethische Bewertung tatsächlich angehen“; „Bitte, konkrete Leitlinien weiterzuentwickeln!“

**5. Interprofessioneller Austausch/Kooperation:** Spezifische Bereiche sollten nach Ansicht einiger Teilnehmenden (stärker) vertreten sein.

- „Mich würden die Standpunkte der einzelnen Teilnehmer zur PND interessieren“; „Kliniken fehlen“; „auch mehr Einblick in die psychosozialen Beratungsinhalte bekommen“; „praxisorientierter arbeiten in Hinblick auf Netzwerk“; „Verbesserung der Kommunikation zwischen den Beratungsstellen“; „Kreis sollte mehr Ärzte enthalten“; „unbedingtes Fortführen des IQZ!“

### Standortspezifische Unterschiede

Betrachtet man die einzelnen Standorte, lässt sich festhalten, dass die Zirkel in Augsburg, Schwerin und Erfurt die wenigsten Verbesserungswünsche äußern. Insbesondere die Schweriner Teilnehmenden scheinen mit Ablauf und Inhalten des Qualitätszirkels zufrieden zu sein (68,7 % Nein-Antworten). Auch die Antworten der Mannheimer Teilnehmenden deuten mit nur 9,9 % Ja-Antworten auf eine hohe Akzeptanz und Einverständnis hin, wobei an diesem Standort zugleich „keine Angabe“ zu dieser Frage von den Teilnehmenden gemacht wurde (33,8 %). Ab dem fünften Treffen finden sich keine Antworten mehr zu dieser Frage.

Beim Heidelberger Zirkel konzentrieren sich die Aussagen vorwiegend auf die dritte und vierte Sitzung und dabei hauptsächlich auf die Moderation. Die „Verbesserungsvorschläge“ in der zehnten Sitzung beziehen sich ausschließlich auf die „Weiterarbeit, Fortführung“ der IQZ-Arbeit. Beim Heidelberger Zirkel, der bereits mit dem achten Treffen in der ersten Projektphase aufgelöst wurde, äußern einige Mitglieder nach diesem Treffen ihren Wunsch nach Weiterführung als Verbesserungsvorschlag.

### Fazit

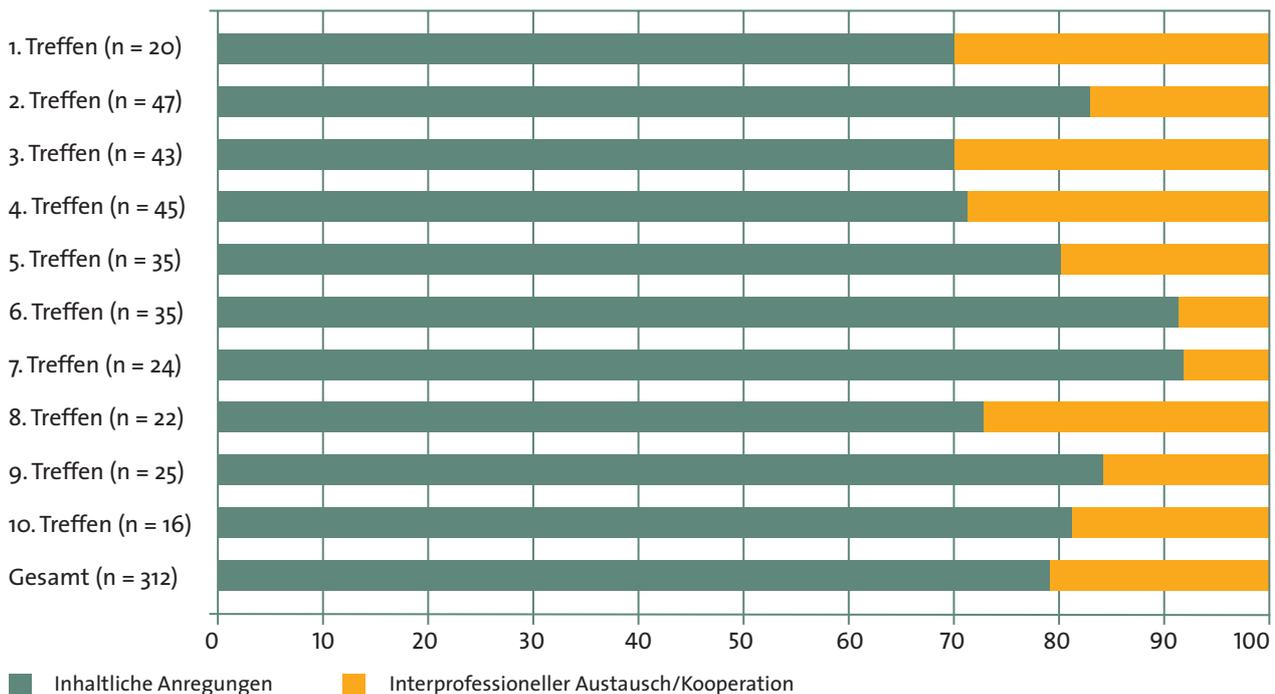
Dass nur wenige Verbesserungswünsche geäußert wurden, deutet auf eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmenden mit der IQZ-Arbeit hin. Die Anregungen der Anfangszeit beziehen sich vor allem auf die Gestaltung von Moderation und Gruppenatmosphäre und scheinen aufgegriffen worden zu sein, so dass im Folgenden inhaltliche Fragen in den Vordergrund treten.

### PRAKTISCHE ANREGUNGEN

Praktische Anregungen für ihren Berufsalltag haben 59,7 % der Teilnehmenden erhalten. Betrachtet man die Antworten der Teilnehmenden in den einzelnen Zirkeln im Verlauf der einzelnen Sitzungen, so variieren die Angaben stark in Abhängigkeit von den jeweiligen Inhalten (Thema, Fallvorstellung) der einzelnen Sitzungen.

ABBILDUNG 4-49

**ICH HABE AUF DIESEM TREFFEN PRAKTISCHE ANREGUNGEN ERHALTEN: JA, UND ZWAR**  
(Angaben in Prozent)



Kategorisierte offene Antworten im Verlauf über alle Zirkel; Basis: N = 312

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

**1. Inhaltliche Anregungen:** Die Antworten beziehen sich auf Anregungen zur kontinuierlichen Selbstreflexion und Verbesserung der eigenen Arbeit, insbesondere zur Verbesserung der Beratungsgespräche und zum Umgang mit Angehörigen.

- Anregungen allgemein: „Zeitfaktor, Zeitbedürfnisse, Diskussionszeit, Beratungszeit, Handlungszeit überdenken“; „Ideen, was noch abgefragt werden könnte“; „konkretes Anliegen in der Beratung abklären“; „Hinweise für die Gesprächsführung“; „Impulse zum Umgang mit schwierigen Beratungssituationen“; „Impulse, darüber nachzudenken, dass sich Sichtweisen von heute auf morgen ändern können“; „zum Thema Gesprächszeitpunkt mit Eltern vor Diagnostik“.
- Speziell: „Hinzuziehen von Dolmetschern bei Sprachbarrieren“; „mehr Sensibilität für Migranten“; „Umgang mit den Kindern der zu Beratenden“; „Hilfe bei Bestattungen, Angebote von Hebammen“; „Möglichkeit von Selbsthilfegruppen“; „Kontakt mit Psychiatern usw. und Einweisung bei Suizidalität“; „eventuell Aufklärungsbogen vor Punktion mitgeben“; „bei Paaren getrennte Beratung anbieten“; „Folgegespräche vereinbaren nach zweiter Begutachtung in der

Pränataldiagnostik durch so genannte Experten“; „bei spezieller Diagnose Einbindung Kinderarzt nachfragen“.

- Umgang mit Patientin: „Umgang mit Patientin und Partner bei Partnerschaftskonflikten in Schwangerschaft“; „Patientinnen noch genauer zuhören und auf Gesagtes eingehen“; „weniger eigene Gedanken projizieren“; „bewussteres Beraten der Patientin, weniger routiniert – individueller“; „beachten, dass Beziehung zwischen Mutter und Kind auch beim Abbruch besteht“.
- Reflexion/Bestätigung/Veränderung der eigenen Arbeit: „Beobachtung und Selbstbeobachtung bei der Arbeit zu üben“; „ja, meine Beratungstätigkeit auf die diskutierten wichtigen Inhalte zu prüfen“; „sehr hilfreich für meine Klientin, die jetzt wahrscheinlich ihr Kind austragen wird“; „die Grenzen unseres Handelns zu akzeptieren“; „nachdenken, wie Bestellsystem zu organisieren ist“; „offensives Ansprechen – Empathie bewusster in den Blick nehmen“.

**2. Interprofessioneller Austausch/Kooperation:** Hier geht es vorrangig um die Ermutigung zur Kooperation durch persönliches und sachliches Kennenlernen sowie um eine emotionale Entlastung.

- Allgemeiner Austausch: „Vernetzung/Persönliches Kennenlernen, erleichtert Ver-/Überweisung“; „weiterhin vernetztes Denken und Handeln“; „Notwendigkeit des Feedbacks“; „Angebote der Beratung betonen“.
- Einblick in (andere) Arbeitspraxis: „Informationen über Art und Weise der sozialen Beratung“; „Situation der Ärzte“.
- Hin-/Verweis auf andere Berufsgruppe/Kooperation: „schneller an Kooperation denken“; „noch deutlicher auf Beratungsfunktion (= Konfliktberatung) hinweisen“; „mehr Mut zur Kooperation“; „Ermutigung, auf Ärzte und die genetische Beratungsstelle zuzugehen“; „Impuls zur Hospitation; Mut zum persönlichen Kontakt mit Gynäkologen“; „konsequent den Kontakt zu den Gynäkologen in der Region pflegen“; „Möglichkeiten nutzen, behandelnde Ärzte anzurufen“.
- Entlastung: „Verteilung auf mehrere Schultern“; „zur Reflexion eigener Beratungsfälle“.

### Standortspezifische Unterschiede

Die meisten Anregungen haben, nach eigenen Angaben, die Heidelberger Teilnehmenden erhalten (69,4 % Ja-Antworten). Die wiederum verteilen sich recht konstant auf die Sitzungen. Die wenigsten Anregungen haben die Teilnehmenden des Erfurter Zirkels erhalten (52,2 % Ja-Antworten). In Schwerin finden sich die meisten Äußerungen, die diese Frage mit „Nein“ beantwortet haben. Insgesamt geben nur 29,2 % aller Teilnehmenden an, keine Anregungen erhalten zu haben. Die hier von den unterschiedlichen Professionen ausgehenden Anregungen wurden offenbar unmittelbar als hilfreich zur Verbesserung der eigenen Arbeit und zur Erweiterung des eigenen professionellen Handelns angesehen.

### Fazit

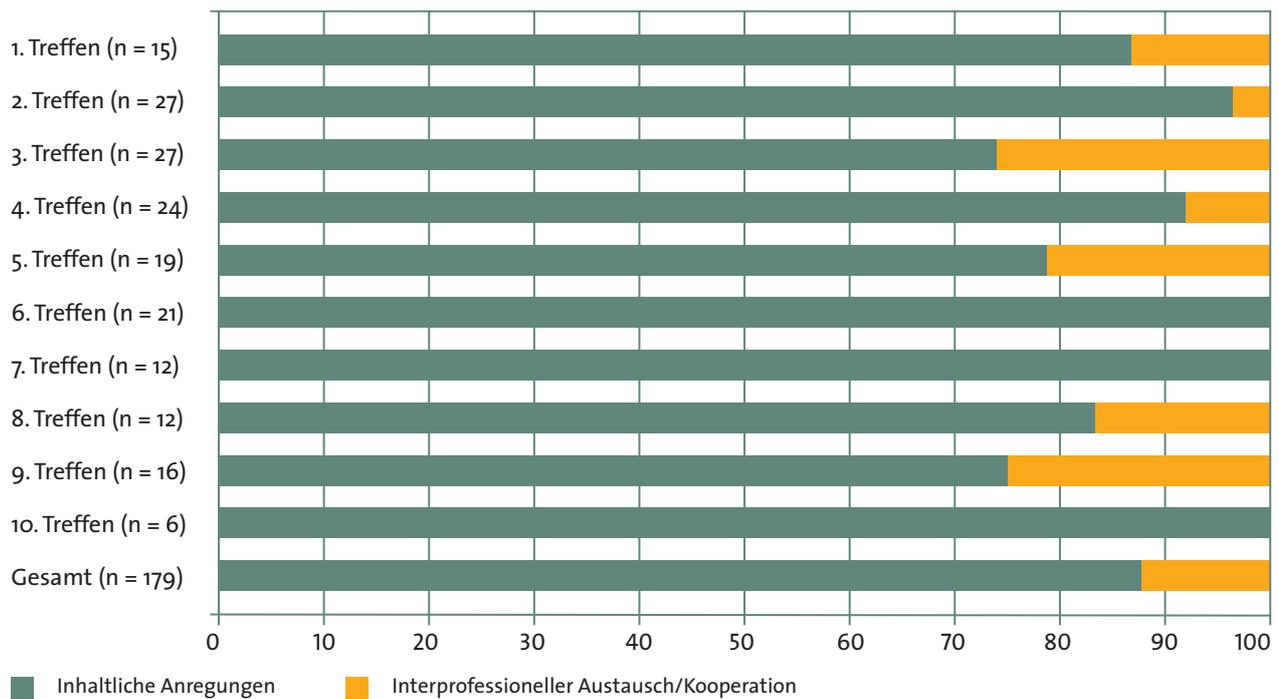
Weit über die Hälfte der Teilnehmenden hat praktische Anregungen in den Zirkelsitzungen erhalten. Das breite Spektrum der Antworten bezüglich konkreter inhaltlicher Informationen und Vorschläge hinsichtlich der interprofessionellen Kooperation ist ein weiteres Indiz für die fruchtbare (Zusammen-)Arbeit im IQZ.

### UMSETZBARKEIT DER ANREGUNGEN

Eine Umsetzung erhaltener Anregungen erscheint 46,6 % aller Teilnehmenden möglich. Zugleich ist die Anzahl derer, die zu dieser Frage keine Angabe machen, relativ hoch (30,3 %).

ABBILDUNG 4-50

**ICH GLAUBE, DIE ERHALTENEN ANREGUNGEN AUCH UMSETZEN ZU KÖNNEN: JA, UND ZWAR**  
(Angaben in Prozent)



Kategorisierte offene Antworten im Verlauf über alle Zirkel; Basis: N = 179

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

**1. Inhaltliche Anregungen:** Die Antworten beziehen sich allgemein auf die Verbesserung der Gesprächsführung durch mehr Handlungssicherheit und Sensibilisierung sowie die vermehrte Weitergabe von Informationen.

- Allgemein: „gezielter nachfragen, Informationsbedarf eventuell genauer ansprechen“; „(Zeitfaktor) in der Beratung einbeziehen“; „die Anregung, aus dem medizinischen Zug auszusteigen bzw. einen Stopp zu machen“.
- Speziell: „Eingrenzung der Aufklärungspflicht über den Fetozid“; „Weitergabe von Flyer bei Pillen- bzw. Medikamenteneinnahme während der Schwangerschaft“; „Erstellen von Beratungsfolien, Erklärungshilfen“.
- Umgang mit Patientin: „Verständnis der Klienten in Bezug auf Vorsorgemethoden unterstützen“; „genauer auf Patientin hören, mehr Zeit lassen für Entscheidung“.
- Veränderung der eigenen Arbeitspraxis: „werde sensibler hinhören bei meiner Beratungstätigkeit“; „Gründe erforschen, warum mein Ziel nicht immer Ziel der Patientin ist“.

**2. Interprofessioneller Austausch/Kooperation:** Die Teilnehmenden beziehen sich auf den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen durch mehr Bemühungen um interdisziplinäre Zusammenarbeit.

- Allgemein: „Personen und Stellen besser bekannt“.
- Hin-/Verweis auf andere Berufsgruppe/Kooperation allgemein: „Weiterleitung eventuell früher angehen“; „Initiative zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Hebammen“; „immer wieder selbst Kontakt aufbauen/nutzen und andere dazu ermutigen“.
- Kooperation: „Nachberatung Schwangerschaftsberatungsstelle“, „Kontaktaufnahme zur Lebenshilfe“; „gute Kooperation zwischen psychosozialer Beratung und auch Humangenetik (sofortige Beratung)“.

### Standortspezifische Unterschiede

Die Zirkel unterscheiden sich in ihrer Einschätzung zu diesem Aspekt nicht wesentlich. Lediglich die Erfurter Teilnehmenden schätzen eine praktische Umsetzbarkeit insgesamt kritischer ein (35,6 %). Dies ist zugleich auch der Zirkel, der – relativ betrachtet – am wenigsten Anregungen (Frage 3; S. 238/239) erhalten hat. In Erfurt ist die Zahl derjenigen, die zur Umsetzbarkeit der Anregungen keine Angaben machen, mit 37,8 % relativ hoch. Die meisten umsetzbaren Anregungen, die sich auf den interprofessionellen Austausch und Kooperation beziehen, finden sich in dem Augsburger Zirkel. Die Mannheimer geben zwar überwiegend an, die erhaltenen Anregungen umsetzen zu können, konkretisieren dieses jedoch seltener.

### Fazit

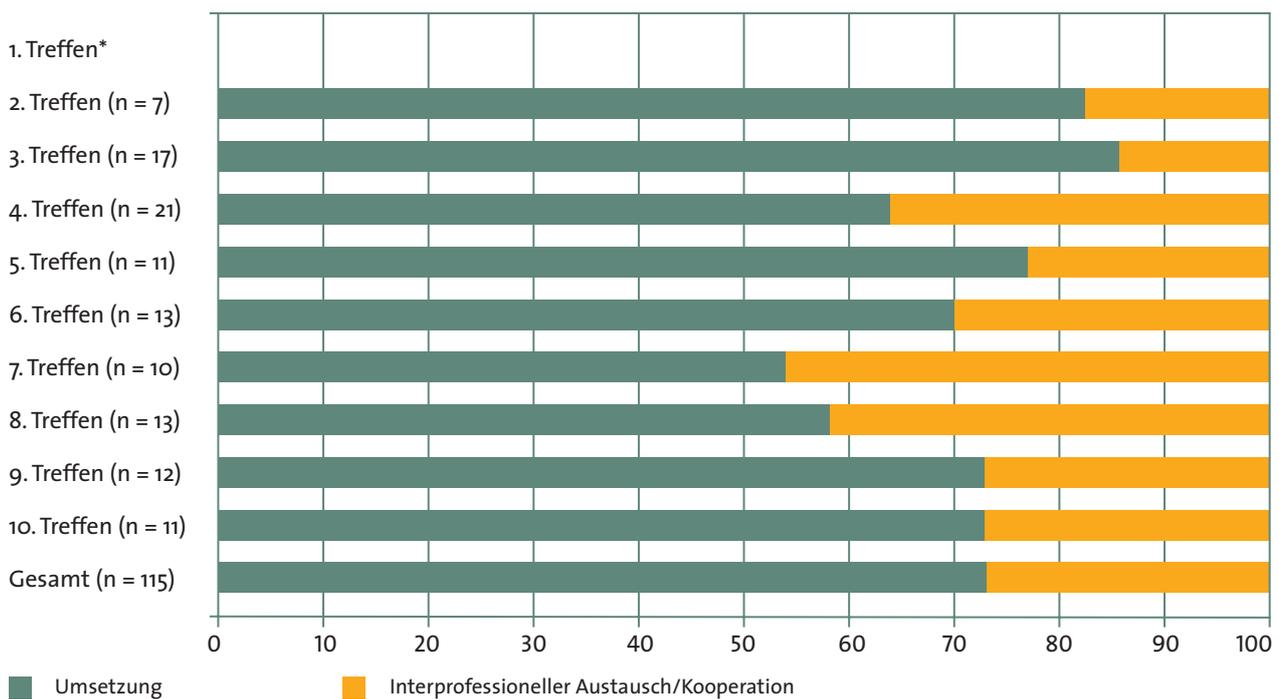
Insgesamt betrachtet glaubt der Großteil der Teilnehmenden, die diese Frage beantwortet haben, dass die im IQZ diskutierten und erarbeiteten Anregungen „aus der Praxis für die Praxis“ konkret umsetzbar sind. Dabei handelt es sich – und das ist im Sinne des Projektziels besonders erfreulich – vielfach um Anregungen für verbesserte interprofessionelle Zusammenarbeit.

### BISHERIGE UMSETZUNG VON VERBESSERUNGSVORSCHLÄGEN

Auf die Frage nach der Umsetzung von bisher vereinbarten Verbesserungsvorschlägen im Qualitätszirkel antworten 28,2 % der Teilnehmenden mit Ja. Auch bei dieser Frage ist der Anteil derjenigen, die keine Angaben gemacht haben, mit 29,2 % relativ hoch. Wenn auch nur vereinzelt, so finden sich auf diese Frage bereits Äußerungen, die auf konkrete Kooperationen innerhalb und zwischen den Berufsgruppen hinweisen, wie die unten stehenden Beispiele verdeutlichen.

ABBILDUNG 4-51

#### ICH KONNTE BISHER VEREINBARTE VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE UMSETZEN: JA, UND ZWAR (Angaben in Prozent)



Kategorisierte offene Antworten im Verlauf über alle Zirkel; Basis: N = 115

\* Beim ersten Treffen wurden Verbesserungsvorschläge vereinbart; sie konnten frühestens zum zweiten Treffen umgesetzt worden sein.

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

**1. Umsetzung:** Dieser Kategorie sind Aussagen zugeordnet wie Umgang mit Betroffenen, Umgang mit schwierigen Situationen, fachliche Qualifizierung (klare Regeln, IQZ-interne Leitlinien und Informationen).

- Allgemein: „Beratung nach erstellten Leitlinien“; „pränatalsdiagnostische Fragen offensiver ansprechen“; „den Flyer schon wiederholt eingesetzt“.
- Speziell: „klare Regeln für Übersetzung bei ausländischen Klientinnen“; „in der Ultraschall-Sprechstunde wird konkreter auf Motivationen der Patientinnen eingegangen“; „Kopie der Feindiagnostik im Mutterpass lassen“.
- Umgang mit Patientin: „Absprachen über gemeinsames Vorgehen/Angebot an Patientin“; „mehr Informationen für die Patientin, detailliertere Schilderung der Konsequenzen“; „offener im Gespräch mit Wissen im Hintergrund umgehen“.

- Veränderung der eigenen Arbeitspraxis: „war motivierter, Sachinfos zu lesen“; „Ultraschalldiagnostik von mir (aus) ansprechen“.

**2. Interprofessioneller Austausch/Kooperation:** Die Antworten beziehen sich auf das Nutzen von Kontakten sowie auf die Handlungssicherheit bei Empfehlungen und Überweisungen.

- Allgemein: „Kontakte für meine Arbeit nutzen“.
- Hin-/Verweis auf andere Berufsgruppe/Kooperation allgemein: „Ansprache der betreffenden Kollegen bzw. direkte Empfehlung“; „bessere Kommunikation mit Klinik und Zusammenarbeit“; „systematischere Einbeziehung externer psychosozialer Beraterinnen“; „konkrete direktive Ansprechpartner benannt“.
- Kooperation konkret: „Zusammenarbeit mit Internationalem Frauenzentrum (IFZ), eigener Fall, Faltblatt Übersetzung“; „konkrete Hinweise auf Beratungsangebote der anderen Einrichtungen“; „besondere Fälle im Alltag mit Gemeinschaftspraxispartnerin bearbeiten“; „hatte keine Fälle, habe aber bei einem Konfliktfall den hier geknüpften Kontakt nutzen können“; „konkreter Fall mit Arztpraxis, Klinik und psychosozialer Beratung“.

### Standortspezifische Unterschiede

Beim Augsburger Zirkel finden sich einerseits die wenigsten Ja-Antworten (15 %) und zugleich die höchste Zahl derjenigen, die die Frage, ob sie Verbesserungsvorschläge bereits umsetzen konnten, verneinen (52,5 %); die Verbesserungsvorschläge konnten offensichtlich nur in geringem Maß umgesetzt werden. Dennoch finden sich relativ betrachtet hier – neben Heidelberg – die meisten Äußerungen zum interprofessionellen Austausch. Bei einer Verlaufsanalyse ist ein Anstieg der Zustimmungen insbesondere in dem Schweriner und dem Erfurter Qualitätszirkel erkennbar.

### Fazit

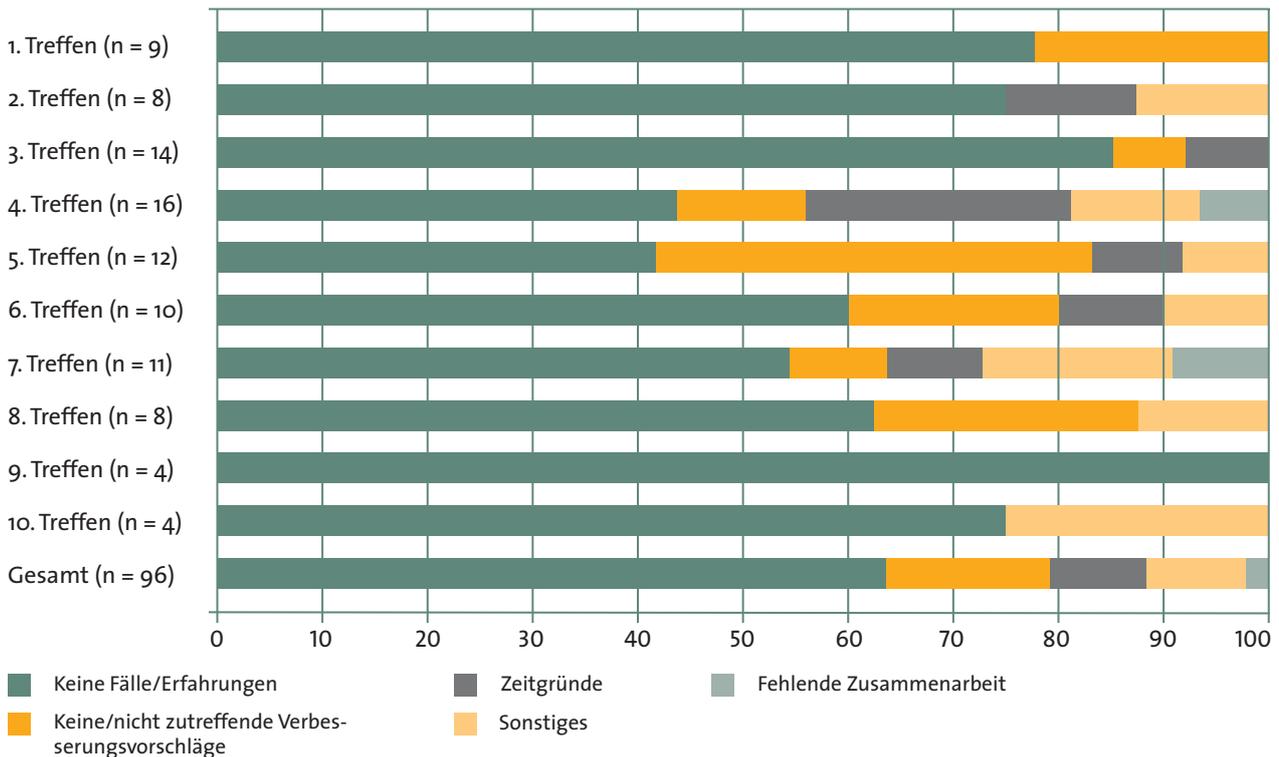
Vor dem Hintergrund des relativ kurzen Arbeitszeitraums der Zirkel stellen die hier beschriebenen bereits umgesetzten Verbesserungsvorschläge eine äußerst positive Bilanz dar.

### KEINE MÖGLICHKEIT, VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE UMZUSETZEN

Nur 18,2 % der Teilnehmenden beantworteten die Frage, ob sie Verbesserungsvorschläge nicht umsetzen konnten, mit Ja, bei 35,6 % der Teilnehmenden werden keine Probleme bei der Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen gesehen. Fast die Hälfte macht zu dieser Frage keine Angabe (46,2 %).

ABBILDUNG 4-52

**ICH KONNTE BISHER VEREINBARE VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE NICHT UMSETZEN: JA, UND ZWAR, WEIL** (Angaben in Prozent)



Kategorisierte offene Antworten im Verlauf über alle Zirkel; Basis: N = 96

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

- Keine Fälle/Erfahrungen:** „fehlende Anlässe Beratungssituation“; „bisher keine Fälle aus der medizinischen Praxis“; „kein Kontakt zu Patientin mit pränataler Beratung“; „noch keine aktuelle Situation“.
- Zeitgründe:** „weil mir die Zeit noch fehlt“; „Zeit/Dokumentation der aufwendigen Beratungen“.
- Keine/n nicht zutreffende Verbesserungsvorschläge:** „weil Vereinbarungen nicht so greifbar für Alltagspraxis“ sind und „mir keine Vorschläge vorliegen – in dieser Veranstaltung“.
- Fehlende Zusammenarbeit:** „mangelnde Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Frauenärzten“; „wie bisher – keine Überweisungen“.
- Sonstiges:** „nichts Neues, ist bereits Praxis“; „leichtes kommunikatives Problem innerhalb der eigene Berufsgruppe“; „meine berufliche Position erlaubt das nicht“.

### Standortspezifische Unterschiede

Bei einer Verlaufsbeobachtung finden sich keine wesentlichen zirkelspezifischen Besonderheiten.

### Fazit

Als Hauptargument für die noch nicht erfolgte Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen führen die Teilnehmenden insgesamt fehlende Fälle bzw. Erfahrungen an. Zudem wird die oftmals fehlende Zeit als Hinderungsgrund angegeben. Es wäre eine lohnenswerte Aufgabe für die weitere IQZ-Arbeit, konkrete Vorschläge zur Bewältigung der genannten Hindernisse zu finden. Der Faktor „Zeit“ scheint dabei eine wesentliche Rolle zu spielen: Mit zunehmender Erfahrung erst können die Vorschläge geprüft und umgesetzt werden – und dabei äußere von inneren Widerständen geschieden werden.



# ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE ZUR UMSETZUNG DES QUALITÄTSZIRKELKONZEPTS

## ERWARTUNGEN AN DIE QUALITÄTSZIRKELARBEIT

Im Vorfeld des Projekts wird – bezogen auf die Mitarbeit im IQZ – vor allem der Wunsch nach Vernetzung, Erfahrungs- und Informationsaustausch geäußert. Dies gilt für die Teilnehmenden aller Projektstandorte. Die formulierten Erwartungen entsprechen damit der Zielsetzung des Modellprojekts.

Die Moderierenden stehen insgesamt hoch motivierten Teilnehmenden gegenüber. An die Moderation stellen die Teilnehmenden überwiegend hohe Anforderungen. Der Fallarbeit messen Teilnehmende und Moderierende eine entscheidende Bedeutung bei, so dass eine wesentliche Voraussetzung für die konkrete Arbeit im Qualitätszirkel erfüllt war.

## ZIRKELBEGLEITENDE EVALUATION

In der bei jedem Treffen erfolgten Kurzbeurteilung geben Teilnehmende und Moderierende insgesamt bezüglich aller erfragten Dimensionen gute bis sehr gute Noten. Bei der Verlaufsanalyse wird deutlich, dass die zunehmende Konkretisierung von Fragestellung und Diskussionsmaterial sich in positiven Bewertungen und umsetzbaren Arbeitsergebnissen niederschlägt (vgl. auch Kapitel 3). Zahlreiche Äußerungen der Teilnehmenden belegen eine wachsende Aufgeschlossenheit und Wertschätzung der anderen Gruppenmitglieder – unabhängig von der jeweiligen Berufsgruppenzugehörigkeit. Die Antworten deuten darüber hinaus darauf hin, dass Kooperation bereits in Teilen stattfindet. Teilnehmende heben wiederholt hervor, dass das persönliche Kennenlernen im IQZ die Zusammenarbeit deutlich erleichtert. Bei inhaltsanalytischer Betrachtung zeigt sich weiterhin, dass im Laufe der Zeit eine zunehmende Sensibilisierung für die Probleme der Schwangeren stattfindet. Der Erfahrungsaustausch im IQZ und die Reflexion der eigenen Arbeit geben zugleich Anregungen zur Problemlösung und eine positive Bestätigung der eigenen Arbeit. Wer mit dem Gefühl gehen kann, „meine bisherige Tätigkeit ist gut verlaufen, sie war im Wesentlichen bisher richtig“, hat Kraft getankt und kann sich selbstbewusst den Aufgaben des Arbeitsalltags neu stellen.

## ABSCHLIESSENDE BEWERTUNGEN DER QUALITÄTSZIRKELARBEIT

Der Wunsch nach Vernetzung, Erfahrungs- und Informationsaustausch durch die Mitarbeit im IQZ ist an allen Standorten nach Abschluss des Projekts überwiegend erfüllt.

Den hohen Anforderungen an die Moderation konnte entsprochen werden. In allen Zirkeln wird die Moderation mehrheitlich gelobt und das Konzept der Teammoderation bestätigt. Besonders gewürdigt wird die Rolle der Moderierenden, die ihre Tätigkeit mit den unterschiedlichen Erwartungen und Vorerfahrungen der Teilnehmenden in Übereinstimmung bringen konnten und zugleich als Garant der fallbezogenen Arbeit fungierten.

Teilnehmende und Moderierende messen übereinstimmend der strukturierten Fallarbeit rückwirkend eine noch größere Bedeutung zu als in der Eingangsbefragung. Dies verweist darauf, dass das Kernelement der Qualitätszirkelarbeit vermittelt, seine Relevanz für die Bearbeitung eines Themas erkannt und die damit eröffnete Chance für die praktische Kooperationsförderung erlebt werden konnte.

Als Vorzüge des IQZ werden wiederholt die strukturierte Arbeitsweise, der interprofessionelle, persönliche Austausch, die Vernetzungsmöglichkeiten und die damit verbundene Perspektivenvielfalt hervorgehoben. Als ein Nachteil wird der Zeitaufwand beschrieben. Dass – mit Ausnahme des Heidelberger Zirkels – alle initiierten Gruppen ihre Arbeit fortsetzen, ist aber als Beleg dafür zu werten, dass das Konzept nachhaltig von den Teilnehmenden als Instrument der Qualitätssicherung im Bereich der Pränataldiagnostik akzeptiert wird. Knapp 70 % der Teilnehmenden halten explizit interprofessionelle Qualitätszirkel für eine geeignete Methode in ihrem eigenen Arbeitsbereich, die aufgrund konkreter Fallbearbeitungen erfahrbare Veränderungen im beruflichen Alltag ermöglicht. Trotz des hohen Zeitaufwands können sich knapp 20 % der derzeit Moderierenden vorstellen, weitere IQZ zu initiieren. Weiterhin sind mehr als 20 % der Teilnehmenden an einer Moderatorenschulung interessiert. Dies zeigt, dass die anfänglichen Vorbehalte gegenüber der umfangreichen Schulung entkräftet werden konnten und ein relativ hohes Potenzial für die weitere Implementierung von IQZ vorhanden ist.

## BERUFSGRUPPENSPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE

Das Qualitätszirkelkonzept hat sich – bei aller Unterschiedlichkeit der Verläufe – an allen Projektstandorten als geeignet erwiesen, die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit zu fördern. Dabei zeigte sich, dass die beiden Berufsgruppen unterschiedlich von der Qualitätszirkelarbeit profitiert haben. Ärztinnen und Ärzte haben die Qualitätszirkel als Chance zur Selbstreflexion und zum Erhalt emotionaler Unterstützung gesehen, und sie geben tendenziell einen Zuwachs an Arbeitsfreude an. Beratungsfachkräfte hingegen empfanden einen Zugewinn an fachbezogener Handlungssicherheit und eine Aufwertung ihrer Berufsgruppe. Hervorzuheben ist, dass die Beraterinnen mit insgesamt sehr hohen Erwartungen in die Zirkelarbeit eingestiegen sind, die sich nicht vollständig erfüllt haben.

Zwar wurde in vielen offenen Antworten die Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen im Feld Tätigen und des kollegialen Kontakts als Vorzug der interprofessionellen Qualitätszirkel herausgestrichen, dennoch konnten die diesbezüglichen Erwartungen der Beraterinnen nicht vollständig erfüllt werden. Dies lässt vermuten, dass die Beraterinnen andere Hoffnungen hatten – z. B. vermehrte direkte Einbeziehung mittels Verweisung – als die ärztlichen Teilnehmenden und dass diesen Erwartungen nicht allein über die Arbeit in einem zeitlich begrenzten IQZ entsprochen werden kann. Anzunehmen ist, dass es hier ergänzender (berufs-)politischer Initiativen bedarf.

Weiterhin wurden bei den Beratungsfachkräften auch solche Erwartungen nicht erfüllt, die einen besseren Einblick in die eigene Tätigkeit oder die Änderung des eigenen Alltagshandelns betreffen. Dies könnte damit zusammenhängen, dass Beraterinnen vergleichsweise zurückhaltend ihren beraterischen Arbeitsalltag im IQZ zur Diskussion gestellt haben. Hier ist die Moderation besonders gefordert, die Beraterinnen gezielt anzusprechen und bei der Vorbereitung von Fallvorstellungen zu unterstützen. Diese Interpretation wird gestützt durch Aussagen der Teilnehmenden, die sich in der Abschlussbefragung für eine etwas direktivere Rolle der Moderierenden aussprechen.



# Erkenntnisse aus der Feldphase – Perspektiven

## EFFEKTE DES MODELLPROJEKTS UND DER ARBEIT IN IQZ

# 253

Veränderungen in strukturellen Merkmalen der Beratung	253
Verweisungspraxis	253
Gründe gegen Inanspruchnahme	253
Veränderungen in den inhaltlichen Schwerpunkten der Beratung	254
Sensibilisierung der Wahrnehmung	254
Angaben zu Veränderungen bei den Beraterinnen	254
Angaben zu Veränderungen bei der Ärzteschaft	255
Veränderungen von Einstellungen und beruflichen Vorurteilen	255
Akzeptanz und Umsetzung des Qualitätszirkelkonzepts	255
Evaluation der Gruppenarbeit durch die IQZ selbst	257
Weiterführung und Ausbreitung der IQZ-Arbeit	258

## EMPFEHLUNGEN FÜR DIE IMPLEMENTIERUNG VON IQZ IM KONTEXT VON PND

# 261

Informations- und Öffentlichkeitsarbeit	262
Praktische Anleitung zur Initiierung von IQZ	263
Moderationsschulung und begleitende Unterstützung	265
Vernetzung und kontinuierliche Unterstützung	266
Nachhaltigkeit und Qualitätssicherung	267
Basisdokumentation	267
Strukturbildung	268

## SPANNUNGSFELDER IN DER PND-BERATUNG

# 269

Rollen- bzw. Berufsverständnis	269
Expertentum und Autorität in der Medizin	270
Begleitung biografischer Übergänge	270
Neutralität – Paartherapie – Dienstleistung	270
Widersprüchlichkeiten in Rollenbildern	271
Personifizierung vs. Institutionalisierung	271

Umgang mit Verantwortung	272
Fürsorge	272
Bedürfnis nach Einflussnahme	273
Patientinnenautonomie	274
Abgabe von Verantwortung	274
Berufsspezifische Unterschiede	274
Umgang mit Schuld	276
Schuldgefühle	276
Schuld zuweisen bzw. zugewiesen bekommen	276
Umgang mit Angst	277
Vorsichtige oder lenkende Beratung	277
Antizipieren von Risiken	277
(Vor-)Schnelles Handeln	277
Schlussfolgerungen	278

Die Rolle der Handlungsempfehlungen im Qualitätskreislauf und ihre Bedeutung für das Modellprojekt	279
Kooperations- und Versorgungsmodelle in der Beratung zur PND	282
Zwei Grundmodelle zur Schaffung einer ganzheitlichen PND-Beratung	282
Unterschiede zwischen zwei möglichen Versorgungsmodellen	283
Die „integrierte psychosoziale und medizinische Beratung“	283
Einzelfallbezogene Zusammenarbeit unabhängiger Stellen	284
Die Rahmenbedingungen kooperativer Schwangerenversorgung	285
Der Kontext psychosozialer Beratung	285
Der Kontext ärztlicher Beratung	287
Der Kontext kooperativer Beratung	289
Empfehlungen zum Beratungsprozess	290
Passung von Fallgeschichten und Handlungsempfehlungen	295
Beispiel 1: Austragen der Schwangerschaft trotz letaler Prognose	296
Beispiel 2: Probleme der Indikationsstellung bei auffälligem Befund	298
Beispiel 3: Bewältigung eines Spätabbruchs infolge schwerer Fehlbildungen des Kindes	300
Zusammenfassung	301
Hinweise zur Reichweite der Handlungsempfehlungen	304



## EFFEKTE DES MODELLPROJEKTS UND DER ARBEIT IN INTERPROFESSIONELLEN QUALITÄTSZIRKELN

In diesem Kapitel wird Bilanz gezogen. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung werden hier noch einmal in der Zusammenschau dargestellt und die Ergebnisse aus den verschiedenen Untersuchungsschwerpunkten aufeinander bezogen. Die Nachhaltigkeit des Forschungsansatzes und die Wirksamkeit der gewählten Methode sind Thema der Auseinandersetzung. Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Modellphase werden daraufhin überprüft, welchen Nutzen sie für die Implementierung von IQZ haben und welche Strategien sich als wirksam zeigen könnten bei der Initiierung neuer IQZ. Darüber hinaus werden Spannungsfelder in der Beratung zu Pränataldiagnostik (PND) herausgearbeitet und Handlungsempfehlungen für zukünftige Beratungen im Kontext von PND extrahiert.

### VERÄNDERUNGEN IN STRUKTURELLEN MERKMALEN DER BERATUNG

Durch die interprofessionellen Qualitätszirkel (IQZ) konnte eine vermehrte Kooperation zwischen ärztlich und psychosozial Beratenden erreicht werden. Neben diversen gemeinsamen öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen wurden bereits während der Modellprojektphase an einigen Standorten konkrete Kooperationsstrukturen geschaffen, die eine gemeinsame Beratung Schwangerer durch Fachleute aus Medizin und psychosozialer Beratung ermöglichen. So wurden z. B. an zwei Standorten ambulante psychosoziale Sprechstunden in den jeweiligen am IQZ beteiligten Kliniken eingerichtet.

### VERWEISUNGSPRAXIS

Am Ende des Modellprojekts gibt die Ärzteschaft aus Klinik und Praxis an, Patientinnen vermehrt auf psychosoziale Beratungsangebote hinzuweisen und an konkrete Beratungsstellen weiterzuverweisen. Gemessen an der subjektiven Einschätzung der Beraterinnen nahmen die Fälle, in denen PND ursprünglicher Beratungsanlass oder aber Thema war, um mehr als das Doppelte zu. Diskussionen im IQZ machten jedoch deutlich, dass trotz vermehrter ärztlicher Verweisungen immer noch nicht sehr viele Schwangere psychosoziale Beratungsstellen im Kontext von PND aufsuchen. Offenbar hängt die Inanspruchnahme psychosozialer Beratungsangebote nicht nur vom Überweisungsverhalten der Ärztinnen bzw. Ärzte und ihrer positiven Einstellung zur Kooperation mit psychosozial Beratenden ab, sondern noch von weiteren Faktoren.

### GRÜNDE GEGEN INANSPRUCHNAHME

Innerhalb der IQZ-Sitzungen verwiesen die Beraterinnen des Öfteren auf das Problem der hohen „Hemmschwelle“ der Patientinnen/Klientinnen in Bezug auf die Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote. Ferner wurden im IQZ strukturelle Gegebenheiten (räumliche Nähe der psychosozialen Beratung), Zeitpunkt der Beratung sowie Grad der psychischen Belastung als weitere Einflussvariablen für die Inanspruchnahme diskutiert. Vor allem nach Mitteilung eines schweren auffälligen

Befundes sind Patientinnen emotional sehr stark belastet, haben oft schon viele (ärztliche) Beratungsgespräche hinter sich und neigen (danach) nicht selten dazu, „ihre Ruhe haben zu wollen“. Ein psychosoziales Beratungsgespräch wird möglicherweise vermieden, um einer intensiveren Auseinandersetzung mit eigenen schwierigen Gefühlen oder der Infragestellung einer bereits getroffenen Entscheidung aus dem Wege zu gehen. Dass Beratung nicht in Anspruch genommen wird, kann aber auch ein Hinweis darauf sein, dass die Schwangere oder ihr Partner die Situation anders einschätzen als die Professionellen. Im Einzelfall kann dies sogar auf Ressourcen verweisen, die von Professionellen eventuell unterschätzt werden.

## VERÄNDERUNGEN IN DEN INHALTLICHEN SCHWERPUNKTEN DER BERATUNG

Bei beiden Berufsgruppen hat sich die Meinung über wichtige inhaltliche Schwerpunkte der Beratung nur leicht verändert. Beide Berufsgruppen erachten nach wie vor jene Themen für besonders wichtig, die ihrer Ausbildung und ihrer Tätigkeit entsprechen. Ärztinnen und Ärzte fokussieren nach wie vor auf eine gründliche medizinische Aufklärung zu PND und Beraterinnen auf die individuellen Bedürfnisse und das emotionale Erleben der Betroffenen. Diese Aussagen beziehen sich hier auf Einstellungen, nicht auf die tatsächliche beraterische Praxis bei Ärzteschaft und Beraterinnen.

### SENSIBILISIERUNG DER WAHRNEHMUNG

Auch wenn sich die inhaltlichen Schwerpunkte der Beratung bei beiden Berufsgruppen kaum veränderten, hat sich dennoch die Wahrnehmung bzw. die Sensibilität für die Themen der jeweiligen anderen Berufsgruppe positiv verändert. Beispielsweise haben die Ärztinnen bzw. Ärzte die emotionale Situation der Patientinnen stärker im Blick als vorher und psychosozial Beratende erachten Aufklärung und Beratung zu medizinischen Befunden und deren Aussagefähigkeit für wichtiger als noch vor den IQZ.

Dass die IQZ-Arbeit konkrete Veränderungen im Beratungsalltag bewirkt hat, zeigen die Antworten der Teilnehmenden auf die Frage, ob sie „aufgrund der IQZ-Arbeit neue/andere Schwerpunkte in der Beratung gesetzt haben und, wenn ja, welche?“. 63 % der Ärztinnen bzw. Ärzte und 44 % der Beraterinnen gaben an, dass sie durch die IQZ-Arbeit andere Schwerpunkte setzen.

#### ANGABEN ZU VERÄNDERUNGEN BEI DEN BERATERINNEN

- Insgesamt häufigere und aktivere Thematisierung von PND (Klientinnen nach ihren bisherigen Erfahrungen mit PND und nach den Ultraschallbefunden fragen)
- Stärkere Beachtung der Angaben im Mutterpass
- Sensibilisierung für Fragen der Klientinnen
- Vermehrter Kontakt zu ärztlichen Kolleginnen und Kollegen vor Ort

## ANGABEN ZU VERÄNDERUNGEN BEI DER ÄRZTESCHAFT

- Vermehrtes Einholen medizinischer, aber auch psychosozialer Informationen von der Patientin (z. B. frühere Schwangerschaften, frühere Aborte, bessere Sozialanamnese)
- Vermehrte aktive und überzeugendere Empfehlung von psychosozialer Beratung
- Vergrößerte Sensibilität für die psychosoziale Dimension (inklusive Relevanz von Seelsorge etc.)
- Vorsatz, psychosozial Beratende in der frühen Schwangerschaft stärker einzubeziehen
- Häufigere Verweisungen und bessere Zusammenarbeit mit anderen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen (und mit anderen Kliniken)

Bei beiden Berufsgruppen handelt es sich vor allem um Veränderungen, die die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen (interprofessionelle Zusammenarbeit, bei den Ärzten zusätzlich die interdisziplinäre Zusammenarbeit), die eigene Wahrnehmung (Sensibilität) und das Ansprechen des Themas bei den Patientinnen/Klientinnen betreffen.

## VERÄNDERUNGEN VON EINSTELLUNGEN UND BERUFLICHEN VORURTEILEN

Die Einstellung zu PND hat sich nicht verändert, d. h., die unterschiedlichen Meinungen der Ärzteschaft und der psychosozial Beratenden zur Indikation von PND bleiben bestehen. Damit scheint die Einstellung zu PND trotz intensiver Zusammenarbeit und Diskussionen im IQZ relativ stabil zu sein. Unverändert bleibt auch die positive Einstellung zur Kooperation. Da das Kooperationsinteresse bereits zu Beginn der IQZ-Arbeit sehr hoch war, ließ sich dieses allerdings auch kaum noch steigern. Theoretisch hätte die IQZ-Arbeit aber auch einen gegenteiligen Effekt haben bzw. dazu beitragen können, dass sich das Interesse an einer Zusammenarbeit verringert. Dies ist jedoch eindeutig nicht der Fall.

Erfreulicherweise und ganz im Sinne der Ziele des Modellprojekts hat die IQZ-Arbeit dazu beigetragen, die Vorannahmen bzw. Vorurteile über die jeweils andere Berufsgruppe zu relativieren.

## AKZEPTANZ UND UMSETZUNG DES QUALITÄTSZIRKELKONZEPTS

Die Begleitforschung zielte auch darauf ab herauszuarbeiten, welche Schwierigkeiten und Probleme bei der Umsetzung des Konzepts zu überwinden sind, wie die Zirkelarbeit gefördert werden kann und inwieweit das Qualitätszirkelkonzept für den Bereich der Pränataldiagnostik modifiziert werden sollte. Die Überprüfung der Konzeptumsetzung bezieht sich auf die folgenden vier Dimensionen:

- strukturelle Aspekte der Gruppenarbeit
- gruppensdynamische Aspekte der Gruppenarbeit

- zirkelspezifische Arbeitsweise
- Evaluation der Gruppenarbeit durch den Qualitätszirkel selbst

Im Folgenden wird anhand der vorliegenden Informationen<sup>1</sup> dargestellt, inwieweit die Konzeptumsetzung in den Projektzirkeln erfolgreich war.

### STRUKTURMERKMALE

Im Zeitraum von Mai 2003 bis Mai 2006 haben sich die Zirkel in einem vier- bis sechswöchigen Abstand getroffen und jeweils acht bzw. zehn Sitzungen abgehalten. Insgesamt wurden die Strukturmerkmale eines Qualitätszirkels von allen Zirkeln erfüllt.

### GRUPPENDYNAMIK

Gruppenatmosphäre und Moderation werden überaus positiv in den Kurzevaluationsbögen bewertet. Diese Einschätzungen stimmen sowohl mit den Eindrücken aus den Teilnehmenden Beobachtungen als auch mit den Protokollen der Moderierenden überein. In den Antworten auf die offenen Fragen heben die Teilnehmenden die Kollegialität und die Vielfalt der Perspektiven immer wieder explizit hervor, so dass auf eine relative Gleichmäßigkeit der Mitarbeit zu schließen ist, wenngleich auch z. B. der Umgang mit schwierigen Mitgliedern in den Begleitseminaren thematisiert wurde. Einschränkungen sind insofern zu machen, als die psychosozialen Beraterinnen zu Beginn der Qualitätszirkelarbeit insgesamt zurückhaltender waren bezüglich der Bereitschaft zu Fallvorstellungen.

### ZIRKELSPEZIFISCHE ARBEITSWEISE

Die IQZ erfüllten überwiegend die Kriterien der zirkelspezifischen Arbeitsweise: Dem Qualitätskreislauf gemäß wurde in jedem Zirkel zu Beginn eine Themensammlung durchgeführt. Die Erstellung einer entsprechenden Problemliste erfolgte allerdings nur in Teilen. Gleiches gilt für die Festlegung (vorläufiger) Qualitätsindikatoren. Die Zirkel arbeiteten teilweise mit Dokumentationen des Alltagshandelns. Dabei bestanden die Dokumentationen überwiegend aus schriftlichen Protokollen und aus mündlichen Fallvorstellungen, weniger aus Routinedokumentationen. Als besondere Herausforderung erwies sich die Dokumentation der beraterischen Praxis, für die in den IQZ nach anfänglichen Schwierigkeiten kreative Lösungen gefunden wurden.

### HOSPITATION

Die Mitglieder des Freiburger Zirkels erprobten mit der gegenseitigen Hospitation und entsprechender Berichterstattung im IQZ eine Dokumentationsmethode, die der Zielsetzung „Kooperationsförderung“ besonders angemessen ist. Sie haben damit so überaus positive Erfahrungen gesammelt, dass sie beim fünften Begleitseminar in der ersten Projektphase den Vorschlag machten, gegenseitige Hospitationen als festen, verpflichtenden Bestandteil in die Qualitätszirkelarbeit mit aufzunehmen. In Schwerin und Augsburg wurde die Möglichkeit der gegenseitigen Hospitation ebenfalls genutzt und wurden die Erfahrungen wiederholt als überaus positiv bewertet. Der Schweriner Zirkel erstellte eigens einen Beobachtungsraster für die Hospitation (vgl. Anhang).

<sup>1</sup> Als Orientierung für die Bewertung diente der QZ-Check, ein für die Moderation zur Selbstevaluation der Qualitätszirkelarbeit entwickeltes Instrument (vgl. BAHRS et al., Qualitätszirkel in der Prävention und Gesundheitsförderung, in: Handbuch für Moderatorinnen und Moderatoren, BZgA (2005).

### FALLDOKUMENTATION

Probleme zeigten sich in den Zirkeln bezüglich einer systematischen Dokumentation der alltäglichen Beratungstätigkeit. Oft wurde auch die Fallpräsentation (z. B. Beamer-Präsentation) mit der Dokumentation (handschriftliche Notizen, Karteikarte) des Falls „verwechselt“. Die Konzeptvermittlung in Begleitseminaren sollte, was diesen Punkt betrifft, noch optimiert werden.

### ARBEITSERGEBNISSE

Bereits von Beginn an – in der Regel ab der zweiten Sitzung – analysierten die Teilnehmenden in den Zirkeln ihre Arbeitsrealität anhand konkreter Fallvorstellungen. Die mit der Fallvorstellung verbundene Fragestellung des Fallvorstellenden fehlte allerdings teilweise.<sup>2</sup> Dennoch wurde gerade die Fallarbeit, das Kernelement der Qualitätszirkelarbeit, von den Mitgliedern über alle Zirkel hinweg immer wieder positiv hervorgehoben. Der dadurch gewonnene Einblick in die Arbeitspraxis von Kolleginnen und Kollegen bzw. in eine bislang fremde Arbeitsrealität und der dadurch ermöglichte Erfahrungsaustausch wurden von den Teilnehmenden als Bereicherung empfunden: Sie bildeten zugleich die Basis zum Aufbau kooperativer Zusammenarbeit zwischen und innerhalb der Berufsgruppen. Anhand der bearbeiteten Fälle wurden größtenteils Zielvorstellungen formuliert und IQZ-interne Leitlinien entwickelt.

## EVALUATION DER GRUPPENARBEIT DURCH DIE IQZ SELBST

Die (Selbst-)Evaluation – die vierte Dimension der Prüfung auf Konzeptumsetzung – kann sich auf den Verlauf des einzelnen Zirkeltreffens und auf dessen Ergebnisse beziehen. Sie kann aber auch die Umsetzung der Ergebnisse und den über mehrere Treffen hinweg erzielten inhaltlichen Fortschritt in den Blick nehmen, der sich z. B. in der Formulierung von internen Leitlinien darstellt.

- a) Bewertung des Einzeltreffens: Bei fast allen Zirkeln bildete ein Abschlussblitzlicht den festen Bestandteil jedes Zirkeltreffens.
- b) Umsetzung der Ergebnisse: Die Überprüfung des praktischen Nutzens der Zirkelarbeit erfolgte zunächst durch einen systematischen Rückblick auf das jeweils letzte Treffen. Wie aus den Protokollen hervorgeht, gaben die Teilnehmenden auf die Frage, ob die aufgrund der (letzten) Falldiskussion vereinbarten Veränderungsvorschläge umgesetzt werden konnten, zum Teil ganz konkrete Antworten.<sup>3</sup> Wo die Realisierung vereinbarter Veränderungen noch nicht gelungen war, wurde zumeist

**2** Fälle wurden teilweise mit dem Ziel vorgestellt, ein Handlungskonzept oder auch eine außerhalb der Beeinflussbarkeit des Vorstellenden liegende Schwierigkeit zu veranschaulichen. Das entspricht nicht ganz dem Ideal der Fallarbeit, doch konnten auch dann in den Diskussionen Chancen herausgearbeitet werden, die sich den Vorstellenden konkret geboten hätten. Die Fallarbeit könnte noch effektiver gestaltet werden, bedarf der Einübung und offenbar noch stärkerer und systematischerer Unterstützung.

**3** Beispiele „Interprofessionelle Zusammenarbeit im Beratungsgespräch mit Patientin/Klientin“; „Selbstreflexion verstärkt“; „Rauchentwöhnungsprogramm angeboten“; „Sozialarbeiterinnen haben kaum Fälle, wenig Zeit der Ärzte für Ministatistik“; „erste Kontakte zur Schwangerschaftsberatungsstelle zur anschließenden Betreuung vermittelt“; „Patientin aus anderem Kulturkreis überwiesen an Internationales Frauenzentrum“; „vor Überweisung Telefonkontakt zu Kollegen“; „auch bei verstorbenem Kind an Schwangerenberatungsstelle verweisen“; „Kinderwunsch an sich thematisieren“.

angegeben, dass „bisher kein entsprechender Fall auftauchte“.<sup>4</sup> Der Fortschritt der Gruppenarbeit wurde in jedem Zirkel in einer Zwischenbilanzierung thematisiert.

- c) Eine weiter gehende Evaluation – wie z. B. die Überprüfung auf Grundlage von Zweidokumentationen – konnte aufgrund der relativ kurzen Arbeitsphase der IQZ nicht umgesetzt werden.

Abschließend lässt sich festhalten, dass sich an den sechs Standorten IQZ gebildet haben, die in einer ausgewogenen Teilnehmerzusammensetzung produktiv und überwiegend kontinuierlich miteinander gearbeitet haben. Hier haben sich durchgängig im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit zum Teil regionale Kooperationsstrukturen entwickelt. Folgende Aufgaben werden in diesem Zusammenhang immer wieder von den Mitgliedern benannt: Beratungsauftrag klären, Schwangerschaftskonfliktberatung häufiger/früher einsetzen sowie die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen. Die positive Bilanz wird unterstrichen durch die Tatsache, dass die meisten IQZ fortgeführt werden.

## WEITERFÜHRUNG UND AUSBREITUNG DER IQZ-ARBEIT

Nach Abschluss der Modellprojektphase wird an fast allen Standorten die Zusammenarbeit fortgesetzt.<sup>5</sup>

### Freiburg

In Freiburg bestand am Ende der Modellprojektphase bei beiden Berufsgruppen ein deutlicher Wunsch, die Qualitätszirkel fortzusetzen und vor allem weiter an Fällen aus der Praxis zu arbeiten. Konsens in der Gruppe bestand ebenfalls im Hinblick auf die Häufigkeit der Treffen. Gewünscht wurden ca. vier bis fünf Sitzungen im Jahr. Zunächst gab es noch kein Einvernehmen darüber, ob die Gruppe für neue Teilnehmende geöffnet werden soll. Sicher war dagegen, dass nicht alle der bisher Moderierenden die Aufgabe weiter übernehmen wollten. Der IQZ wurde inzwischen nach fast vierjähriger gemeinsamer Arbeit vorübergehend eingestellt.

### Heidelberg

Der Heidelberger IQZ wurde in der Form, wie er im Rahmen des Modellprojekts bestand, bereits nach dem achten Treffen aufgelöst. Als Begründung wurden vor allem die nur unregelmäßige Präsenz ärztlicher Mitglieder bzw. das Fehlen eines Vertreters oder einer Vertreterin der ortsansässigen Klinik genannt. Einige Teilnehmende trafen sich weiterhin über eine begrenzte Zeit in einem Arbeitskreis „Flyer und Pressemitteilung“. Andere strebten die Gründung eines Arbeitskreises „Pränataldiagnostik“ mit themenspezifischen Treffen und erweitertem Teilnehmerkreis an, der sich ca.

<sup>4</sup> Dies entspricht den Darstellungen der Teilnehmenden in den Kurzevaluationsbögen, die auf praktische Schwierigkeiten der Umsetzung insbesondere bei den Beraterinnen verweisen. „Fehlende Fälle“ und „fehlende Zeit“ können allerdings auch Platzhalter sein – beim Abschlussseminar wies eine Beraterin darauf hin, dass bei ihr die Zahl der Fälle zugenommen habe, nachdem sie selbst ihre üblichen Beratungsfälle auch unter dem Gesichtspunkt der Pränataldiagnostik betrachtet hätte.

<sup>5</sup> Die folgenden Ausführungen zu den Entwicklungen an den Standorten des Modellprojekts stellen eine Momentaufnahme dar. Die Recherchen zum Bestand und zur spezifischen Arbeitsweise der IQZ nach Projektende wurden im August 2007 abgeschlossen.

einmal pro Jahr treffen sollte. Dies ist jedoch auch nach einer längeren Anlaufzeit noch nicht realisiert worden.

### Mannheim

Die Mehrheit der Teilnehmenden wünschte die Fortsetzung der Qualitätszirkelarbeit in der bisherigen Form. Dem Transkript der Audioaufzeichnung der neunten IQZ-Sitzung ist zu entnehmen, dass die Teilnehmenden sich zukünftig seltener treffen wollen und die Form der Qualitätszirkelarbeit nach eigenen Anforderungen gestalten werden. Vor allem der Dokumentationsaufwand soll auf einhelligen Wunsch deutlich reduziert werden. Ausdrücklich begrüßt wurde die Fortsetzung von ausführlichen Falldiskussionen.

### Augsburg

Der Teilnehmerkreis aus Augsburg will die IQZ-Arbeit unbedingt fortsetzen. Es wurden vor allem Überlegungen zum organisatorischen und logistischen Procedere angestellt, ob z. B. ein Sponsor benötigt wird, um die Vorbereitungen leisten zu können und die Kosten für die Moderation und für das notwendige Material zu finanzieren. Man einigte sich auf folgende Punkte:

- Benennung des Qualitätskreises als „Berufsübergreifender Qualitätskreis Pränatale Diagnostik“
- Öffnung des Kreises für andere Teilnehmende
- Treffen viermal jährlich bei hoher Verbindlichkeit für die Teilnehmenden
- Moderation durch die bisherigen Moderierenden
- Verfassung der Protokolle reihum von den Teilnehmenden
- Erstellung eines Zielgruppen-Flyers

### Schwerin

Auch in Schwerin wurde innerhalb der bestehenden Gruppe diskutiert, ob der IQZ nach der Projektphase weiterlaufen soll. Tatsächlich wird der Zirkel in fast unveränderter Teilnehmerzusammensetzung und mit leicht veränderter Moderation fortgesetzt und seitens des Sozialministeriums finanziell unterstützt.

Aufgrund der räumlichen Distanzen zeichnete sich die Tendenz ab, zudem weitere neue Arbeitsgruppen an verschiedenen Orten ins Leben zu rufen. In Rostock werden voraussichtlich zwei Arbeitskreise zu PND geschaffen: zum einen regelmäßige Treffen der Neonatologen und Neonatologinnen der beiden großen Kliniken mit den Pränataldiagnostikern und Pränataldiagnostikerinnen aus der ortsansässigen Schwerpunktpraxis zu PND; zum anderen ein qualitätszirkelähnliches Treffen für niedergelassene Gynäkologen und Gynäkologinnen, organisiert in dieser Praxis, einmal im Quartal. Vier Ärzte und Ärztinnen des IQZ haben daran Interesse bekundet.

In Rostock besteht ein sehr großes Interesse an einer interprofessionellen Zusammenarbeit (z. B. via Qualitätszirkelarbeit) seitens der psychosozialen Beraterinnen, ausgelöst durch zwei Informationsveranstaltungen, die die beiden Moderierenden aus der psychosozialen Berufsgruppe des Schweriner IQZ mit Unterstützung der Sozialministerien in Schwerin und in Brandenburg durchgeführt haben. Außerdem gibt es ein Votum des Ministeriums für Soziales und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vor-

pommern für die Ausbreitung der IQZ. Eine Nachfrage ergab, dass auch Interesse an der Installation regionaler, kleinerer Gruppen besteht.

Noch unklar im Sommer 2007 ist hingegen, inwieweit die Ärzteschaft des neuen Kreises Rostock Beraterinnen fest integrieren oder nur bei Bedarf einladen will. Als Begründung führen die Pränataldiagnostiker an, als Schwerpunktpraxen für einen großen Einzugsbereich nur wenige Berührungspunkte mit den weit verstreut liegenden Beratungsstellen zu haben. Der Kontakt solle daher eher zwischen den wohnortnahen niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen und lokalen Beratungsstellen geknüpft werden.

### Erfurt

In Erfurt wird ebenfalls eine Fortführung der interprofessionellen Zusammenarbeit mit Unterstützung des Sozialministeriums Thüringen angestrebt, das bereits in der Projektphase hilfreich zur Seite stand. Der ehemalige IQZ möchte als „Pränatales Netzwerk“ weiterbestehen und die Zusammenarbeit strukturiert fortsetzen. Gedacht ist bislang an zwei Treffen pro Jahr, allerdings mit der Option, sich bei schwierigen Fällen auch außerhalb der Reihe Hilfe bei den Kolleginnen und Kollegen zu holen. Federführend bei diesem Vorhaben sind die bisherigen Moderierenden aus der psychosozialen Berufsgruppe, die auch weiterhin eine zentrale Rolle an diesem Standort spielen werden.

### Fazit

An allen Projektstandorten bestand Interesse an einer Fortführung der Zirkelarbeit über die Projektphase hinaus. Dies wurde, mit einer Ausnahme, auch realisiert. Den knappen zeitlichen Ressourcen entsprechend finden die Treffen in einem Abstand von ca. acht bis zwölf Wochen und damit seltener als während der Modellphase statt. Das Problem einer finanziellen Unterstützung der Zirkelarbeit und der Vergütung der Moderierenden ist noch nicht befriedigend gelöst. Während niedergelassene Ärzte und Ärztinnen eine Kostenerstattung über die jeweilige KV erhalten können, besteht für die psychosozialen Beraterinnen und für Klinikärzte und -ärztinnen noch Regelungsbedarf. Die großen regionalen Unterschiede bei der Etablierung interprofessioneller Qualitätszirkel sind vor dem Hintergrund spezifischer Vorerfahrungen, politischer Unterstützung sowie möglichen Engagements der Moderierenden zu interpretieren.

In den neuen Bundesländern gehen von den Sozialministerien intensive und weitreichende Anstöße zur Implementierung von IQZ aus. Damit wird die Fortführung der bestehenden Zirkel erleichtert, ein Beitrag zur Aufwertung der psychosozialen Beratung geleistet und zur Initiierung neuer IQZ angeregt.

In Mannheim und Augsburg sind sich engagierte Moderationskräfte, aktive Gruppenmitglieder und interessierte Trägerinstitutionen über eine Weiterführung einig. IQZ erweisen sich damit als Chance für persönliche Qualifizierung, regionale Vernetzung und institutionelle Profilbildung.

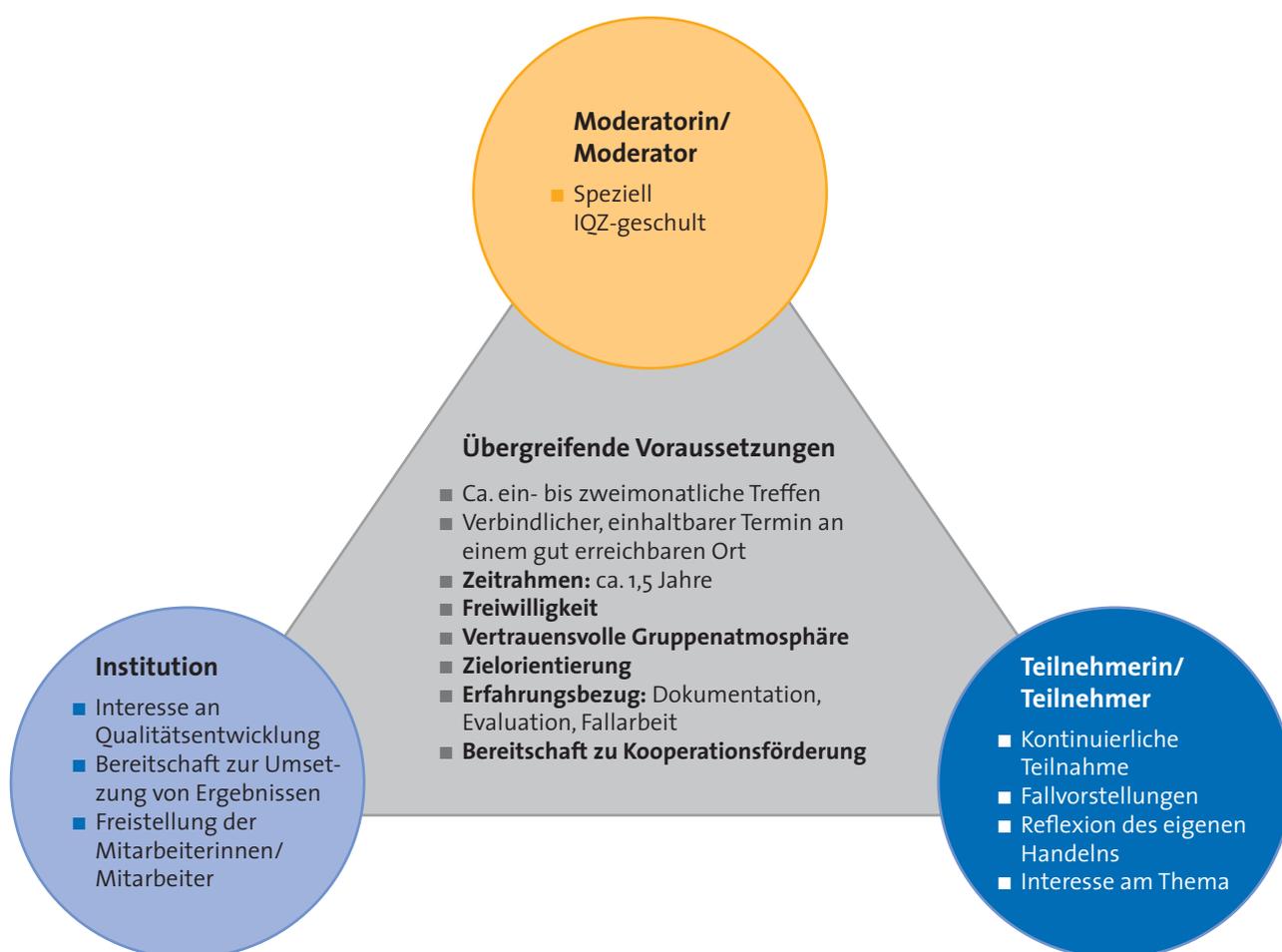
Am schwierigsten gestaltet sich eine dauerhafte Etablierung in Heidelberg und Freiburg. Hier handelt es sich um Standorte, an denen ausgehend von universitären humanogenetischen Abteilungen bereits die größten Vorerfahrungen und anderweitige Fortbildungsangebote bestehen. Soweit damit dem Projektinteresse einer Kooperationsförderung noch nicht entsprochen wird, käme es darauf an, IQZ auf politischer Ebene gezielt zu unterstützen. Aus eigener Kraft können die Moderationsfachkräfte den Prozess nicht erfolgreich gestalten.

## EMPFEHLUNGEN FÜR DIE IMPLEMENTIERUNG VON IQZ IM KONTEXT VON PND

Im Modellprojekt zeigte sich, dass das Qualitätszirkelkonzept für den Bereich „Beratung in der Pränataldiagnostik“ anwendbar ist und von der Mehrzahl der Teilnehmenden als effektiv eingeschätzt wird. Abstriche gegenüber der Arbeitsweise im Projekt sind bei der Frequenz der Treffen zu machen: Monatliche Treffen sind bei der jetzigen Arbeitsbelastung der Akteure offenbar nicht realisierbar; stattdessen zeichnet sich ein Acht- bis Zwölf-Wochen-Rhythmus ab.

Erfolgreiche IQZ-Arbeit ist abhängig von Qualifikation und Engagement der Moderierenden, von Offenheit, Engagement und Disziplin der Teilnehmenden sowie von der förderlichen Haltung der Institution(en), an der bzw. denen die Teilnehmenden tätig sind. Darüber hinaus bedarf es übergreifender Voraussetzungen, damit eine fruchtbare Gruppenarbeit gelingt (vgl. Abbildung 5-1)

ABBILDUNG 5-1

IDEALTYPISCHE VORAUSSETZUNGEN FÜR EINE ERFOLGREICHE IQZ-ARBEIT<sup>6</sup>

Quelle: 2007

<sup>6</sup> Vgl. dazu: Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention – Chancen einer teilnehmerorientierten und kontinuierlichen Qualitätsentwicklung, Göttingen 2006

Hilfreich ist ein verbindlicher regelmäßiger Termin an einem festen Ort, der mit vertretbarem Aufwand erreichbar ist. Für die Qualitätszirkelarbeit ist außerdem ausreichend Zeit erforderlich, denn je komplexer die Problematik, desto höher der Zeitbedarf. Ein günstiger Arbeitszyklus beträgt ca. eineinhalb Jahre bei Treffen in einem vier- bis sechswöchigen Rhythmus. Nach vorliegenden Erfahrungen folgt die Gruppenarbeit bei aller Individualität der jeweiligen Zirkel einem Prozess, der Zeit braucht und nicht beliebig beschleunigt werden kann. Weiterhin sind die qualitätszirkelspezifischen Anforderungen zu beachten, die maßgeblich für eine erfolgreiche Konzeptumsetzung sind. Die Institutionen, in denen die Teilnehmenden tätig sind, sollten an Qualitätsentwicklung interessiert sein und die interprofessionelle QZ-Arbeit selbst sowie die Umsetzung von Ergebnissen unterstützen. Damit der Zirkel systematisch und erfolgreich arbeitet, bedarf es speziell geschulter Moderationskräfte, die die beteiligten Berufsgruppen repräsentieren.

Interprofessionelle Qualitätszirkel bieten die Chance, Formen der Zusammenarbeit einzuüben und damit die subjektiven Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass veränderte Kooperationsstrukturen gelebt und umgesetzt werden können. So liegt eine Breitenimplementierung von interprofessionellen Qualitätszirkeln in diesem Feld nahe. Dies wird auch von Moderierenden angesprochen: „Ich würde es begrüßen, wenn in anderen Städten ähnliche IQZ entstehen würden.“ Ein andere Moderationskraft ergänzt: „Sie sollte es eigentlich flächendeckend geben.“

Bei der Implementierung können Erfahrungen aufgegriffen werden, die im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung in den 90er Jahren gemacht werden konnten. Die berufsübergreifende Teilnehmerzusammensetzung und die unterschiedlichen institutionellen Anbindungen erfordern darüber hinaus eine gezielte Stärkung der nichtärztlichen Teilnehmenden und den Aufbau einer überdauernden Qualifizierungsstruktur. Erste Erfolge zeichnen sich bereits ab, z. B. in der Anerkennung der IQZ und des Moderationslehrgangs durch die Ärztekammern und Sozialministerien. Damit die im Modellprojekt erprobte Arbeitsform verstetigt werden und sich auch in der Breite bewähren kann, sind drei wesentliche Aufgaben zu lösen:

- Informations- und Öffentlichkeitsarbeit
- spezifische Qualifizierung (Moderationsschulung und begleitende Unterstützung)
- Strukturbildung (Verankerung von IQZ als Qualitätsentwicklungs- und Kooperationsstruktur)

## INFORMATIONEN- UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Alle verfügbaren Medien sollten genutzt werden, um über das Konzept und über die im Projekt gemachten Erfahrungen zu informieren. Es gilt, Interesse bei den in der Beratung und Begleitung im Kontext von Pränataldiagnostik praktisch Tätigen zu wecken, potenzielle Moderationskräfte anzusprechen, Trägerinstitutionen aufmerksam zu machen und Unterstützung bei Entscheidungsträgern in Verbänden, Ministerien, Krankenkassen usw. zu finden. Dementsprechend ist der jeweils spezifische Gewinn für die Adressaten herauszustreichen: Teilnehmende können in Form verbesserter Kooperation, fachlicher Qualifizierung, emotionaler Entlastung und von Selbstrefle-

xion profitieren. Für Beratungseinrichtungen können die Ausdifferenzierung eines erweiterten Angebotsprofils und Imagegewinn neben Minderung von Reibungsverlusten und Qualitätsförderung bedeutsam und im Verhältnis zu den Kostenträgern gewichtig sein. Moderierende können sich spezifisch weiterqualifizieren, und Kostenträger können Verlässlichkeit der Maßnahmeerbringung, höhere Nachhaltigkeit und ggf. langfristig geringere Kosten erwarten.

Ziel der Öffentlichkeitsarbeit ist es, das bestehende Engagement auf allen Ebenen aufzugreifen. In eigener Regie entstehende Bottom-up-Initiativen sind ebenso zu unterstützen wie übergreifende Qualitätsentwicklungskonzepte von Verbänden und Institutionen, in denen interprofessionelle Qualitätszirkel ihren Platz haben. Als Multiplikatoren kommen vor allem diejenigen in Frage, die aus eigener Erfahrung berichten können. Ein Moderierender bewertet die Perspektive als positiv: „Ärzte und Beraterinnen bekunden Interesse an Weiterarbeit; ebenso Interesse in anderen Regionen (nach Vorstellung der IQZ-Arbeit auf Landesebene) geweckt.“

Dass Bedarf und Interesse bestehen, wurde unter anderem bei einer im November 2006 durchgeführten Veranstaltung des niedersächsischen Sozialministeriums („Schwanger ... und was nun?“) deutlich. Mittlerweile wurde mit Unterstützung des niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie<sup>7</sup> ein auf zwei Jahre befristetes Modellprojekt in Hannover initiiert, in dessen Rahmen ein interprofessioneller Qualitätszirkel durchgeführt und weitere Öffentlichkeitsarbeit vorbereitet wird.

Neben Veröffentlichungen und Vorträgen haben sich vor allem Schnupperseminare als für eine motivierende Informationsvermittlung geeignet erwiesen. Sie ermöglichen es, nahezu voraussetzungslos in einer simulierten Qualitätszirkelsitzung die Fruchtbarkeit des Erfahrungsaustauschs unmittelbar zu erleben.

## PRAKTISCHE ANLEITUNG ZUR INITIIERUNG VON IQZ

Qualitätszirkel können von verschiedenen Seiten initiiert werden. Damit dies zum Erfolg führt, müssen die oben beschriebenen Bedingungen bei Teilnehmenden, Moderierenden und Institutionen erfüllt sein. Ausführliche praktische Tipps für die Gruppenbildung finden sich im „Handbuch für Moderatorinnen und Moderatoren“.<sup>8</sup> Die ersten Aufgaben stellen sich in Abhängigkeit davon, wer initiativ wird, jeweils unterschiedlich:

- Wer als Praktikerin bzw. Praktiker in der Pränataldiagnostik tätig und an interprofessioneller Qualitätszirkelarbeit interessiert ist, sollte vorab klären, ob in der Region bereits ein Qualitätszirkel – z. B. mit Angehörigen anderer Berufsgruppen – besteht, dem man sich anschließen kann. Es ist natürlich auch möglich, selbst die Initiative zu übernehmen, eine Gruppe von Gleichgesinnten zu suchen und zu organisieren. Die beteiligten Institutionen müssen vom Sinn der Maßnahme überzeugt werden, und es muss ein Moderationsteam (zwei Personen aus den verschiedenen Berufsgruppen) gefunden werden.<sup>9</sup>

<sup>7</sup> NIEDERSÄCHSISCHES MINISTERIUM FÜR SOZIALES, FRAUEN, FAMILIE UND GESUNDHEIT (Hg.) (2007)

<sup>8</sup> BAHRS (2005)

<sup>9</sup> Die Moderation im Team, auch unter Berücksichtigung beider Geschlechter, hat sich bewährt; vgl. Kapitel 4, S. 215.

- Wer bereits Moderatorin oder Moderator ist und einen Qualitätszirkel initiieren möchte, braucht eine Person, die die Co-Moderation übernimmt; bei einem interprofessionellen Qualitätszirkel in der PND sollte eine Moderationskraft aus der medizinischen Berufsgruppe stammen, die andere aus der psychosozialen Beratung. Beide sollten an der speziellen fortbildenden Schulung zur/zum „Qualitätszirkelmoderierenden“ teilnehmen.<sup>10</sup> Im nächsten Schritt kommt es darauf an, eine Gruppe zu finden bzw. aufzubauen und die Unterstützung der Institution(en) zu gewinnen.

## BEISPIEL 1

### KONKRETES VORGEHEN

Eine Gruppe von Praktikerinnen und Praktikern, die sich z. B. in Form eines Arbeitskreises treffen, will sich künftig als Qualitätszirkel organisieren. In der Regel hat die Gruppe bereits den notwendigen institutionellen Rückhalt, benötigt aber zwei Fachkräfte für die Moderation. Die Gruppe kann dafür aus ihrem Kreis zwei Personen zu Moderierenden ausbilden lassen. Bei einer bereits etablierten Gruppe ist es besonders wichtig, dass das Moderationsteam die spezifische Arbeitsweise des Qualitätszirkels sicherstellen kann, damit die Gruppe von der neuen Arbeitsform in gewünschter Weise profitieren kann. Die Teilnahme an der Schulung erfolgt begleitend zur Arbeit im Qualitätszirkel.

## BEISPIEL 2

### KONKRETES VORGEHEN

Eine in der Beratung tätige Institution ist daran interessiert, ein internes Qualitätsmanagement aufzubauen oder zu erweitern. In diesem Fall ist es empfehlenswert, das IQZ-Konzept zunächst institutsintern zur Diskussion zu stellen. Es bietet sich an, hierbei an häufig gestellte Fragen anzuknüpfen wie:

- Was sind eigentlich interprofessionelle Qualitätszirkel?
- Wie unterscheiden sich Qualitätszirkel von anderen Formen der Gruppenarbeit in der Pränataldiagnostik?
- Wie passen interprofessionelle Qualitätszirkel und bereits bestehende oder im Aufbau befindliche Formen des Qualitätsmanagements zusammen?
- Welche Wirkungen haben Qualitätszirkel?
- Wie kann ein Qualitätszirkel initiiert werden?
- Wie kann die Qualität der Qualitätszirkelarbeit gesichert und gefördert werden?

Die Einrichtung eines IQZ sollte in enger Absprache mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Institution erfolgen, die Gruppenteilnahme sollte auf Freiwilligkeit beruhen. Die Gewinnung von Interessierten aus dem medizinischen Bereich ist die nächste Aufgabe.

<sup>10</sup> Siehe dazu: GESELLSCHAFT ZUR FÖRDERUNG MEDIZINISCHER KOMMUNIKATION (GeMeKo) e. V., [www.gemeko.de](http://www.gemeko.de)

## MODERATIONSSCHULUNG UND BEGLEITENDE UNTERSTÜTZUNG

Der Moderation kommt eine große Bedeutung für das Gelingen der Zirkelarbeit zu. Sie sollte im Tandem durchgeführt werden und bereits modellhaft die interprofessionelle Zusammenarbeit vorleben. Dabei ist zu beachten, dass die Berufsgruppen einen Moderationsstil bevorzugen, der ihrem eigenen Arbeitsstil ähnelt. Während die Effektivität des IQZ für die ärztlichen Teilnehmenden vor allem von Fallarbeit und einem eher führenden Moderationsstil abhängt, stehen für die Beratenden die Ermöglichung unterschiedlicher Meinungen und die Förderung von Kooperationen im Vordergrund.

Die künftigen Moderierenden benötigen Moderationskompetenzen und die spezifische Fähigkeit, die Gruppenarbeit im Sinne eines Qualitätszirkels zu strukturieren.

- **Kommunikative Kompetenzen** sind gefragt, um die Gruppenarbeit zu organisieren und um mit möglichen Konflikten und Problemen in der Gruppe umgehen zu können.
- **Methodenkompetenz** muss vorhanden sein, um Nachvollziehbarkeit der Erfahrungen und damit effektive Diskussionen zu ermöglichen.
- Moderationskräfte sollten die **Systematik des Qualitätskreislaufs** sowohl im größeren Rahmen themenbezogen wie auch im engeren Sinne konkret und fallbezogen umsetzen können. Erst damit wird die gemeinsame und exemplarische Erarbeitung von Lösungen möglich.

Diese Kompetenzen werden wahrscheinlich nur wenige Interessierte, die sich in Qualitätszirkeln in der Pränataldiagnostik engagieren wollen, von vornherein mitbringen. Daher sind initiale Moderatorenschulungen erforderlich, damit interprofessionelle Qualitätszirkel initiiert werden können. Vorerfahrungen in der Gruppenarbeit und in der Qualitätsförderung sind hilfreich, aber allein ebenso wenig ausreichend wie eine einführende Moderatorenschulung. Die Moderierenden müssen bei der Qualitätszirkelarbeit kontinuierlich unterstützt werden. Dies bezieht sich auf alle Ebenen der Gruppenarbeit und umfasst methodische, gruppenspezifische und fachliche Aspekte. Das Lehrgangskonzept – qualifizierendes Einführungsseminar und Aufbauseminare in einer zirkelbegleitenden (Moderierenden-)Gruppe – hat sich bewährt.<sup>11</sup>

Hervorzuheben ist, dass auch bereits geschulte und erfahrene Moderierende Bedarf an zirkelbegleitender Unterstützung haben. Zwei Zirkelmoderierende äußerten sich nach Abschluss des Modellprojekts wie folgt: „eventuell auch bei Schwierigkeiten Möglichkeit einer supervisionsähnlichen Instanz, eine Art unabhängige Begleitung“; „ab und zu vielleicht eine kleine Auffrischung der Theorie“. Eine der wesentlichen

<sup>11</sup> Mit der Implementation ärztlicher Qualitätszirkel wurden in der Regel eineinhalbtägige Schulungen zur Qualitätszirkelmoderation entwickelt, die z. B. von kassenärztlichen Vereinigungen vermittelt werden. Da die praktischen Erfahrungen und mögliche Probleme im konkreten Zirkel nicht vorweggenommen werden können, klagten viele ärztliche Moderationskräfte darüber, dass sie alleingelassen würden, eine Problematik, die bei der Implementierung von IQZ in der Pränataldiagnostik vermieden werden sollte, zumal viele Beteiligte wenig Erfahrung mit interprofessioneller Zusammenarbeit haben. Für das Modellprojekt wurden daher langfristig begleitende Schulungen über den gesamten Projektzeitraum konzipiert.

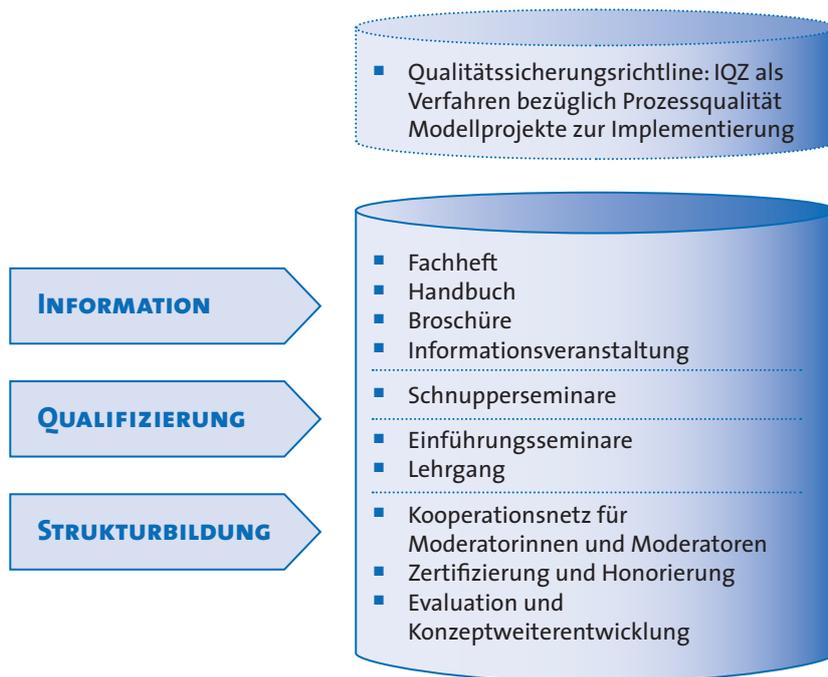
Aufgaben in der jetzt anstehenden Implementierungsphase besteht daher im Aufbau einer kontinuierlichen Qualifizierungs- und Unterstützungsstruktur.

## VERNETZUNG UND KONTINUIERLICHE UNTERSTÜTZUNG

Die Devise des IQZ lautet: Foren für den strukturierten Erfahrungsaustausch schaffen. Der IQZ bietet diese Möglichkeit für die Teilnehmenden selbst, und die in Ausbildung befindlichen Moderationskräfte erhalten die Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch im Rahmen der Begleitseminare mit anderen Moderierenden. Doch der Wunsch nach Unterstützung und Erfahrungsaustausch kann das Ende des „normalen“ eineinhalbjährigen Lebenszyklus eines IQZ überdauern, wie beim hier beschriebenen Modellprojekt. In der Implementierungsphase entwickeln die Zirkelmitglieder z. B. das Bedürfnis, weitere Zirkel zu installieren oder ihre Arbeit als Gruppe darzustellen und mit anderen interprofessionellen Qualitätszirkeln in Kontakt zu treten. Dementsprechend sollten Möglichkeiten für einen kontinuierlichen Erfahrungsaustausch geschaffen und damit feste Strukturen etabliert werden.

ABBILDUNG 5-2

### MÖGLICHKEITEN DER UNTERSTÜTZUNG DER ARBEIT VON IQZ IN DER PND



Quelle: BZgA 2007

## NACHHALTIGKEIT UND QUALITÄTSSICHERUNG

Die Arbeit im Qualitätszirkel sollte systematisch reflektiert werden. Diese Auseinandersetzung kann im Zirkel selbst durchgeführt werden (Blitzlicht, Kurzevaluationsbogen, Bilanzierungstreffen, Qualitätszirkelcheck). Weiter gehende Aussagen zu gruppendynamischen Prozessen oder zur Ausdifferenzierung inhaltlicher Positionen setzen aufwendige Analysen voraus, die in der Regel nur im Rahmen von wissenschaftlich begleiteten Projekten möglich sind und daher Ausnahmen bleiben werden. Wenn es freilich um die Implementierung von Qualitätszirkeln als einer strukturierten Form der Qualitätssicherung selbst geht, dann ist Programmevaluation erforderlich. Hierbei ist eine wissenschaftliche Begleitung unabdingbar. In ihrer einfachsten Form wird damit eine dokumentarische Funktion erfüllt:

- Wie viele interprofessionelle Qualitätszirkel gibt es?
- Welche Themen werden bearbeitet?
- Wie groß sind die Gruppen, und wie ist die Teilnehmerzusammensetzung?
- Wie ist die Teilnahmekontinuität?
- Wie ist die Zufriedenheit der Teilnehmenden?
- Welche Ergebnisse werden erzielt?

### BASISDOKUMENTATION

Fragen dieser Art lassen sich auf der Grundlage einer Basisdokumentation beantworten. GERLACH und BEYER haben dies in vorbildlicher Weise für den ärztlichen Bereich am Beispiel der kassenärztlichen Vereinigungen in Bremen, Westfalen-Lippe und Sachsen-Anhalt vorgeführt.<sup>12</sup> Kurzfristige und kontinuierliche Rückmeldungen der Ergebnisse an die Moderation sichern die Kooperationsbereitschaft, vorsichtige Interpretationen können im Sinne der formativen Evaluation unterstützend und steuernd wirken. So können z. B. die folgenden Fragen thematisiert werden:

- Gibt es bezüglich der bearbeiteten Themen systematische Leerstellen?
- In welchen Bereichen ist die Teilnahmekontinuität besonders hoch, wo besonders niedrig? Wie ist dies zu erklären?
- Sind Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit der Teilnehmenden festzustellen? Sind Bezüge zu anderen Variablen erkennbar?

Es ist klar, dass zwar sowohl Qualitätszirkelmitglieder als auch Kostenträger ein berechtigtes Interesse an der Evaluation der Gruppenarbeit haben, die Interessen aber nicht gleichgerichtet sein müssen und die Kriterien zur Beurteilung der Wirksamkeit sich unterscheiden können. Die Implementierung von interprofessionellen Qualitätszirkeln – als einem Bottom-up-Verfahren – wirft darum das Problem auf, wie Selbststeuerung und externe Kontrolle miteinander zu vereinen sind. Für die wissenschaftliche Begleitung ergibt sich daraus das Problem einer doppelten Buchführung, die ihren Ausdruck beispielsweise in aussagekräftigen, aber nur intern auswertbaren Inhaltsprotokollen einerseits und für die Außendarstellung geeigneten, aber inhaltsarmen Ergebnisprotokollen andererseits gefunden hat.

<sup>12</sup> AUBKE et al. (2003); BEYER und GERLACH (1997, 1998, 1999)

Soweit es um die Arbeitsweise der IQZ geht, liegt mit dem Qualitätszirkelcheck ein einfaches und effektives Selbstevaluationsinstrument (vgl. Anhang) vor.

### STRUKTURBILDUNG

Die Breitenimplementierung von interprofessionellen Qualitätszirkeln in der Pränataldiagnostik benötigt unterstützende Strukturen, die zugleich von unten und von oben wachsen müssen. Aus der Bottom-up-Perspektive schlägt sich erfolgreiche Qualitätszirkelpraxis in der Etablierung fester Gruppen nieder. Dies findet Nachahmer, und insofern wird die Implementierung wie im ärztlichen Bereich auf einen Schneeballeffekt setzen können. Auf diese Weise wachsen schon jetzt von unten Strukturen. Solange diese sich allein auf das Engagement der Beteiligten stützen, ist ihr Bestand gefährdet. Die Breitenimplementierung von interprofessionellen Qualitätszirkeln muss daher auch „von oben“ gefördert werden. Schulung, Zertifizierung, Honorierung und Begleitforschung benötigen ggf. einen eigenen organisatorischen Rahmen, und sie müssen politisch gewollt sein und finanziert werden.<sup>13</sup> Hier sind insbesondere Ministerien, Krankenkassen, kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern, Wohlfahrts- und Berufsverbände gefordert. Die 80. Gesundheitsministerkonferenz hat sich im Juli 2007 bereits explizit dazu geäußert und die Einrichtung interprofessioneller Qualitätszirkel zur Förderung berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit und zur Umsetzung eines umfassenden Beratungskonzepts gefordert.

**13** Die Projektbeteiligten haben dies in der Abschlussbefragung deutlich angesprochen: „politischer Wille und finanzielle Sicherstellung des IQZ; sowohl Moderierende als auch Teilnehmende benötigen Wertschätzung der IQZ-Arbeit“; „IQZ-Arbeit ist Arbeitszeit und wird als solche angesehen, Praxen und Beratungsstellen werden zertifiziert, Ärzte bekommen Fortbildungspunkte und sind berechtigt, qualitative Leistungen abzurechnen (materieller Anreiz), Moderierende werden finanziert oder als Multiplikatoren mit Stundenkontingent (100 %) finanziert, die Teilnahme am Zirkel bleibt kostenlos“; „Anerkennung durch die Ärztekammer, vor allem die interprofessionelle Besetzung“; „qualifizierter Austausch mit anderen Moderatoren, finanzielle Entlastung für psychosoziale Moderatoren, Anerkennung der Teilnahme der psychosozialen Beraterinnen vergleichbar zu den Ärzten“.

## SPANNUNGSFELDER IN DER PND-BERATUNG

In diesem Kapitel soll auf einer abstrakteren Ebene dargestellt werden, welche emotionalen Aspekte von den Teilnehmenden in den IQZ-Sitzungen immer wieder als problematisch diskutiert wurden und daher offensichtlich von Bedeutung für das Beratungsvorgehen der teilnehmenden Ärzteschaft und der Beraterinnen sind. Die folgenden Kategorien (unterteilt in Haupt- und dazugehörige Unterkategorien) sind das Ergebnis einer ausführlichen qualitativen Inhaltsanalyse der Zirkelarbeit an zwei Standorten der ersten Projektphase<sup>14</sup>; sie wurden an ausgewählten Sitzungen aller drei Standorte der zweiten Projektphase überprüft und konnten dort bestätigt werden. Es handelt sich um die folgenden vier Hauptkategorien:

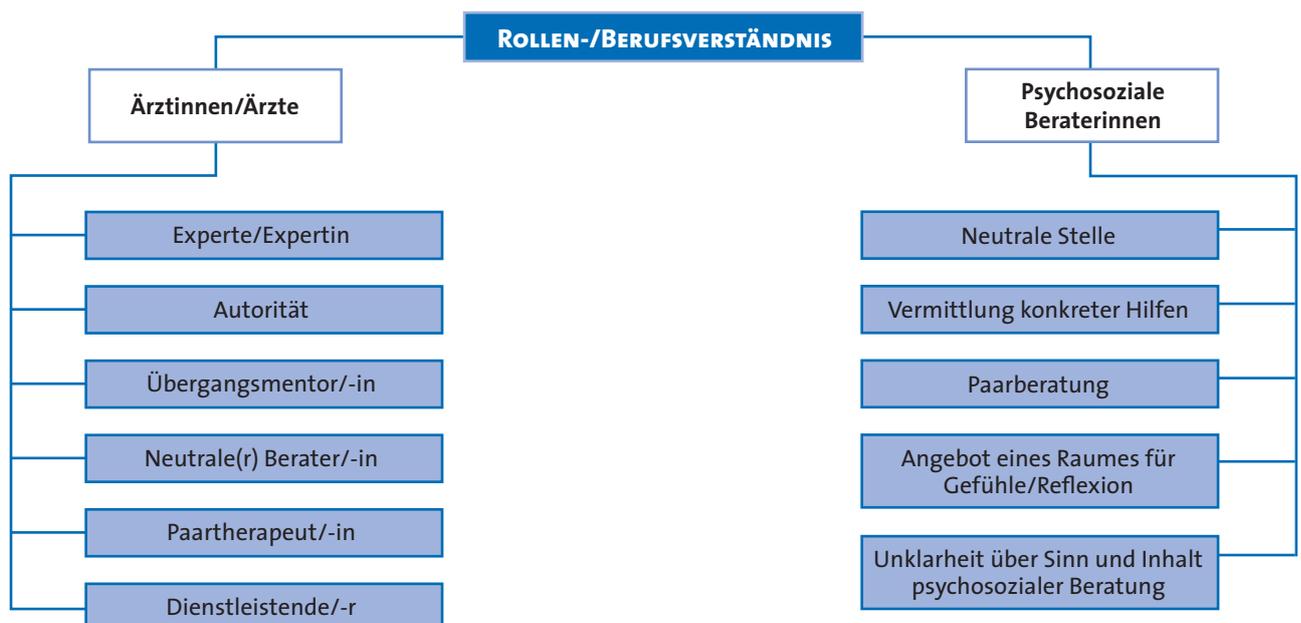
- 1) Rollen-/Berufsverständnis
- 2) Umgang mit Verantwortung
- 3) Umgang mit Schuld
- 4) Umgang mit Angst

### ROLLEN- BZW. BERUFSVERSTÄNDNIS

In den Falldiskussionen wurden immer wieder berufsgruppenspezifische Unterschiede im jeweiligen Rollen- bzw. Berufsverständnis deutlich. Zum Thema „Rollen-/Berufsverständnis“ gehören sowohl Rollen- bzw. Berufsbeschreibungen, die die Professionellen sich selbst (auch gegenseitig) zuschreiben, als auch Rollenbilder, die sie bei Patientinnen/Klientinnen über sich vermuten (siehe Abbildung 5-3). Diese berufsgruppenspezifischen Unterkategorien werden nachfolgend kurz erläutert.

ABBILDUNG 5-3

SCHEMATISCHE DARSTELLUNG VON ROLLEN- UND BERUFSVERSTÄNDNIS



Quelle: BZgA 2007

14 BRUDER (2005)

### EXPERTENTUM UND AUTORITÄT IN DER MEDIZIN

Ärztinnen und Ärzte sind Expertinnen bzw. Experten für pränatale Untersuchungsmethoden. Dies wird von den Teilnehmenden der IQZ mehrfach so als „normal“ beschrieben. Als problematisch wird diese Rolle von teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten dann diskutiert, wenn eine Frau vom Spezialisten klare, sichere Aussagen zu Diagnose und Prognose erwartet bzw. konkrete Empfehlungen zum Procedere, die ihr ärztlicherseits in vielen Fällen gar nicht gegeben werden können.

Auch die vermutete Rollenzuschreibung der „ärztlichen Autorität“ wird eher kritisch diskutiert: Sie wird im Zusammenhang damit angeführt, dass Frauen pränataldiagnostische Untersuchungen wahrnehmen, ohne sich bewusst dafür entschieden zu haben (hierzu eine Teilnehmerin: „Ich denke, der Arzt ist auch einfach so eine Autoritätsperson. Dass viele das einfach machen, weil er das jetzt einfach sagt.“).

### BEGLEITUNG BIOGRAFISCHER ÜBERGÄNGE

Den Begriff Übergangsmentorin haben FRIEDRICH et al.<sup>15</sup> geprägt. Sie stellen fest, dass es in unserer Gesellschaft keine Mentorinnen (ältere Verwandte, Mütter, Hebammen) gibt, die junge Frauen selbstverständlich während der Übergangsphase Schwangerschaft begleiten. Die Autoren halten als Ergebnis ihrer Untersuchung zur pränataldiagnostischen Entscheidung fest, dass die Gynäkologinnen und Gynäkologen (unbewusst, vielleicht auch unfreiwillig) am ehesten diese Rolle der „mütterlichen“ oder „väterlichen“ Begleitung übernehmen; ihre Bestätigung der Schwangerschaft und die Pflichtuntersuchungen haben gleichsam rituelle Funktion.<sup>16</sup> Die Rolle der Übergangsmentorin wird in den interprofessionellen Qualitätszirkeln im Zusammenhang damit angesprochen, dass Frauen nach Ansicht der Teilnehmenden unkritisch Untersuchungen vornehmen lassen und ungern Verantwortung für den Prozess PND übernehmen. In den entsprechenden Sitzungen wird diskutiert, dass Schwangere so früh wie möglich aufgeklärt werden sollten, damit sie selbstständig entscheiden könnten. Die Rolle der ärztlichen Mentorin, die gleichsam etwas von einer „erfahrenen Mutter“ hat, die „weiß, wie es geht“, wird im Zusammenhang mit PND von den teilnehmenden Ärztinnen bzw. Ärzten also eher als unangebracht beurteilt, aber offensichtlich als von den Patientinnen zugeschrieben erlebt.

### NEUTRALITÄT – PAARTHERAPIE – DIENSTLEISTUNG

Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte haben darüber hinaus an sich selbst den Anspruch, im Zusammenhang mit PND neutral zu beraten. Das Beratungsparadigma der Nichtdirektivität ist als positiv konnotierter Anspruch bei ihnen verwurzelt, wird allerdings auch bezweifelt. Das geschieht vor allem, wenn die Angst vor haftungsrechtlichen Konsequenzen ins Spiel kommt oder eigene Haltungen der Entscheidung einer Patientin zu sehr widersprechen.

Je nach Persönlichkeit der Ärztin bzw. des Arztes bleibt es aber nicht unbedingt bei der Rolle des neutralen Beraters oder der medizinischen Expertin – sogar die Paarbeziehung der Patientinnen fällt in den (gefühlten) ärztlichen Verantwortungsbereich. Wenn Ärztinnen und Ärzte während ihrer Beratung in krisenhaften Situationen der Schwangerschaft von problematischen Auswirkungen auf die Partnerschaft erfahren, kann dies offensichtlich bei manchen zum Anspruch führen, zeitweise die Rolle eines Paartherapeuten einzunehmen.

<sup>15</sup> FRIEDRICH et al. (1998)

<sup>16</sup> Ebd., S. 195 ff.

Als problematisch – insbesondere im Zusammenhang mit Fetozid bei Spätabbruch – wird außerdem die Rolle der Ärztinnen bzw. der Ärzte als Dienstleistende gesehen; mehrfach beklagen die ärztlichen Teilnehmenden das „Anspruchsdenken“, das in der Gesellschaft in Bezug auf die Inanspruchnahme von PND und deren Folgen (nämlich z. B. Spätabbruch) bestehe.

### WIDERSPRÜCHLICHKEITEN IN ROLLENBILDERN

Die hier vorgenommene Kategorisierung erhebt nicht den Anspruch, alle ärztlichen Rollen, die in den IQZ-Sitzungen angesprochen wurden, zu beschreiben. Es ließe sich z. B. noch der „Vertragspartner“ hinzufügen, da von den ärztlichen Teilnehmenden immer wieder die haftungsrechtliche Problematik angesprochen wird, oder der „Richter“, der ein Arzt oder eine Ärztin in der Entscheidungssituation eines Fetozids nicht sein will.

Interessant ist an diesem Rollenkatalog vor allem, dass den behandelnden Ärztinnen und Ärzten so unterschiedliche Funktionen zugeschrieben werden, die sich zum Teil gegenseitig behindern und auf einer unbewussten Ebene Ausdruck finden: So wird eine Beratung vermutlich unbefriedigend ablaufen, wenn die Ärztin oder der Arzt um Neutralität bemüht ist, die Schwangere aber erwartet, an die Hand genommen zu werden. Dies wird von einem teilnehmenden Arzt zur Situation eines aufklärenden Gesprächs folgendermaßen beschrieben:

*„Oftmals ist es doch wirklich so, dass Sie ein einstündiges Gespräch geführt haben und dann zum Schluss [fragt die Patientin]: ‚Was würden Sie machen?‘, irgendwann ist man dann auch selber zu müde. Man sagt es ihnen wahrscheinlich nicht, aber man bringt noch mal Argumente, die man vorher schon erwähnt hatte, und durch die Gewichtung fällt dann die Entscheidung in die eine Richtung.“<sup>17</sup>*

Fast resigniert beschreibt der zitierte Arzt hier die Rollenkonfusion zwischen seinem Anspruch, neutral zu beraten, und dem Appell mancher Patientin, von ihm als Autorität oder Mentor einen klaren Rat zu erhalten.

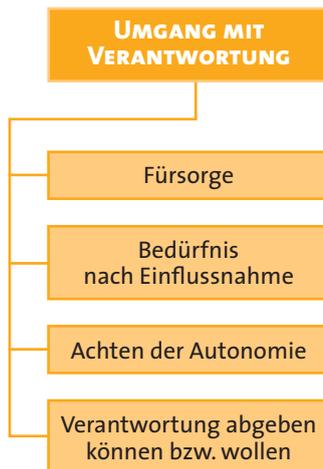
### PERSONIFIZIERUNG VS. INSTITUTIONALISIERUNG

Während es sich bei den ärztlichen Unterkategorien um personifizierte Rollenbilder handelt, wurde bei den Beraterinnen der Eindruck vom Berufsbild durch die Beschreibung ihres inhaltlichen Angebots oder des Ortes „Schwangerenberatungsstelle“ deutlich. Folgende Alltagssprachliche Formulierung unterstreicht dieses unterschiedliche Berufs-/Rollenbild: Die Frauen gehen zum **Arzt bzw. zur Ärztin**, aber sie gehen zur **Schwangerenberatungsstelle**.

Auch die psychosozialen Beraterinnen verstehen ihre Beratungsstelle als neutralen Ort. Dieses Attribut wird aber vor allem positiv kontrastierend zu den medizinischen Orten verstanden, mit denen die Schwangeren im Zusammenhang mit PND in Berührung kommen und bei denen die psychosozial Beratenden die oben genannten Rollenkonfusionen vermuten. Ebenso wurden in den IQZ die weiteren drei Unterkategorien zum Angebot der Schwangerenberatungsstellen (Vermittlung konkreter Hilfen, Paarberatung, Raum für Gefühle und Reflexion ermöglichen) nicht problemati-

<sup>17</sup> Ähnliches beschreiben HARTOG und WOLFF (1997): Anhand einer sprach-wissenschaftlichen Analyse von genetischen Beratungsgesprächen zeigen sie auf, dass von Klientinnen eine Bewertung des Beraters oder der Beraterin erwartet und durch Nachfragen „provoziert“ wird. Vgl. hierzu auch FRIEDRICH et al. (1998).

siert, sondern von den psychosozialen Beraterinnen eher im Sinne einer Werbung für und Aufklärung über ihre Arbeit für die Ärztinnen und Ärzte dargestellt. Dass von ärztlicher Seite teilweise Aufklärungsbedarf bestand, wird in der Unterkategorie „Unklarheit über Sinn und Inhalt psychosozialer Beratung“ deutlich: Immer wieder wurde zum einen von der Ärzteschaft Unkenntnis über die Inhalte der psychosozialen Arbeit geäußert. Zum anderen wurde ärztlicherseits wiederholt die Vermutung bzw. Erfahrung formuliert, dass „Psychologisches“ von vielen Patientinnen abgelehnt würde.



## UMGANG MIT VERANTWORTUNG

Die zweite Hauptkategorie betrifft das (nicht immer explizit so benannte oder erkannte) Thema „Umgang mit Verantwortung“ bei der Beratung zu PND. Das Spektrum der Beiträge reicht vom (zum Teil übergroßen) Verantwortungsgefühl für die Belange der Patientin bzw. Klientin und deren Partner (Fürsorge) über das Bedürfnis nach Einflussnahme auf die Entscheidung der Schwangeren bis hin zum Achten der Autonomie der Betroffenen und zum Verantwortung-abgeben-Können bzw. -Wollen.

Die Aussagen, die bei der Auswertung der IQZ-Transkripte zur Hauptkategorie Verantwortung zusammengefasst wurden, stammen vor allem von den ärztlichen Teilnehmenden. Auf mögliche Gründe dafür wird im Anschluss an die Erläuterung der genannten Unterkategorien eingegangen.

### FÜRSORGE

Verantwortung im Sinne von Fürsorge fühlen Ärztinnen und Ärzte der IQZ z. B. dafür, dass ihre Aufklärung über pränataldiagnostische Methoden oder über einen Befund von den Betroffenen verstanden wird. Die Idee, dass die Schwangere durch die ärztliche Aufklärung in die Lage versetzt werden soll, eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen, ist ihrer Erfahrung nach besonders schwierig umzusetzen, wenn sprachliche oder intellektuelle Verständnisprobleme vorliegen. Dies sorgt für Gewissenskonflikte bei manchen Ärztinnen und Ärzten:

*„Was macht man denn da? Macht man einfach den Rollladen runter und sagt: Na ja, gut, wenn sie es halt nicht kapiert, kann ich auch nichts dafür.“*

Im Zusammenhang mit fürsorglicher Verantwortung diskutierten die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte außerdem die Notwendigkeit, sich zu entscheiden, ob sie sehr vorsichtig beraten und bei geringsten Hinweiszeichen weitere Untersuchungen empfehlen oder ob sie unsichere Befunde eher verschweigen sollen. Hierzu eine Ärztin:

*„Und es ist für mich auch noch die Frage: Was soll ich ansprechen? Ich habe einerseits Aufklärungspflicht, möchte aber auch keine Ängste oder nicht so viele Ängste schüren, und das ist eine Gratwanderung, die einen sehr bewegt.“*

Das Verantwortungsgefühl drückt sich in den genannten Beispielen als Fürsorge für die Schwangere aus, ist aber offensichtlich Hindernissen ausgesetzt. Das wird deutlich an der dilemmatischen Situation der „vorsichtigen“ Beratung oder an der für die Ärzteschaft unbefriedigenden Aufklärung bei Sprachbarrieren.

### **BEDÜRFNIS NACH EINFLUSSNAHME**

Vom Anspruch beider Berufsgruppen, im Zusammenhang mit PND nicht direktiv bzw. „ergebnisoffen“ zu beraten, war bereits die Rede. Es scheint jedoch weder den ärztlichen noch den psychosozialen Fachkräften leicht zu fallen, den Betroffenen die Verantwortung für ihre Entscheidung zu überlassen, wenn diese ihrer eigenen Haltung sehr widerspricht: Vor allem im Zusammenhang mit vermeintlich schnell getroffenen Entscheidungen von Patientinnen für einen Spätabbruch wird bei den IQZ-Teilnehmenden das Bedürfnis deutlich, Einfluss auf die Entscheidungsfindung zu nehmen. Eine beteiligte Ärztin äußert ihre Unzufriedenheit mit der ihrer Ansicht nach vermiedenen „richtigen“ Auseinandersetzung der Schwangeren und ihrer Entscheidung zum Spätabbruch wie folgt:

*„Diese Auseinandersetzung fehlt mir einfach bei der Frau. [...] Muss man das einfach akzeptieren, darf man das einfach akzeptieren? Muss man nicht – jetzt zwingen ist blöd gesagt, weil zwingen immer einen Druck erzeugt – aber trotzdem fände ich es eigentlich richtig, dass man von der Frau verlangt, sich auch damit auseinanderzusetzen.“*

Ebenso hadert eine psychosoziale Beraterin mit ihrem mangelnden Einfluss auf Frauen, die aufgrund einer medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch entschlossen sind, ohne eine zweite ärztliche Meinung einzuholen:

*„Also, wie kann ich Patientinnen bewegen, eine zweite Meinung einzuholen?“ (So fasst die Moderatorin den Beitrag einer Beraterin zusammen.) Darauf die Beraterin: „Bisher ist es mir, glaube ich, nicht gelungen. Ich sage: ‚Auch hier in der Innenstadt ist eine Praxis, machen Sie einen Termin aus‘, sage ihnen Namen von anderen Gynäkologen. Ich habe nicht das Gefühl, ich hoffe dann immer, vielleicht doch, wenn sie eine Nacht darüber schlafen, dass sie es sich doch überlegen. Das haut mich schon ein bisschen um.“*

Die Beispiele machen deutlich, dass die IQZ-Teilnehmenden vor allem in als extrem empfundenen Situationen (z. B. bei Fetozyd und nicht nachvollziehbarer Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch) das Bedürfnis haben, Einfluss auf die Entscheidungen der Klientinnen bzw. Patientinnen zu nehmen.

### PATIENTINNENAUTONOMIE

Auf die zuvor beispielhaft genannten Beiträge, die die ethischen und emotionalen Haltungen der Teilnehmenden deutlich werden lassen und damit auch ihren zeitweiligen Wunsch, Entscheidungen von Betroffenen zu beeinflussen, folgt als „Lösung“ in der Diskussion meist die Aussage, dass die „Eigenverantwortlichkeit“ und „Autonomie“ der Klientinnen bzw. Patientinnen zu respektieren seien. In Bezug auf das bereits erwähnte Problem, dass Frauen durch zu vorsichtige Beratung unnötig geängstigt werden könnten, kommt eine Ärztin zu dem Schluss, dass sie aus haftungsrechtlichen Gründen eben doch über jede Auffälligkeit in der PND aufklären müsse:

*„Da bleibt einem wahrscheinlich nichts anderes übrig, als ausführlich zu informieren und dann die Entscheidung der mündigen Patientin zu überlassen.“*

Auch hinsichtlich der Annahme vieler Beraterinnen, dass es angebracht sei, immer den Partner der Schwangeren bei der Untersuchung dabeizuhaben, kommt ein Arzt auf die Autonomie der Betroffenen zu sprechen:

*„Wünschen kann man es sich, und wir sprechen es an, in der Regel, gerade wenn es schwierige Entscheidungen sind: ‚Bringen Sie Ihren Partner mit!‘ Ich denke, die Verantwortung dafür, dass der Partner einbezogen wird, liegt aber letztendlich doch bei der Frau.“*

Der Lösungsansatz, die Autonomie der Schwangeren zu achten, ist unterschiedlich motiviert: Mal ist es die Angst vor Vorwürfen und rechtlichen Konsequenzen, mal die Erkenntnis, dass das Einmischen in die selbstbestimmte Entscheidung der Schwangeren nicht angebracht ist.

### ABGABE VON VERANTWORTUNG

An anderer Stelle zeigt sich, dass es die beteiligte Ärzteschaft auch entlasten kann, Verantwortung abzugeben – oder aber dass sie Verantwortung abgeben wollen und sie nicht „loswerden“. Im Falle einer Zwillingsschwangeren, die einen selektiven Fetozid durchführen lassen wollte, äußert sich der betreuende Arzt irritiert, weil die „einschlägigen“ Kliniken, die bisher einen Fetozid durchführten, seine Überweisung abgelehnt hatten:

*„Und dann war ich sauer und dachte: Jetzt wollen die eine schöne Statistik und machen uns allen das Leben so schwer. Und dann haben wir es in X versucht, wo auch ein großes Pränatalzentrum ist. Die hatten sich aber abgesprochen. Die haben das Gleiche erzählt, so dass ich plötzlich allein dastand.“*

Gerade in Fällen übergroßen Verantwortungsgefühls erkannten Ärztinnen und Ärzte in der Diskussion, dass es entlastend sein kann, Verantwortung abzugeben oder aber mit psychosozialen Kolleginnen zu teilen. Das letztgenannte Zitat ist ein Beispiel dafür, dass Ärztinnen und Ärzte in problematischen Situationen, wie dem Fetozid, durchaus froh darüber sein können, ihre Verantwortung an andere „loszuwerden“.

### BERUFSSPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE

Der Umgang mit Verantwortung war vor allem Thema in den ärztlichen Fallvorstellungen und Diskussionsbeiträgen. Hierfür sind mehrere Gründe denkbar: Zum einen stehen die ärztlichen Teilnehmenden mit ihrem Expertenwissen zu PND tagtäglich in der Verantwortung, bei Gefährdungen für Mutter oder Kind nach Möglichkeit tätig zu werden. Diese Verantwortung ist einklagbar – als „Vertragspartner“ und „Experte“

wird von ihnen eine Behandlung bzw. Diagnostik nach den „Regeln der ärztlichen Kunst“<sup>18</sup> erwartet. Der ärztliche Alltag ist außerdem von schnellem Handeln geprägt, was vielleicht auch einen anderen Umgang mit Verantwortung impliziert und Handlungsdruck mit sich bringt. Dem Rollenbild der Autorität oder der Mentorin entsprechend fühlen sich Ärztinnen und Ärzte möglicherweise auch stärker verpflichtet, Angelegenheiten für ihre Patientinnen zu regeln.

Psychosoziale Beraterinnen haben dagegen eine andere haftungsrechtliche Rolle: „Kunstfehler“ sind in der psychosozialen Beratung schwerer nachzuweisen oder einzuklagen. Neben ihrer Arbeits- und Zeitstruktur, die sich von derjenigen der Ärzteschaft unterscheidet, haben Beraterinnen auch ein anderes Grundverständnis: Sie verstehen sich als Expertinnen dafür, Klientinnen in deren eigenem „Expertentum“ zu unterstützen. Sie tragen Verantwortung für einen Beratungsprozess, nicht für dessen Ergebnis. Das heißt nicht, dass sie nicht auch große Verantwortung fühlen und manchmal das Ergebnis gerne beeinflussen würden; sie sind jedoch durch ihre Ausbildung geübter als viele Ärztinnen und Ärzte darin, eine klientenzentrierte oder eine systemisch orientierte, „neutrale“ Haltung gegenüber ihren Klientinnen einzunehmen.

Folgende Beispielzitate aus einem IQZ sollen diese Zusammenhänge illustrieren. Ein Arzt schildert in seiner Fallvorstellung, dass ein zur Durchführung eines Fetozids entschlossenes Paar ihm zum Vorwurf machte, dass er es nicht direkt an eine Klinik vermittelt hatte, die den Fetozid durchführte. Das Paar habe den „Kliniktourismus“, d. h. die Suche nach einem ausführenden Arzt, als sehr belastend erlebt. Die Gruppe diskutiert darüber, ob der die Indikation stellende Arzt verpflichtet ist, eine schnelle Lösung zu finden, und ob Kliniken die Durchführung des Fetozids ablehnen dürfen. Eine psychosoziale Teilnehmerin äußert gegenüber den ärztlichen Teilnehmenden folgende Anregung:

*„Wichtig ist es ja auch, dass das nicht zu dem Paar so überkommt, wir [die Ärzte, an die der ‚Wunsch‘ nach einem Fetozid herangetragen wird] wollen damit nichts zu tun haben. Wir waschen unsere Hände in Unschuld oder so, sondern es ist für uns wahnsinnig schwer. Hier gibt es leider keinen Arzt, der das über sich bringt, der das schafft, die Spritze anzusetzen. Ich glaube, dann wären die [Patientinnen] vielleicht enttäuscht oder es wäre für sie ganz fürchterlich, diese Tour zu machen. Aber dann würden sie nicht mit solchen Vorwürfen kommen.“*

Ein ärztlicher Teilnehmer antwortet darauf:

*„Ich glaube, da unterscheiden wir uns wahrscheinlich. Das habe ich jetzt hier mitgekriegt und lerne, was Sie machen, so Psychosoziales. So wie Sie jetzt argumentieren, Sie sind viel gelassener jetzt. Das liegt bei uns aber eher medizinisch. [...] Sie sagen: ‚Kommen Sie mal am Montag.‘ Da sind wir vom Innern her, von unserer medizinischen Erziehung anders gebaut. Wir sehen da was, wir wollen gleich helfen. Wir sehen die Problematik, was kommt, man möchte es möglichst lösen.“*

Die beiden letzten Zitate belegen die unterschiedlichen Handlungsstrukturen bei Ärzteschaft und Beraterinnen aus dem IQZ.

**18** RIEDEL (2003): 24

**UMGANG MIT  
SCHULD**

Sich schuldig fühlen

Schuld zuweisen

Schuld zugewiesen  
bekommen**UMGANG MIT SCHULD**

Die dritte Hauptkategorie, das Thema Umgang mit Schuld, ist eng mit Verantwortung verknüpft: Wer Verantwortung übernimmt oder für verantwortlich erklärt wird, riskiert es, sich schuldig zu machen. Schuld hat ein besonderes emotionales Gewicht. Gerade die emotionalen Aspekte wirkten sich auf das Beratungsverfahren der IQZ-Beteiligten und deren Umgang mit interprofessioneller Kooperation aus.

**SCHULDGEFÜHLE**

Aus einem großen Verantwortungsgefühl für das Wohl der Schwangeren heraus resultiert, dass sich einige ärztliche Teilnehmende schuldig fühlen oder Schuld antizipieren. Dies wird insbesondere im Zusammenhang mit Falldarstellungen deutlich, in denen Schwangere nach einer ergebnisoffenen ärztlichen Beratung zunächst auf eine genauere pränataldiagnostische Untersuchung verzichten und dann zu einem späteren Zeitpunkt doch ein „schlechter“ Befund entdeckt wird. In den folgenden Zitaten wird die Betroffenheit behandelnder Ärztinnen und Ärzte deutlich:

*„Ich habe mich oft gefragt, hätte man mehr anders machen können? Hätte ich dem mehr nachgehen müssen?“*

*„Bin ich daran schuld, wenn sie ein Down-Syndrom-Kind gekriegt hat?“*

**SCHULD ZUWEISEN BZW. ZUGEWIESEN BEKOMMEN**

Weitere Äußerungen zeigen das Bedürfnis von IQZ-Teilnehmenden, anderen in problematischen Situationen die Schuld zuzuweisen, z. B. den Schwangeren selbst, die vermeintlich die Verantwortung für die pränataldiagnostischen Untersuchungen nicht übernehmen und sich hinterher über die Belastung der vielen unsicheren Momente beschweren.

Unzufriedenheit löst offensichtlich auch die Erfahrung mancher Ärzte aus, Schuld zugewiesen zu bekommen, z. B. im Falle ungünstiger Befunde, die zu einem späten Zeitpunkt der Schwangerschaft entdeckt werden:

*„Es soll immer alles so beschönigend sein, wir machen Ultraschall, und dann soll das immer wunderbar sein. Und wenn es einen krummen Finger hat, dann haben wir schon schuld.“*

Hier schwingt insbesondere bei den ärztlichen Teilnehmenden auch die Angst mit, von Patientinnen zur Verantwortung gezogen zu werden – und damit wird eine weitere emotionale Anforderung an die Ärzteschaft deutlich, nämlich der in der folgenden Hauptkategorie beschriebene Umgang mit Angst im Zusammenhang mit PND.

## UMGANG MIT ANGST

Angst wird in den Äußerungen der ärztlichen Teilnehmenden insbesondere im Zusammenhang mit dem Thema Haftbarkeit deutlich.

### VORSICHTIGE ODER LENKENDE BERATUNG

Der Umgang mit der Haftbarkeit führt bei einigen Ärztinnen und Ärzten zu einer vorsichtigen oder lenkenden Beratung: Es soll nichts versäumt werden, Richtlinien werden nach Möglichkeit genau befolgt, damit man im Falle des Falles nicht angreifbar ist. Hierzu die Haltung eines Arztes zum Ergebnis früherer Untersuchungen:

*„Also, ich werde mich hüten, zu sagen, dass alles in Ordnung ist. Ich werde es eher – ich will nicht sagen dramatisch beschreiben, aber ganz klar beschreiben, weil man letztendlich seinen Beruf nachher aufgeben kann, wenn man für zwei Haftpflichtschäden belangt wird.“*

### ANTIZIPIEREN VON RISIKEN

In den Falldiskussionen war außerdem die Angst vor Überforderung zu erkennen. Sie äußerte sich durch das Antizipieren aller möglichen Risiken. Die Ärzteschaft kommt bei Geburten besonders dann zum Einsatz, wenn es Komplikationen gibt – sie hat also Erfahrung mit den Risiken des Geburtsvorgangs. In den IQZ äußerte sich das Fokussieren auf Risiken z. B. darin, dass Behandlungsverläufe, die gut ausgegangen sind, folgendermaßen kommentiert werden:

*„Das hätte aber auch schiefgehen können!“*

Je nach Persönlichkeit finden das Expertenwissen bzw. als traumatisch erlebte Behandlungserfahrungen Ausdruck in der Beratung von Schwangeren und in der Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen: Die Angst vor den Risiken selbstbestimmter Entscheidungen der Schwangeren kann dann eine lenkende Beratung begünstigen.

### (VOR-)SCHNELLES HANDELN

Angst vor Vorwürfen von Seiten der Patientinnen sowie vor Haftbarkeit wurde im Zusammenhang mit dem Thema Fetozid deutlich und führte dort verbunden mit dem fürsorglichen Wunsch, es den Schwangeren möglichst leicht zu machen, zu (vor) schnellem Handeln. Hier beschreibt ein Arzt seinen empfundenen Handlungsdruck im Zusammenhang mit einem (Spät-)Abbruch:

*„Wir sehen da was, wir wollen da gleich helfen, wir sehen die Problematik schon, was kommt, man möchte es möglichst lösen. [...] Aber das ist wie der Fall mit der zwölften Woche, da waren auch so Druckgefühle. Da äußert einer was von Abbruch, dann haben Sie gleich Angst, Mensch, sie ist dann in der 14. Woche, dann kriegt sie den nicht, dann kriege ich ein Verfahren, weil ich das nicht gemacht habe.“*



## SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die hier auszugsweise vorgestellten Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse, die in den IQZ kommunizierten Sichtweisen der teilnehmenden Ärzteschaft und der psychosozialen Beraterinnen, sind von großer Bedeutung. Sie geben Aufschluss über die ethischen Haltungen und emotionalen Momente der Fachleute, die sowohl Einfluss auf die ärztliche und psychosoziale Beratung als auch auf die Motivation zu interprofessioneller Kooperation haben.

Die diskutierten Problemfelder lassen sich zuspitzen auf das folgende in der Hauptkategorie „Umgang mit Verantwortung“ beschriebene Spannungsfeld: Einerseits wird bei den Fachleuten immer wieder das Bedürfnis deutlich, auf die Entscheidung der Schwangeren einzuwirken, die „richtige“ Entscheidung oder zumindest den richtigen Weg dahin zu fördern;<sup>19</sup> auf der anderen Seite wird der Anspruch bzw. der Wunsch geäußert, die Frauen sollten in ihrer Autonomie gestärkt und respektiert werden. Nun ist diese Gratwanderung vielleicht konstitutiv für Beratung überhaupt: Auch in anderen Beratungskontexten ist das Wahren von beraterischer Neutralität eine Haltung, um die manchmal gerungen wird.

In der Beratung zu PND ist das Besondere, dass durch die Konfrontation mit ungeborenem Leben, mit Behinderung und Spätabbruch ethische Grenzthemen berührt werden. Die durch die IQZ-Teilnehmenden diskutierten Probleme in der Beratung spiegeln einerseits die unterschiedlichen Haltungen wider, die allgemein in der Bevölkerung zum Thema PND und Schwangerschaftsabbruch vertreten sein dürften; andererseits weisen sie auf berufsgruppenspezifische Unterschiede hin, die bereits an anderer Stelle festgestellt wurden.<sup>20</sup> Insbesondere bei den Ärztinnen und Ärzten wurden jedoch auch innerhalb der Berufsgruppe unterschiedliche Haltungen deutlich. Während bei den psychosozialen Beraterinnen ein relativ einheitliches, klares Rollen- und Beratungsverständnis ersichtlich wurde<sup>21</sup>, finden sich in den teilweise widersprüchlichen Aussagen der ärztlichen Teilnehmenden Hinweise auf Rollenkonflikte, die nicht nur auf die Beziehung zur Schwangeren, sondern auch auf die interprofessionelle Kooperation Auswirkung haben.

Es ist zu vermuten, dass die verinnerlichten Rollen, insbesondere die Rolle der ärztlichen Übergangsmäntorin, die Rolle der ärztlichen Autorität und die Rolle der ärztlichen Expertin oder des ärztlichen Experten die Verantwortungs- und Machtübergabe – an Schwangere wie psychosoziale Kolleginnen – nicht leicht machen. Emotionen (wie z. B. Angst, Schuld, Verunsicherung) begünstigen zudem eine „Verzettelung“ von Verantwortung, die bereits von FRIEDRICH et al.<sup>22</sup> beschrieben und auch in den Falldiskussionen der IQZ deutlich wurde.

Die Chancen des interprofessionellen Austauschs in Form der IQZ bestehen darin, dass diese zumeist unbewusst ablaufenden emotionalen und rollenspezifischen Prozesse in einem vertrauensvollen Rahmen besprochen werden und damit im Alltagshandeln bewusst werden können.

**19** In einem IQZ wurde von ärztlicher Seite z. B. klar eine psychosoziale Pflichtberatung vor der Entscheidung zu Spätabbruch befürwortet.

**20** LAMMERT et al. (2002)

**21** Widersprüche gab es bei ihnen hauptsächlich bei der Konfrontation mit persönlichen ethischen Haltungen, die wiederum konstitutiv für das Thema PND sein dürften.

**22** FRIEDRICH et al. (1998)

## HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE BERATUNGSPRAXIS IM KONTEXT VON PND

Wie im Kapitel über den Qualitätskreislauf ausgeführt, stellen die Reflexion des Alltagshandelns und die Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen wesentliche Bestandteile der IQZ-Arbeit dar. Idealerweise lassen sich aus diesem Prozess dann Schlussfolgerungen ableiten, die zu konkreten Veränderungen in den Arbeitsabläufen führen und in einem weiteren Schritt hinsichtlich Zielerreichung und Alltagsbewährung überprüft werden können. Wegen dieser „Schnittstelle“ zum tatsächlichen beruflichen Handeln gilt das Konzept des Qualitätszirkels als eine besonders praxisnahe Form der Qualitätssicherung.

### DIE ROLLE DER HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN IM QUALITÄTSKREISLAUF UND IHRE BEDEUTUNG FÜR DAS MODELLPROJEKT

Mit Hilfe der Begleitforschung wurden die von den IQZ-Mitgliedern erarbeiteten Verbesserungsvorschläge systematisiert und zusammengefasst. Sie werden im Folgenden als Handlungsempfehlungen bezeichnet. Bei diesen Handlungsempfehlungen geht es darum, unter dem Aspekt interprofessioneller Kooperation Orientierungspunkte und Vorschläge für den Umgang mit bestimmten Problemsituationen darzustellen (siehe dazu auch die Zusammenfassung auf S. 301). Die Handlungsempfehlungen stellen die wissenschaftlich aufgearbeitete inhaltliche Quintessenz der in den Zirkeln erarbeiteten Handlungsleitlinien dar, die auch anderen Fachpersonen zugänglich gemacht werden sollen. Durch die IQZ-Arbeit wurde ein Bottom-up-Prozess angestoßen, der die Verbesserung des Behandlungsangebots für schwangere Frauen und ihre Partner zum Ziel hat.

Die Analyse der IQZ-Arbeit zeigt, dass das Ziel derjenigen, die einen Fall vorstellten, häufig darin bestand, den anderen Teilnehmenden die Komplexität und Konfliktrichtigkeit der eigenen Arbeit begrifflich zu machen. Es ging zunächst darum, Verständnis zu wecken für die Perspektive der jeweils eigenen Berufsgruppe und für den Wert des Beitrags, der für die Betreuung der Schwangeren, ihrer Partner und der ungeborenen oder gerade geborenen Kinder geleistet wird. Dieses Ziel wurde in den IQZ erreicht und war für die Beteiligten von großem Wert. Ein zweites Ziel bestand darin, substantielle praktische Anregungen für den Umgang mit einer konkreten Situation zu erhalten. Obwohl Lösungsvorschläge für den einzelnen Fall dokumentiert wurden, wurden zukunftsweisende fallübergreifende Verbesserungsvorschläge bei den Zirkeltreffen häufig „nebenbei“ formuliert, statt als klar definierte oder als regelmäßig umzusetzende Punkte im Ablauf eines IQZ herausgehoben zu werden.

Die wissenschaftliche Begleitforschung konnte jedoch auf Basis der Transkripte der Sitzungen eine ganze Reihe weiterer Vorschläge explizit machen. Die im Folgenden vorgestellten Handlungsempfehlungen wurden in drei Schritten herausgearbeitet und anschließend in einem vierten Schritt den Moderatorinnen und Moderatoren zur Prüfung vorgelegt:

**ERSTER SCHRITT****HERAUSARBEITUNG VON EXPLIZITEN LÖSUNGSVORSCHLÄGEN**

Zunächst wurden anhand der Transkripte aller IQZ die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern vorgestellten Fälle aus ihrer beruflichen Praxis und die dazu von den Teilnehmenden explizit erarbeiteten Lösungsvorschläge für die zukünftige Beratung zusammengestellt.

Die Mehrheit der Fallbeispiele wurde von der Ärzteschaft eingebracht. Es handelt sich überwiegend um Beispiele, in denen es um Leben und Tod ging, in denen die beteiligten Fachleute starken emotionalen Belastungen ausgesetzt waren und in denen sie sich Austausch, Unterstützung und Entlastung wünschten. Diese Beispiele berühren ein zentrales Thema in der Beratung zur PND, sie stellen allerdings nur einen Ausschnitt aus den Erfahrungen der beruflichen Praxis der IQZ-Teilnehmenden dar.

**ZWEITER SCHRITT****HERAUSARBEITUNG VON IMPLIZIT GEBLIEBENEN LÖSUNGSVORSCHLÄGEN**

Die Transkripte wurden hinsichtlich weiterer Verbesserungsvorschläge, die „nebenbei“ zur Sprache gekommen waren, analysiert. Diese Vorschläge wurden nach Themenbereichen zusammengefasst und systematisiert; sie ergänzen die von den Teilnehmenden explizit erarbeiteten Empfehlungen.

**DRITTER SCHRITT****ENTWICKLUNG INTERNER HANDLUNGSLEITLINIEN**

Auf Initiative der Begleitforschung fassten die Moderatorinnen und Moderatoren alle in ihren Zirkeln entwickelten Lösungsvorschläge zu internen Leitlinien zusammen. Parallel dazu erstellte die Begleitforschung Fallvignetten, die den Moderierenden im Abschlussseminar vorgelegt wurden. Diese Fallvignetten wurden auf der Basis der Projekterfahrungen konstruiert, wobei in den Zirkeldiskussionen häufig genannte oder besonders kontrovers behandelte Aspekte akzentuiert wurden.

**VIERTER SCHRITT****ENTWICKLUNG ZIRKELÜBERGREIFENDER (INTERNER) HANDLUNGSLEITLINIEN**

Die Moderatorinnen und Moderatoren wurden beim Abschlussseminar darum gebeten, aus diesen standortspezifischen Zusammenfassungen diejenigen Lösungsvorschläge für eine zukünftige Beratung auszuwählen, die sie für die einzelnen Fallvignetten als am wichtigsten und hilfreichsten einschätzten. Dieses Vorgehen entspricht einer ersten Überprüfung der Vorschläge hinsichtlich der Relevanz für die Praxis.

Die so priorisierten Lösungsvorschläge wurden anschließend thematisch geordnet. Eine Reihe von Empfehlungen zielt vor allem auf die Versorgungsstrukturen und die Rahmenbedingungen ab, innerhalb derer die Betreuung Schwangerer stattfindet. Die entsprechenden Handlungsempfehlungen sind in den Kapiteln „Kooperations- und Versorgungsmodelle in der Beratung zur PND“ und „Die Rahmenbedingungen kooperativer Schwangerenversorgung“ zusammengefasst. Handlungsempfehlungen, die sich auf die eigentliche Beratung beziehen, folgen im abschließenden Kapitel „Empfehlungen zum Beratungsprozess“.

**VORSCHLAG FÜR HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN UND KOMMUNIKATIVE VALIDIERUNG**

**FÜNFTER SCHRITT**

Die in vier Schritten erstellten zirkelübergreifenden internen Handlungsleitlinien wurden den Moderatorinnen und Moderatoren mit der Bitte um sorgfältige Prüfung und Bewertung zugesandt. Anhand eines Fragebogens waren die einzelnen Bereiche, auf die sich die Handlungsempfehlungen beziehen, zu bewerten. Besonders wichtig war dabei, dass die Moderatorinnen und Moderatoren aus ihrer Sicht fehlende oder inhaltlich problematische Punkte konkretisierten.

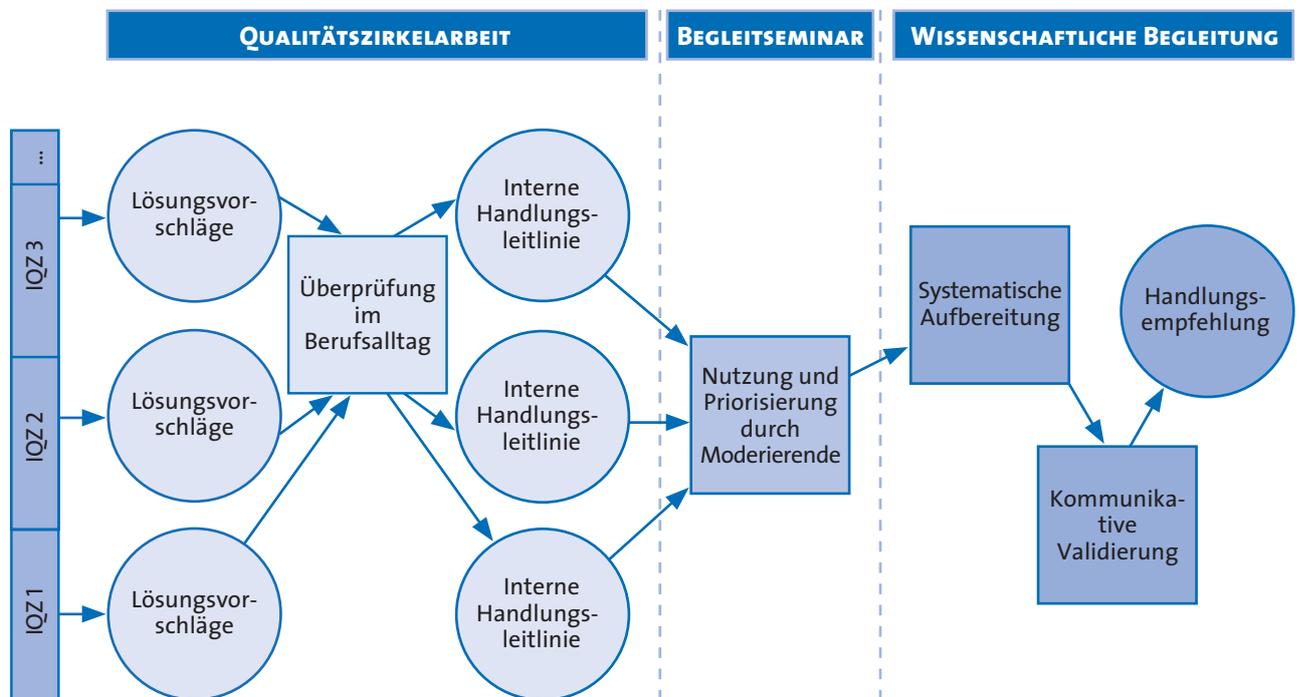
**HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN UND KOMMUNIKATIVE VALIDIERUNG**

**SECHSTER SCHRITT**

Diese Vorschläge wurden erneut geprüft und in die hier vorliegenden Handlungsempfehlungen integriert. (Die Auswertung der Fragebogen befindet sich im Anhang.) Die Abbildung 5-4 stellt den Prozess der Entwicklung der Handlungsempfehlungen noch einmal zusammengefasst dar.

ABBILDUNG 5-4

**VON LÖSUNGSVORSCHLÄGEN IM IQZ ZUR HANDLUNGSEMPFEHLUNG FÜR DIE INTERPROFESSIONELLE BERATUNG ZU PND**



Quelle: BZgA 2007

## KOOPERATIONS- UND VERSORGUNGSMODELLE IN DER BERATUNG ZUR PND

Im Rahmen des Modellprojekts haben sich verschiedene Aktivitäten in Richtung einer Zusammenarbeit zwischen den beiden Berufsgruppen entwickelt.

### ART DER ZUSAMMENARBEIT IN VERSCHIEDENEN BEREICHEN

1. Vermehrte Kontakte und Informationsaustausch innerhalb der einzelnen Professionen und zwischen den beteiligten Berufsgruppen: z. B. telefonische Rücksprachen über gemeinsame Patientinnen; häufigere ärztliche Empfehlung bzw. Weiterverweisung der Patientinnen an psychosoziale Beraterinnen vor Ort; gegenseitige Hospitationen, wobei tendenziell mehr Beraterinnen in Kliniken bzw. bei niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen hospitieren als umgekehrt.
2. Maßnahmen zur gemeinsamen Fortbildung beider Berufsgruppen zum Thema PND (auch Einladung von Beraterinnen zur Teilnahme an lokal bestehenden Stammtischen von Gynäkologen und Gynäkologinnen zum Thema PND; dort vermehrter Einbezug psychosozialer Themen).
3. Gemeinsame Qualitätssicherung durch kritische kollegiale Überprüfung der eigenen Arbeit im Rahmen des IQZ.
4. Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit in Form von Flyern und Broschüren für Schwangere zur Information über das lokale Beratungsnetzwerk. Initiierung und Ausbau von Kooperationsstrukturen im Rahmen der Versorgung der Schwangeren.

### ZWEI GRUNDMODELLE ZUR SCHAFFUNG EINER GANZHEITLICHEN PND-BERATUNG

In Bezug auf die Patientinnenversorgung bzw. mit Blick auf das konkrete Projektziel, die psychosoziale Beratung stärker in der Versorgungsstruktur bzw. Beratung zur PND zu verankern, sind vor allem zwei Wege der Zusammenarbeit im Laufe des Modellprojekts beschritten worden:

- Integration psychosozialer Beratungsangebote, z. B. in Form psychosozialer Sprechstunden, in die Strukturen und Abläufe gynäkologischer Kliniken oder pränataldiagnostischer Zentren an Kliniken
- einzelfallbezogene Zusammenarbeit unabhängiger Stellen durch vermehrte ärztliche Empfehlung und Weiterverweisung von Patientinnen an Schwangerschaftsberatungsstellen bzw. Beraterinnen des IQZ

### UNTERSCHIEDE ZWISCHEN ZWEI MÖGLICHEN VERSORGUNGSMODELLEN

Der erste Weg zielt darauf ab, beide Angebote unter einem Dach zu integrieren. Wie weit diese Integration geht, ob die medizinische und die psychosoziale Beratung voneinander unabhängige Angebote bleiben oder ob sich daraus neue, interdisziplinär durchzuführende Beratungsformen entwickeln, hängt von der jeweiligen inhaltlichen und strukturellen Konzeption ab. Der zweite Weg bezieht sich auf die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen und den psychosozialen Beratungsstellen in einer Region. Das Ziel ist eine qualitativ bessere Versorgung der Patientinnen durch vermehrte Kooperation auf der Basis bereits existierender Versorgungsstrukturen.

Beide Modelle unterscheiden sich aus Sicht der Patientinnen natürlich durch den unterschiedlichen Aufwand, der nötig ist, um ein Angebot wahrzunehmen. Während sie im zweiten Fall bei Bedarf zusätzlich eine psychosoziale Beratungsstelle aufsuchen müssen, finden sie im ersten Fall das medizinische und psychosoziale Versorgungsangebot im gleichen Haus vor. Die psychosoziale Beratung wird im Rahmen der klinischen Versorgung zur PND mit angeboten und findet sozusagen „zwei Türen weiter“ statt.

### DIE „INTEGRIERTE PSYCHOSOZIALE UND MEDIZINISCHE BERATUNG“

Im Zusammenhang mit PND ist die integrierte Form bisher nur vereinzelt, z. B. an den humangenetischen Beratungsstellen der Universitätsklinken in Heidelberg und Freiburg, anzutreffen, allerdings sind die psychosozialen Fachkräfte dort angestellt und müssen nicht erst von institutionell getrennten Beratungsstellen freigestellt bzw. abgerufen werden. Die Idee, ambulante psychosoziale Sprechstunden in pränataldiagnostischen Fachabteilungen von Kliniken einzurichten, wurde außerdem schon im Rahmen anderer Modellprojekte diskutiert und umgesetzt und gilt inzwischen als hervorragende Kooperationsmöglichkeit.

Grundsätzlich kann das Modell auch im niedergelassenen Bereich realisiert werden. Im Rahmen der IQZ-Arbeit wurde an zwei Modellstandorten diskutiert, wie Beraterinnen gemeinsam mit Gynäkologinnen und Gynäkologen ein psychosoziales Beratungsangebot in deren Praxen etablieren könnten. Natürlich gab es dazu auch ablehnende Meinungen, insbesondere zwei Argumente wurden von den IQZ-Teilnehmenden angeführt:

1. In der normalen gynäkologischen Praxis gäbe es zu wenige „Fälle“ zur PND (Argument der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte)
2. Psychosoziale und medizinische Beratung sollten zeitlich und räumlich getrennt erfolgen (Argument vor allem seitens der Beraterinnen)

Das „Argument der wenigen Fälle“ mag vor allem dann zutreffen, wenn man lediglich die Schwangeren mit auffälligem Befund oder die so genannten Risikopatientinnen betrachtet. Hat man jedoch alle Fälle im Blick, in denen in irgendeiner Form vorgeburtliche Untersuchungen durchgeführt werden (zu denen im weitesten Sinne jede Ultraschalluntersuchung zählt), dann ist jede schwangere Frau von pränataldiagnostischen Untersuchungen betroffen. Damit wird im Bedarfsfall auch die Klärung der persönlichen Einstellungen und Ambivalenzen bezüglich der Inanspruchnahme solcher Untersuchungen wichtig, und dies ist explizit ein Bestandteil psychosozialer Beratung vor PND.

Wenn man dagegen nur jene Fälle betrachtet, in denen bei den ersten Ultraschalluntersuchungen auch tatsächlich Auffälligkeiten gefunden werden, so trifft das Argument der wenigen Fälle zwar auf den allgemeinen Gynäkologen und die allgemeine Gynäkologin zu, nicht aber auf PND-Schwerpunktpraxen. Sie bieten sich für die Einrichtung einer psychosozialen Sprechstunde, z. B. unter Beteiligung regionaler Beratungsstellen, regelrecht an, insbesondere in Regionen mit weitflächiger Infrastruktur und einem eher weitmaschigen Netz an Beratungsstellen.

#### VORTEILE DES VORGESTELLTEN VERSORGUNGSMODELLS

- Die Schwelle, psychosoziale Beratung in Anspruch zu nehmen, ist geringer
- Die „Compliance“ in Bezug auf die ärztliche Empfehlung, eine psychosoziale Beratung in Anspruch zu nehmen, ist deutlich höher
- Rücksprachen zwischen den Fachkräften, die an Beratungen beteiligt sind, sind schneller und leichter möglich
- Je nach Bedarf können die psychosozialen und medizinischen Beratungsgespräche gemeinsam oder getrennt voneinander geführt werden
- Es bestehen ökonomische Vorteile, z. B. durch Nutzung der vorhandenen Infrastruktur

#### NACHTEILE DES VORGESTELLTEN VERSORGUNGSMODELLS

- Es gibt keine klare zeitliche und räumliche Trennung von psychosozialer und medizinischer Beratung. Diese Trennung wird seitens der Beraterinnen gefordert, um sicherzustellen, dass die Patientinnen eine möglichst unabhängige Entscheidung treffen können.
- Es kann formale bzw. arbeitsrechtliche Schwierigkeiten auf Seiten der Beraterinnen geben (Freistellung, Versicherung u. Ä.)
- Die beteiligten Beraterinnen bedürfen berufspolitisch und finanziell einer besonderen Unterstützung durch ihren Arbeitgeber bzw. durch den Träger der Einrichtung

#### EINZELFALLBEZOGENE ZUSAMMENARBEIT UNABHÄNGIGER STELLEN

Entsprechend den oben beschriebenen Überlegungen wäre es insbesondere für den niedergelassenen Bereich wichtig, nach weiteren Kooperationsmöglichkeiten zu suchen, die auch für nicht spezialisierte Frauenarztpraxen ökonomisch und passend erscheinen. Hier gilt das klassische Modell der ärztlichen Überweisung bzw. Empfehlung, das auch intraprofessionell, zwischen verschiedenen Fachärzten bzw. -ärztinnen, üblich ist, nach wie vor als sinnvoll und zweckmäßig. Dabei muss aber sowohl der Frage nach dem konkreten Überweisungsverhalten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte als auch der Frage, warum Frauen grundsätzlich das Angebot einer psychosozialen Beratung nur selten in Anspruch nehmen, nachgegangen werden.

Grundsätzlich muss man zudem bedenken, dass durch das jeweilige Versorgungsangebot unterschiedliche Gruppen von Patientinnen angesprochen und „ausgewählt“ werden. Die Klinik stellt im medizinischen Sinne bereits eine spätere Versorgungsstufe dar, die ausgewählte Patientinnen (schwerwiegendere medizinische Problematik

und/oder Notlage/Hilfsbedürftigkeit) erreicht. Letztlich sollten die beiden vorgestellten Modelle also nach Möglichkeit parallel zur Verfügung stehen, um zu verhindern, dass eine bestimmte Klientel benachteiligt wird.

Als Zukunftsvision kann aus Sicht des Modellprojekts formuliert werden, dass möglichst viele Gynäkologinnen und Gynäkologen vom Wert psychosozialer Beratung überzeugt sind, aber auch die Schwangeren und ihre Partner wissen, von einer psychosozialen Beratung grundsätzlich profitieren zu können.

Für Ersteres bietet sich an, analog zur psychosomatischen Grundversorgung eine spezifische Qualifizierung zu fordern und zu fördern. Die primären Behandler oder Behandlerinnen – in der Regel wohl die Frauenärztin, der Frauenarzt – müssen einen Bedarf erkennen und abschätzen können, ob sie diesen selbst abdecken können oder eine eigenständige psychosoziale Beratung erforderlich ist. Aber auch wenn ein Hinweis auf psychosoziale Beratung notwendig ist, muss gewährleistet werden, dass dies in einer Form erfolgt, die der individuellen Situation der Patientin bzw. des Paares Rechnung trägt.

Auf politischer Ebene wurde der Wert von Kooperationen, die auch über die Grenzen einzelner Berufsgruppen hinausweisen, für die Versorgungsqualität im Gesundheitswesen ebenfalls erkannt. So kommt z. B. der vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzte Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen<sup>23</sup> zu diesem Schluss und empfiehlt die Förderung entsprechender Maßnahmen.

## DIE RAHMENBEDINGUNGEN KOOPERATIVER SCHWANGERENVERSORGUNG

Damit Kooperation zwischen den an der Schwangerenversorgung beteiligten Berufsgruppen entstehen kann, müssen die Voraussetzungen bzw. die Rahmenbedingungen verbessert werden. Die folgenden Verbesserungsvorschläge, die im direkten Einflussbereich der Ärzteschaft und der psychosozialen Beraterinnen liegen, wurden in den IQZ erarbeitet.

### DER KONTEXT PSYCHOSOZIALER BERATUNG

Ein wichtiger Punkt im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme psychosozialer Beratung betrifft das öffentliche Erscheinungsbild. Wie wird die Einrichtung an sich, wie wird das Beratungsangebot in der Öffentlichkeit wahrgenommen? Welche Möglichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit werden genutzt (Internet, Flyer, Informationsveranstaltungen, Anzeigenwerbung etc.)? Welche Vorstellungen verbinden „Normalbürger“ mit einer psychosozialen Beratung? Wie können Mitarbeiterinnen und Träger von Beratungsstellen deren Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit beeinflussen?

#### ■ Verstärkte Öffentlichkeitsarbeit

Erheblich mehr Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Anhang, Prüfung der Handlungsempfehlungen durch die Moderierenden) als bisher sei nötig, um die Beratungsangebote an Frauen, Paare und Familien heranzutragen, so die einhellige Meinung. Dabei sollte in den Vordergrund gerückt werden, dass psychosoziale Beratung der Schwangeren, dem Paar und dem werdenden Kind zugutekommt. Viel zu selten werde in Betracht gezo-

<sup>23</sup> SVR (2007)

gen, sich während einer Schwangerschaft bei Ängsten, Zweifeln und Unsicherheiten professionelle Hilfe und Unterstützung zu holen. Hier sollte ein Umdenken gefördert werden, ohne die Schwangeren zusätzlich zu ängstigen oder zu beunruhigen.

Des Weiteren könne die Organisation innerhalb einzelner Beratungsstellen optimiert werden. Empfehlungen dazu reichen von der Gestaltung der Öffnungszeiten bis hin zur inhaltlichen bzw. thematischen Spezialisierung einzelner Beraterinnen.

#### ■ Weiterbildung zu PND

Psychosoziale Beraterinnen haben typischerweise nach einem Fach- oder Hochschulstudium der Sozialpädagogik, Sozialarbeit oder Psychologie eine beraterische Zusatzqualifikation erworben. Aufgrund individueller Interessen und spezieller Weiterbildungen, aber auch in Abhängigkeit vom Arbeitsplatz entwickeln sie dann gewisse Schwerpunkte in ihrer Arbeit. Auch die Beratungskompetenzen im Kontext von PND werden durch Zusatzqualifikationen erworben. Wenn sich einzelne Beraterinnen entsprechend weiterqualifiziert haben, sollten sie in ihren Beratungsstellen eindeutig für PND zuständig sein. Sie sollten also auch bei Beratungen hinzugezogen werden oder diese übernehmen können, in denen Klientinnen ursprünglich ein anderes Anliegen vorbrachten und der Beratungsbedarf zum Thema PND erst im Verlauf zur Sprache kommt.

#### ■ Schweigepflichtentbindung

Wenn sich eine Klientin zu einer Beratung entschlossen hat, kann es sinnvoll sein, sie auch in den Beratungsstellen zum geeigneten Zeitpunkt eine Schweigepflichtentbindung unterzeichnen zu lassen, da dies die juristische Voraussetzung für jegliche fallbezogene Kooperation ist. Verschwiegenheit und Vertraulichkeit sind wesentliche Kennzeichen einer psychosozialen Beratung. Werden dabei jedoch andere Fachgebiete berührt, kann die Hinzuziehung einer weiteren Fachperson oder ein Austausch zwischen den Expertinnen und Experten hilfreich sein. Man muss allerdings beachten, dass immer genau angegeben werden muss, wem gegenüber man sich von der Klientin von der Schweigepflicht entbinden lässt. Notfalls müssen im Verlauf eines Beratungsprozesses mehrere Erklärungen unterzeichnet werden. In dringenden Fällen kann eine Schweigepflichtentbindung für den Arzt und die Ärztin auch in der Beratungsstelle aufgesetzt, von der Patientin unterschrieben und dann per Fax an den Arzt bzw. die Ärztin geschickt werden.

Darüber hinaus wurden weitere organisatorische Punkte, die innerhalb von Beratungsstellen oftmals verbessert werden könnten, genannt.

#### WEITERE VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE

- Termine ohne vorherige Vereinbarung ermöglichen
- Telefonische Erreichbarkeit sicherstellen
- Niederschwellige Beratungsangebote einrichten, z. B. auch per Telefon, um die Kontaktaufnahme und Inanspruchnahme zu erleichtern.
- Sowohl gemeinsame als auch Einzelgespräche für Mann und Frau anbieten
- Spezielle Angebote nur für Männer schaffen
- Sonderregelungen schaffen, um eine schnellere Bearbeitung von Anträgen auf finanzielle Zuwendungen in besonderen Härtefällen zu ermöglichen

- Falls eine Klientin aus formalen Gründen ein zweites Gespräch ablehnt, z. B., weil der Weg zu weit oder die Anfahrt zu teuer ist, sollte einmalig mehr Beratungszeit zur Verfügung gestellt werden können
- Schaffung bzw. Optimierung von Verfahren zur Dokumentation psychosozialer Beratungsgespräche
- Einrichtung einer „Hotline“ zu einem Arzt oder einer Klinik, damit sich eine Beraterin schnell und unbürokratisch Unterstützung holen kann

### DER KONTEXT ÄRZTLICHER BERATUNG

Für den Ablauf der medizinischen Beratung gilt in vieler Hinsicht Ähnliches wie für die psychosoziale Beratung. Es ist günstig, wenn die Patientinnen nicht unter Zeitdruck geraten, wenn sie die Möglichkeit haben nachzufragen, d. h. einen leichten Zugang zur behandelnden Ärztin bzw. zum behandelnden Arzt haben, und wenn ihnen auch hier die Möglichkeit gegeben wird, auf der Basis der medizinischen Informationen zu einer eigenen Entscheidung zu gelangen. Darüber hinaus gilt es, die Diagnoseeröffnung „zwischen Tür und Angel“, vor einem Wochenende oder gar auf telefonischem Weg zu vermeiden. Ungünstig ist ferner, wenn sich der Arzt oder die Ärztin hinter medizinischen Fachbegriffen versteckt oder mehr oder weniger sanft Druck ausübt in Richtung der von ihm oder ihr favorisierten Vorgehensweise.

Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass es innerhalb des medizinischen Feldes sehr große Unterschiede in Hinblick auf das Beratungsverständnis und die Durchführung von Beratung gibt. Bei einer allgemeinen gynäkologischen Beratung kann es beispielsweise darum gehen, nach einer festgestellten Schwangerschaft die Frau über den weiteren Ablauf der Schwangerschaft, die üblicherweise vorgesehenen Untersuchungen und deren Sinn und Zweck zu informieren. Bei einer spezifischen Beratung zu einem pränataldiagnostischen Befund muss es dagegen um die Frage der Auftrittswahrscheinlichkeit, das mögliche Erscheinungsbild der Erkrankung, die Prognose und die mögliche Therapie gehen. Demgegenüber können das soziale Umfeld und eine ausführliche Familienanamnese ein zentraler Teil einer humangenetischen Beratung sein.

### VORSCHLÄGE FÜR WEITERE KONKRETE MASSNAHMEN

- Mindestens ein bis zwei Tage Abstand einhalten zwischen dem Gespräch vor der Diagnostik und der Durchführung der diagnostischen Maßnahme
- Ärztliche Beratung über PND und Durchführung der Diagnostik sollten personell getrennt sein
- In Fällen, in denen die Patientin intellektuell oder emotional überfordert zu sein scheint, kann eine explizite und begründete, manchmal vielleicht auch etwas direktive Verweisung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes an eine psychosoziale Beratungsstelle wichtig und auch erfolgreich sein. Dabei ist natürlich besonders darauf zu achten, dass die Patientin dies nicht als „Abschieben“ empfindet.
- Der Zeitpunkt für eine optimale pränataldiagnostische Untersuchung muss von der Pränataldiagnostikerin bzw. vom Pränataldiagnostiker festgelegt werden, auch wenn Patientinnen gern davon abweichen möchten, um möglichst schnell die Phase der Unsicherheit zu beenden

- Nicht nur bei komplexen Befunden oder nach umfangreicheren Beratungen (z. B. in der Humangenetik) sind viele Patientinnen und ihre Partner damit überfordert, alle wesentlichen Aspekte zu verstehen und sich zu merken, um auf dieser Basis in der nächsten Zeit eine tragfähige Entscheidung zu treffen. Für viele wäre ein auch für Laien verständlich formulierter Beratungsbrief eine Hilfestellung, der die wesentlichen Inhalte z. B. einer humangenetischen Beratung samt der dabei behandelten Fakten und Schlussfolgerungen wiedergibt. Auch bei einem auffälligen PND-Befund wäre es eine Unterstützung, wenn einige kurze, schriftliche Erläuterungen mitgegeben würden, die die Betroffene zuhause noch einmal nachlesen oder mit anderen Fachleuten wie z. B. dem „Hausgynäkologen“ besprechen könnte.

#### ■ Unterzeichnetes Protokoll

Noch einen Schritt weiter ginge es, wenn die Inhalte des Aufklärungsgesprächs protokolliert und von den Patientinnen unterzeichnet würden. Das könnte auch den Fall umfassen, dass eine Patientin weitere Untersuchungen ablehnt. Wenn man sich dafür entscheidet, müssen die Gründe für die Erstellung und Unterzeichnung des Gesprächsprotokolls gegenüber der Patientin transparent gemacht und die Vorteile für beide Seiten verdeutlicht werden.<sup>24</sup>

#### ■ Flexibler Umgang mit Rollen

Reflexivität und Sensibilität sind auch nötig, wenn es darum geht, Beratungsgespräche ergebnisoffen zu gestalten. Dies fällt der Ärzteschaft teilweise schwer und hat auch mit einem Rollenkonflikt zu tun: Patienten und Patientinnen möchten einerseits partnerschaftlich und als mündige Personen behandelt werden, andererseits delegieren sie aber gerne Verantwortung an die Ärzteschaft, um „auf den richtigen Weg und an ein gutes Ziel geleitet zu werden“<sup>25</sup>. Die meisten Ärztinnen und Ärzte nehmen diese widersprüchlichen Erwartungen an und pendeln – durchaus mit Ambivalenzen – zwischen den Polen „unbedingte Autorität“ und „neutrale Person“ hin und her.

Für die beiden letztgenannten Aspekte, nämlich den Umfang der Aufklärung und die Definition der eigenen Rolle gegenüber der einzelnen Patientin, lassen sich kaum Routinen entwickeln. Stattdessen müssen diese Entscheidungen immer wieder getroffen werden und können im Einzelfall zu einer persönlichen Belastung für den Arzt oder die Ärztin werden. Dazu kommt, dass die ärztliche Berufsgruppe in diesem Bereich in besonderem Maße mit der Frage nach der eigenen Mitverantwortung über Leben, Leiden und Tod konfrontiert ist. Daraus resultierende innere Konflikte machen zu viele Fachleute immer noch mit sich selbst aus, anstatt eine Form von kollegialem Austausch oder professioneller Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

<sup>24</sup> Ein solches Protokoll könnte eine Vorsichtsmaßnahme zur Vermeidung von Schadensersatzprozessen darstellen, wie sie in letzter Zeit gegen Ärztinnen und Ärzte geführt und gewonnen wurden. Ärztinnen und Ärzte stehen im Konflikt: Sie müssen einerseits umfassend aufklären, sonst drohen ihnen Regressforderungen; sie wollen andererseits aber auch keine unnötigen Ängste bei der Patientin schüren, wenn die Wahrscheinlichkeit für eine Fehlbildung oder Erkrankung beim Fötus relativ gering ist. Sich hier immer wieder neu zu positionieren verlangt von der Ärzteschaft ein hohes Maß an Reflexivität und Sensibilität gegenüber den konkreten Bedingungen des Einzelfalls.

<sup>25</sup> FRIEDRICH et al. (1998)

## DER KONTEXT KOOPERATIVER BERATUNG

Eine erste Voraussetzung für die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Beraterinnen ist das Wissen voneinander. Deswegen sind regionale Verzeichnisse oder Flyer wichtig, in denen alle beteiligten Ärzte, Kliniken, Beratungsstellen und andere mit der Versorgung Schwangerer befasste Einrichtungen aufgeführt sind. Daneben wird aber auch schriftliches Material benötigt, das in Arztpraxen und Kliniken ausgelegt werden kann und das in kurzer und prägnanter Form über Ziele und Vorgehensweisen der psychosozialen Beratung informiert. Es folgen weitere Möglichkeiten, die eine Förderung der Kooperation zum Ziel haben.

### ■ Kontakte schaffen durch Eigeninitiative

Wenn kein gemeinsames Modellprojekt die Kontaktaufnahme zwischen den Berufsgruppen erleichtert, ist es nach den bisherigen Erfahrungen notwendig und sinnvoll, dass die Beraterinnen den ersten Schritt in Richtung Kooperation gehen. Ein beidseitig motiviertes, gegenseitiges Aufeinanderzugehen wäre zwar wünschenswert, kommt aber bisher in der Realität kaum vor. Den Beraterinnen kann daher zum jetzigen Zeitpunkt lediglich empfohlen werden, auf jeden Fall persönlich Kontakt zu den Gynäkologen und Gynäkologinnen ihrer Region aufzunehmen, um sich und ihre Arbeit vorzustellen. Für eine kooperative Beziehung ist es unbedingt erforderlich, dass die Ärzteschaft die Arbeit der Beraterinnen genauer kennen lernt, z. B. auch über das Angebot, an einer psychosozialen Beratung teilzunehmen. Alternativ könnten Beratungsgespräche auf Video aufgezeichnet werden, um sie einer Gruppe von interessierten Ärzten vorzustellen.

### ■ Verweisungspraxis aufbauen

Der persönliche Kontakt ist nicht nur wichtig für den Aufbau einer Vertrauensbeziehung zwischen den Fachleuten. Auch bei der Weiterverweisung einer Patientin an eine psychosoziale Beratungsstelle hat sich gezeigt, dass die Nennung einer konkreten Institution und Person die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die schwangere Frau das Angebot auch tatsächlich wahrnimmt. Weitere Schritte bestünden im Aufbau einer Verweisungsorganisation, d. h. der gemeinsamen Entwicklung einer Form bzw. eines Ablaufs, wie und wann Patientinnen oder Paare zwischen den Professionen, aber auch innerhalb einer Profession weiterverwiesen werden können. An einem Standort des Modellprojekts wurde dazu ein Wochenplan erstellt, in den sich alle beteiligten Beratungsstellen eintragen und aus dem hervorgeht, wer wann kurzfristig für Beratungsgespräche innerhalb einer Klinik zur Verfügung steht.

### ■ Kooperationsmodelle optimieren

Da bei der Betreuung Schwangerer immer wieder gravierende und lebenswichtige Entscheidungen getroffen werden müssen, kann die Nachbesprechung eines Falles mit allen daran beteiligten Fachleuten sehr hilfreich sein. Ein solches Vorgehen schließt im Idealfall auch psychosoziale Beraterinnen, Hebammen und andere Fachleute mit ein. Um eine angemessene Gewichtung der medizinischen und psychosozialen Aspekte zu gewährleisten, könnte die Moderation z. B. von einer neutralen Person oder von einem professionellen Supervisor bzw. einer professionellen Supervisorin durchgeführt werden.

Ideal wäre ein „Case-Manager“, eine Funktion, die es im deutschen Gesundheitswesen allerdings noch nicht oder nur sehr selten gibt. Diese Person dient als Koordinatorin oder Koordinator, wenn mehrere Fachleute gemeinsam mit der Frau/dem Paar die weiteren Wege der Betreuung zu bestimmen versuchen (z. B. Wahl der Einrichtung, wo entbunden wird, Wahl der nachsorgenden Ärztinnen und Ärzte, Beratung bezüglich weiterer Betreuungs- oder Fördereinrichtungen). Im Fall eines Kindes mit Erkrankung oder Behinderung wäre es auch nach der Geburt wünschenswert, wenn an

einer zentralen Stelle alle Informationen zusammenliefern, die die Tätigkeiten der beteiligten Stellen koordinieren würde. Eine Betreuung vor, während und kurz nach der Geburt verlangt ausreichend Zeit. Sicher wäre auch der/die spezialisierte Pränataldiagnostiker/-in grundsätzlich ein geeigneter „Case-Manager“. Eine psychosoziale Beraterin, die den Fall gut kennt, könnte diese Funktion auf jeden Fall auch übernehmen. Unabhängig davon, welches Kooperationsmodell erprobt wird, empfiehlt es sich, die praktische Umsetzung durch kontinuierliche Reflexion im IQZ zu unterstützen.

#### ■ Unterstützung für Migrantinnen

Ein stetig zunehmendes und häufig vernachlässigtes Thema nicht nur im Zusammenhang mit PND ist die Arbeit mit Migrantinnen, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind und/oder das Thema „Schwangerenversorgung“ aus einem völlig anderen kulturellen Blickwinkel betrachten. Viele der genannten Maßnahmen und Empfehlungen sind ohne eine sprachliche Verständigung nicht möglich. Das gilt berufsgruppenübergreifend für alle Formen der Beratung und Versorgung. Die Einbeziehung von kompetenten Dolmetscherinnen und Dolmetschern sollte daher zum Standard werden, um die Qualitätsansprüche erfüllen zu können. Die Einbeziehung von deutschkundigen Ehemännern, Vätern oder anderen Familienangehörigen ist nicht ausreichend, in manchen Fällen sogar kontraproduktiv. Für die konkrete Arbeit vor Ort ist es daher hilfreich, wenn Netzwerke von fremdsprachigen, migrantinnensensiblen Fachleuten, Beratungsstellen und Dolmetscherdiensten entstehen.<sup>26</sup>

## EMPFEHLUNGEN ZUM BERATUNGSPROZESS

Beide Berufsgruppen vertreten unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte in der Beratung, ein konstitutives Element für die Kooperation: Wie bereits beschrieben legt die Ärzteschaft gemäß Richtlinien der BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK)<sup>27</sup> großen Wert auf medizinische Informationen, auf eine umfassende Diagnosemitteilung und medizinische Aufklärung über Risiken und mögliche Fehlbildungen. Fachkräfte in der psychosozialen Beratung legen hingegen großen Wert darauf, die individuellen Bedürfnisse und die Bedeutung der jeweiligen Maßnahme für die Klientin herauszuarbeiten; sie gehen stärker auf die emotionale Situation der Betroffenen ein. Die Schwerpunkte beider Berufsgruppen – Befund vs. Befinden – ergänzen sich sehr gut, insofern eine Berufsgruppe die Themen in der Beratung aufgreift, die in der Beratung der jeweils anderen Gruppe bisweilen zu kurz kommen.

Die Besonderheit der hier zusammengefassten Handlungsempfehlungen besteht in der interprofessionellen Perspektive. Etliche Empfehlungen gelten unabhängig von der Berufsgruppe bzw. sind beiden beruflichen Tätigkeitsfeldern zuzuordnen. Abbildung 5-5 beinhaltet die wichtigsten Handlungsempfehlungen für den Beratungsprozess. In Anlehnung an die zeitliche Gliederung pränataldiagnostischer Untersuchungen und Beratungen – vor und während der Inanspruchnahme sowie nach Erhalt eines pathologischen Befundes – wird der Ablauf einer pränataldiagnostischen Beratung, in der die medizinische und psychosoziale Seite ineinandergreifen und sich ergänzen, idealtypisch dargestellt.

<sup>26</sup> Ein vergleichbares Vorgehen wäre auch angemessen bei Kontakten mit Taubstummten oder Sprachbehinderten. Für sie stellt die Einbeziehung von Gebärdendolmetschern und Gebärdendolmetscherinnen eine große Hilfe dar bzw. ermöglicht eine regelgerechte Behandlung überhaupt erst.

<sup>27</sup> BUNDESÄRZTEKAMMER (Hg.) (1998)

ABBILDUNG 5-5

**HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN**

(zeitlich gegliedert nach Verlauf der Schwangerschaft bzw. nach Zeitpunkten im Verlauf von PND)

Die Schwangerschaft ist bestätigt. Es sind keine Auffälligkeiten erkennbar.	
Für Ärzte/Ärztinnen	Für psychosoziale Beraterinnen
Hinweis auf das Angebot einer psychosozialen Beratung. Erste Informationen über Zweck und Risiken von PND im Rahmen der ärztlichen Aufklärungspflicht.	
Die Schwangerschaft ist bestätigt. Die Frau/das Paar lebt in schwierigen sozialen und/oder finanziellen Verhältnissen.	
Für Ärzte/Ärztinnen	Für psychosoziale Beraterinnen
Empfehlung einer psychosozialen Beratung mit Nennung konkreter Stellen und Beraterinnen.  In einzelnen Fällen direkter Hinweis auf psychosoziale Beratung bis hin zu aktiver Terminvereinbarung durch den Arzt bzw. die Ärztin.	Thematisierung des familiären und sozialen Umfelds.  Information über Hilfsmöglichkeiten und Unterstützungsangebote (finanzielle Hilfen, Dienste, Einrichtungen).
	
Unabhängig von den Berufsgruppen	
Beratungsauftrag klären. Raum für Hintergründe und Motive lassen.  Ausfüllen einer Schweigepflichtentbindung durch die Patientin, wenn weitere Fachleute hinzugezogen werden sollen bzw. wenn sich in einer Beratung die Notwendigkeit für einen Kontakt zwischen den Fachleuten ergibt.	

Weiter nächste Seite

### Die Schwangerschaft ist festgestellt.

- Alter der Frau ist über 35 und/oder
- einer der Partner hat eine Erbkrankheit und/oder
- frühere Fehlgeburt nach auffälligem Befund oder
- andere Indikation für PND

Für Ärzte/Ärztinnen	Für psychosoziale Beraterinnen
<p>Empfehlung einer psychosozialen Beratung zur Klärung der Bedeutung und der Konsequenzen von PND.</p> <p>Überweisung zu einer humangenetischen Beratung. Dokumentation der Beratung.</p> <p>Weiter gehende medizinische Informationen über Chancen und Risiken der PND.</p>	<p>Klärung, welche Bedeutung PND für die Patientin und ihre Einstellung zur Schwangerschaft hat, ggf. auch für die Partnerschaft und die Familie. Potenzielle Behinderung thematisieren. Bedeutung der Erbkrankheit für das Paar thematisieren.</p> <p>Kontaktaufnahme der Beraterin zu Arzt oder Ärztin, wenn die Klientin unklare und angstbesetzte medizinische Themen anspricht (z. B. Angst vor der Amniozentese).</p>
	
Unabhängig von den Berufsgruppen	
Haltung der Schwangeren, des Partners und eventuell des sozialen Umfelds zu Schwangerschaft, PND und möglicher Behinderung des Kindes klären.	
Die Frau willigt in PND ein.	
Für Ärzte/Ärztinnen	Für psychosoziale Beraterinnen
<p>Bestimmung des optimalen Zeitpunktes für PND. Zeitliche und personelle Entzerrung des Beratungsgesprächs vor PND und vor dem Termin der Diagnostik selbst.</p>	<p>Angebote zum Stressabbau während der Wartezeit.</p>
	
Unabhängig von den Berufsgruppen	
Konsequenzen möglicher auffälliger Befunde klären. Erste Aufklärung über eingeleitete Geburt und Schwangerschaftsabbruch nach der 22. SSW.	
Die Frau lehnt eine empfohlene PND ab.	
Für Ärzte/Ärztinnen	Für psychosoziale Beraterinnen
<p>Aufklärung über potenzielle medizinische Folgen und Verläufe.</p>	<p>Angebot zur weiteren Begleitung und Unterstützung.</p>
	
Unabhängig von den Berufsgruppen	
Klärung von Gründen und Motiven bei unbedingter Wahrung von beraterischer Neutralität im Interesse der Autonomie der Patientin/Klientin.	

PND ergibt einen auffälligen Befund. Kind ist erkrankt, aber lebensfähig.	
Für Ärzte/Ärztinnen	Für psychosoziale Beraterinnen
<p>Befundmitteilung mit genügend Raum und Zeit durch Ärztin oder Arzt. Auf Verständlichkeit achten. Zeitdruck nehmen. Schriftliches Material über Krankheitsbild, Therapiemöglichkeiten u. Ä. mitgeben. Einbeziehung von Spezialisten, z. B. aus Pädiatrie oder Humangenetik. Empfehlung einer psychosozialen Beratung. PND-Befunde, die für die Entbindung oder zur Behandlung des Kindes relevant sind, sollten in den Mutterpass eingefügt werden. Direkte Kontaktaufnahme anbieten.</p>	<p>Bedeutung des Befundes für die weitere Lebensplanung klären. Information über alle Formen von Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten (finanzielle Hilfen, Hilfen im Haushalt, Frühförderstellen, Mutter-Kind-Heime).</p>
	
Unabhängig von den Berufsgruppen	
<p>Der Patientin/Klientin Zeit und Raum geben, um offen über ihre Ängste und Empfindungen reden zu können. Partner dabei möglichst einbeziehen. Sensibler Umgang bezüglich der Zumutbarkeit und Detailgenauigkeit von Krankheitsbild und Behandlungsmöglichkeiten. Kontakt zu anderen Betroffenen oder Selbsthilfegruppen anbieten. Verständigung darüber, wer die Rolle der zentralen Ansprechperson für die Betroffenen übernimmt („Case-Manager“).</p>	
PND ergibt einen auffälligen Befund. Kind ist erkrankt und hat nur geringe Überlebenschancen.	
Für Ärzte/Ärztinnen	Für psychosoziale Beraterinnen
<p>Aufklärung über mögliche Verläufe. Bei stationärer Behandlung wenn möglich Verlegung an den Wohnort oder in Wohnortnähe. Empfehlung einer psychosozialen Beratung.</p>	<p>Information über alle Formen von Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten (s. o). Langfristige Begleitung anbieten.</p>
	
Unabhängig von den Berufsgruppen	
<p>Aufklärung über Schwangerschaftsabbruch nach der zwölften SSW (eingeleitete Geburt) bzw. nach der 22. SSW (medizinische Beratung und Klärung der psychosozialen Konsequenzen). Unterstützung zur Bewältigung des Entscheidungskonflikts bei unbedingter Wahrung von Autonomie und Neutralität.</p>	
Fehlgeburt	
Für Ärzte/Ärztinnen	Für psychosoziale Beraterinnen
<p>Grundsätzlich für alle Fälle, in denen ein Kind/Fetus in der Klinik stirbt, Abschiedsrituale in der Klinik ermöglichen.</p>	<p>„Abschied nehmen“ zum Thema machen. Angebot zur Trauerbegleitung.</p>
	
Unabhängig von den Berufsgruppen	
<p>Hinweis auf speziellere Angebote zur Trauerarbeit, z. B. Klinikseelsorge.</p>	

Weiter nächste Seite

### Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten 12 SSW

Unabhängig von den Berufsgruppen

Auf mögliche Folgebelastungen für die Schwangere/das Paar hinweisen.  
Konkrete Hilfsangebote benennen.  
Durchführung der gesetzlich vorgeschriebenen Konfliktberatung.

### Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation

Für Ärzte/Ärztinnen

Bei Abbrüchen nach der 22. SSW für einen respektvollen Umgang des Klinikpersonals mit den Patientinnen sorgen.  
Unterstützungsangebote für Klinikpersonal schaffen.  
Klinikkonferenzen eventuell mit externer Moderation.  
Eventuell Berücksichtigung des „Kieler Modells“ (siehe Fußnote) ermöglichen.



Für psychosoziale Beraterinnen

Begleitung anbieten. Schwangere bei Bedarf zum Eingriff begleiten.  
Auf mögliche Folgebelastungen hinweisen. Intensive Nachbetreuung anbieten, eventuell auch Psychotherapie.

Unabhängig von den Berufsgruppen

Nachbesprechungen mit allen Fachleuten ermöglichen, um den Fall abzuschließen und die Beteiligten zu entlasten.  
Supervision oder andere Formen zur Psychohygiene anbieten.

### Kind stirbt kurz nach natürlicher Geburt.

Unabhängig von den Berufsgruppen

Schaffung von Abschiedsritualen. Hinweis auf spezielle Beratungs- und Therapieangebote für die Patientin/Klientin/das Paar.

### Natürliche Geburt. Kind ist erkrankt. Keine Lebensbedrohung.

Für Ärzte/Ärztinnen

Weiteren Behandlungsverlauf und Prognose erläutern.



Für psychosoziale Beraterinnen

Bedeutung der Erkrankung für die weitere Lebensplanung klären.  
Information über alle Formen von Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten (finanzielle Hilfen, Hilfen im Haushalt, Frühförderstellen, Mutter-Kind-Heime).

Unabhängig von den Berufsgruppen

Verständigung darüber, wer die Rolle der zentralen Ansprechperson für die Betroffenen übernimmt („Case-Manager“).  
Kontakt zu anderen Betroffenen oder Selbsthilfegruppen anbieten; Hinweis auf weitere Beratungs-/Therapieangebote.

\* Das Kieler Modell (v. KAISENBERG et al. 2005) beschreibt eine Vorgehensweise bei Spätabbrüchen von Feten mit einem Gewicht von mehr als 500 Gramm, die eine Überprüfung des Vorgangs durch die Staatsanwaltschaft und eine gerichtsmedizinische Untersuchung beinhaltet. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass sich die durchführenden Ärzte und Ärztinnen rechtlich absichern, gleichzeitig aber auch die Eltern eine relative Gewissheit über die Todesursache und die korrekte Durchführung des Abbruchs erlangen. Die schwierigen fachlichen und ethischen Fragen im Zusammenhang mit einem Spätabbruch werden dadurch weder gelöst noch vermieden.

## PASSUNG VON FALLGESCHICHTEN UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Um die Praxisrelevanz der Handlungsempfehlungen zu verdeutlichen, werden im Folgenden drei Fallgeschichten aufgegriffen, die im Kapitel „Interprofessionelle Qualitätszirkel konkret“ bereits unter einer anderen Perspektive vorgestellt wurden. Die wichtigsten Eckdaten der Fälle werden kurz wiederholt, um anhand dieser Beispiele zu zeigen, wann und wie sich die Handlungsempfehlungen auswirken könnten bzw. wie sie sich ausgewirkt haben. Allgemeine Anmerkungen werden hinzugefügt, um die Konfliktsituation der Beteiligten zu verdeutlichen und die Hintergründe einzelner Maßnahmen sichtbar zu machen.

Mit diesem Kapitel wird einerseits gezeigt, dass es durchaus möglich ist, für den Beratungsprozess im Zusammenhang mit PND allgemein gültige Qualitätskriterien und Verbesserungsvorschläge zu formulieren. Andererseits wird aber auch deutlich, wie komplex und konflikträchtig das Geschehen sein kann. Die Handlungsempfehlungen stellen kein Rezept mit Gelingensgarantie dar, sondern dienen der Orientierung. Jeder Einzelfall verlangt darüber hinaus immer auch ein individuelles Vorgehen und ein Abwägen moralischer und ethischer Belange, nicht nur auf Seiten der Schwangeren und ihres Partners, sondern auch auf Seiten aller beteiligten Fachpersonen.

## BEISPIEL 1: AUSTRAGEN DER SCHWANGERSCHAFT TROTZ LETALER PROGNOSE

(siehe auch „IQZ konkret“, Beispiel 1, S. 70)

Dieses Beispiel wurde ausgewählt, um zu zeigen, wie die Berücksichtigung der Handlungsempfehlungen den Verlauf hätte positiv beeinflussen können.

### FALL

Während eines Routine-Ultraschalls wurde ein Nackenödem festgestellt, von dessen Ausprägung her mit großer Wahrscheinlichkeit von einer Erkrankung des Kindes ausgegangen werden musste.

#### HANDLUNGSEMPFEHLUNG

- Bereits zu diesem frühen Zeitpunkt sollte eine psychosoziale Beratung angeboten werden

#### Anmerkung

Die Auseinandersetzung mit den eigenen Wünschen und Hoffnungen sowie den möglichen Folgen für die weitere Lebensplanung der Schwangeren kann hilfreich für den folgenden Entscheidungsprozess und die Verarbeitung des Geschehens sein.

### FALL

Im konkreten Fall wurde sofort eine Chorionzottenbiopsie vorgeschlagen. Im Beratungsgespräch vor diesem Eingriff ging der Arzt ausschließlich auf die wahrscheinlichsten Befunde bzw. auf mögliche Erkrankungen ein. Er beließ es aber nicht bei einer Beschreibung des Krankheitsbildes, sondern schlug darüber hinaus eine sofortige stationäre Aufnahme vor, um im Falle eines auffälligen Befundes den Abbruch umgehend durchführen zu lassen.

#### HANDLUNGSEMPFEHLUNG

- Schwangeren und ihren Partnern sollte der Zeitdruck genommen werden. Dazu gehört, dass man ihnen deutlich macht, dass keine Notwendigkeit besteht, die Entscheidung innerhalb von 24 Stunden zu treffen.

#### Anmerkung

Die Betroffenen müssen ein Gefühl für die Zeit entwickeln, die sie für eine Entscheidung benötigen. Manche müssen zunächst trauern, andere benötigen nach einem Abbruch viel Zeit, um Abschied zu nehmen. Je mehr es gelingt, die Betroffenen auf ihrem eigenen Weg und in ihrem individuellen Tempo zu unterstützen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer guten Verarbeitung.

### FALL

Im genannten Beispiel waren beide Partner Ärzte und hatten keine Schwierigkeiten, den Befund, das Krankheitsbild und die Prognose zu verstehen. Sie konnten sich auf ihren Entscheidungskonflikt konzentrieren. Hätten die Betroffenen nicht über das entsprechende medizinische Wissen verfügt und hätten sie sich dem Rat des Arztes nicht widersetzt, wäre es mit großer Sicherheit nicht zu einem Austragen der Schwangerschaft gekommen.

**HANDLUNGSEMPFEHLUNG**

- Eine professionell unterstützte Auseinandersetzung erhöht die Wahrscheinlichkeit, zu einer tragfähigen Entscheidung zu gelangen. Im Rahmen einer psychosozialen Beratung erhält das Paar Zeit und Raum für eine Klärung, die möglichen Optionen können deutlich herausgearbeitet werden, der Prozess wird insgesamt verlangsamt, geordnet und begleitet.
- Um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass Betroffene in einer Ausnahmesituation das Angebot einer psychosozialen Beratung auch tatsächlich wahrnehmen, sollten feste Kooperationsstrukturen zwischen Ärzteschaft und Beratungsstelle existieren. Zumindest sollte der Patientin eine bestimmte Beratungsstelle oder auch eine bestimmte Beraterin von ihrem behandelnden Arzt/der Ärztin genannt werden.

Anstatt die Neutralität zu wahren und die Autonomie der Patienten zu respektieren, reagierte der Arzt aggressiv und vorwurfsvoll auf den Wunsch des Paares, die Schwangerschaft auszutragen. Das Beratungsgespräch wurde daraufhin beendet, weitere Kontakte fanden nicht statt.

FALL

**HANDLUNGSEMPFEHLUNG**

- Wenn ein Paar sich entscheidet, die Schwangerschaft trotz eines hohen Erkrankungsrisikos auszutragen, muss es intensiv medizinisch betreut werden. Eventuell sollten Fachkräfte aus anderen Fachbereichen (Humangenetik, Pädiatrie und Neonatologie) hinzugezogen werden.
- Hilfreich ist, wenn es eine zentrale Ansprechperson – im Sinne eines „Case-Managers“ – gibt, die den Betroffenen, aber auch den in den Fall involvierten Fachleuten zur Verfügung steht

Im geschilderten Fall kam das Kind vorzeitig durch eine spontane Geburt in einer Klinik zur Welt; es verstarb kurz darauf.

FALL

**HANDLUNGSEMPFEHLUNG**

- Auch in solchen Fällen sollten Eltern die Gelegenheit haben, das Kind gleich nach der Geburt im Arm zu halten und, wenn gewünscht, taufen zu lassen. Besonders wichtig ist die Möglichkeit, sich in Ruhe von ihrem Kind verabschieden zu können.

## BEISPIEL 2: PROBLEME DER INDIKATIONSSTELLUNG BEI AUFFÄLIGEM BEFUND

(s. auch „IQZ konkret“, Beispiel 3, S. 95)

Dieses Beispiel zeigt Möglichkeiten zur Entlastung der beteiligten Fachpersonen.

### FALL

Die ungeplante Schwangerschaft einer Frau wurde erst nach der 20. SSW festgestellt. Relativ unspezifische Verdachtsmomente führten zu einem feindiagnostischen Ultraschall und daraufhin zu invasiven Maßnahmen, die eine Trisomie 18 des Kindes bestätigten.

#### HANDLUNGSEMPFEHLUNG

- In medizinischen Beratungsgesprächen informiert der Arzt/die Ärztin die Patientin über das Krankheitsbild und die Prognose bei einer diagnostizierten Erkrankung
- Er/sie weist die Patientin auf die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung hin

#### Anmerkung

Die wichtigste Funktion der medizinischen Beratung besteht darin, den Betroffenen die Diagnose zu erklären und sie über Chancen und Risiken einzelner Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären. Aus Sicht der Betroffenen stellen sich die Fragen meist etwas anders, beispielsweise: Ist das Abortrisiko bei einer Amniozentese für mich vertretbar? Was bedeutet es, wenn die Wahrscheinlichkeit einer Trisomie 18 erhöht ist? Falls mein Kind tatsächlich davon betroffen sein sollte, wie wird sein zukünftiges Leben dann aussehen? Wie sehr wird es leiden müssen? Was bedeutet die Erkrankung für mich und meine Familie? Zentral sind für die Betroffenen nicht unbedingt die einzelnen Fakten, sondern die subjektive Bedeutung, die den Informationen gegeben wird, das Bild oder die Vorstellung, die man sich selbst macht und die damit einhergehenden Emotionen. Gerade für Letzteres ist in einer psychosozialen Beratung mehr Raum.

### FALL

Die Patientin war gar nicht an Aufklärung und Information interessiert, sondern zeigte sich entschlossen, die Schwangerschaft abzuberechen. Auch die Hinweise auf die fortgeschrittene Schwangerschaft und die Notwendigkeit eines Fetozids vor einem Spätabbruch ließen sie nicht zweifeln, sie bestand vielmehr darauf zu erfahren, wo sie den Abbruch durchführen lassen könnte, und ignorierte den Hinweis auf eine psychosoziale Beratung.

#### HANDLUNGSEMPFEHLUNG

- Auch bei Patientinnen, die fest entschlossen wirken, ist ein weitergehendes Beratungsangebot angebracht. Denkbar ist z. B. ein gemeinsames Gespräch mit Arzt/Ärztin und psychosozialer Beraterin.

In beiden Berufsgruppen muss damit gerechnet werden, dass ein fest vorgetragener und deutlich vertretener Entschluss nicht der inneren Verfassung einer Patientin entspricht. Die Wirkung nach außen kann auch die Folge eines vorschnellen und unüberlegten Entschlusses sein, bedingt durch das Motiv, Zweifel gar nicht erst aufkommen zu lassen. Ein weiter gehendes Beratungsangebot hat natürlich nicht das Ziel, die Patientin umzustimmen. Es geht vielmehr darum, mit ihr zusammen die verschiedenen Möglichkeiten genauer zu prüfen.

Bei einem auffälligen Befund bzw. einer klar diagnostizierten Behinderung befürchten viele Betroffene, mit einem behinderten Kind alleingelassen zu werden. Die meisten wissen nicht, dass es in solchen Fällen finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten, aber auch Haushaltshilfen, Betreuungsmöglichkeiten u. Ä. gibt. Selbst die Suche nach Adoptionsfamilien kann nicht von vornherein als aussichtslos angesehen werden. Die Erfahrung zeigt, dass es durchaus Familien gibt, die ein behindertes Kind in Pflege nehmen oder gar adoptieren möchten. Es kann für Eltern, die sich im Zwiespalt befinden, auch hilfreich sein, wenn sie behutsam an die Möglichkeit herangeführt werden, Kontakt aufzunehmen mit Familien, die ein vergleichbar behindertes Kind haben.

Nach schwierigen klinikinternen Abstimmungen wurde im vorliegenden Fall ausnahmsweise einem Fetozyd zugestimmt.

FALL

#### HANDLUNGSEMPFEHLUNG

- Die Begutachtung durch eine externe Expertin oder einen Experten sichert alle Beteiligten zusätzlich ab

Im geschilderten Beispiel befasste sich eine Humangenetikerin als externe Gutachterin mit dem Fall. Sie kam zu dem Schluss, dass von medizinischer Seite keine Einwände bestünden, die Entscheidung der Frau und ihres Partners erschien tragfähig. Nach Durchführung des Spätabbruchs wurde ein kurzes, abschließendes Gespräch zwischen Arzt und Patientin geführt.

#### HANDLUNGSEMPFEHLUNG

- Auch zu diesem Zeitpunkt ist in Anbetracht möglicher Folgebelastungen das Angebot zu weiteren Unterstützungsmaßnahmen angebracht
- Aufgrund der besonderen Belastung für die Klinikumsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter sind Maßnahmen zu deren Psychohygiene notwendig, wie z. B. Supervision oder Balint-Gruppen

### BEISPIEL 3: BEWÄLTIGUNG EINES SPÄTABBRUCHS INFOLGE SCHWERER FEHLBILDUNGEN DES KINDES

(s. auch „IQZ konkret“, Beispiel 5, S. 116)

Dieser Fall wurde als Beispiel für einen vielschichtigen Beratungsprozess mit gelungener Kooperation ausgewählt. Verlauf und Handlungsempfehlungen werden daher gemeinsam dargestellt, da der tatsächliche Verlauf weitgehend den Empfehlungen entspricht.

#### FALL

Eine junge Frau kommt zu Beginn ihrer Schwangerschaft zur Beratungsstelle, um sich über die Möglichkeit finanzieller Hilfen zu informieren.

#### Anmerkung

Beim Besuch einer Beratungsstelle werden von den Ratsuchenden häufig erst einmal Bitten um finanzielle Hilfen oder Sachunterstützungen als Beratungsanlass vorgebracht, rechtliche Aspekte werden angesprochen oder Hilfen im Umgang mit Ämtern erbeten. Persönliche Konflikte wie z. B. die Frage, ob ein Kind wirklich gewollt wird, ob der Partner Unterstützung bietet oder auf Abbruch drängt, die Sorge um die Gesundheit des Kindes oder auch die Scham, weil man die Ausführungen des Arztes nicht verstanden hat und nicht wagte nachzufragen, werden oft nicht explizit thematisiert. Diese Gesichtspunkte werden häufig „zwischen-drin“ und „nebenbei“ erwähnt; manchmal gar nicht, manchmal erst in einem zweiten oder dritten Gespräch. Solche Schwierigkeiten betreffen allerdings nicht nur die Beratungsstellen, sondern auch die Ärztinnen und Ärzte in Kliniken und Praxen.

#### FALL

Im weiteren Verlauf der Schwangerschaft überwies die behandelnde Gynäkologin die Schwangere an einen Pränataldiagnostiker, der Spina bifida diagnostizierte. Das Kind könne durchaus lebensfähig sein, voraussichtlich sei aber mit schweren Beeinträchtigungen zu rechnen.

#### HANDLUNGSEMPFEHLUNG

- Der Pränataldiagnostiker/die Pränataldiagnostikerin zieht einen Kinderarzt/eine Kinderärztin hinzu, um den Befund bestätigen zu lassen
- Der Gynäkologe/die Gynäkologin empfiehlt eine psychosoziale Beratung
- Die Beraterin ermöglicht einen Termin am nächsten Tag und berät die Frau und ihren Partner im Paargespräch

#### Anmerkung

Häufig hat der Partner einen großen Einfluss auf die Einstellungen und Entscheidungen der Schwangeren im Zusammenhang mit PND. Aber auch die Herkunftsfamilien oder andere nahestehende Personen können eine große Rolle spielen, wenn es um die Durchführung einer pränataldiagnostischen Maßnahme oder um die Entscheidung geht, nach einem auffälligen Befund die Schwangerschaft fortzusetzen oder zu beenden. Für das weitere Zusammenleben kann es äußerst wichtig sein, dass diese Personen eine Entscheidung mittragen und sich in der Verantwortung für das aktuelle und zukünftige Geschehen fühlen.

Auch wenn die Partner nur kurzzeitig oder einmalig in die Beratung einbezogen werden, kann dabei in Erfahrung gebracht werden, wie sie zu den möglichen Entscheidungen stehen.

Eine intensive Auseinandersetzung mit den potenziellen Folgen der Diagnose, mit dem bestehenden Kinderwunsch des Paares und mit dem Thema Abschied und Tod bewirkte, dass das Paar sich nach langem Ringen zu einem Schwangerschaftsabbruch nach der zwölften SSW entschloss. Bereits die Beraterin informierte das Paar über den Ablauf des Abbruchs. Die medizinische Beratung und der Abbruch selbst wurden kurz darauf in einer Klinik durchgeführt. Drei Tage später erschien die Frau bei ihrer Gynäkologin zu einem weiteren Gespräch.

FALL

#### HANDLUNGSEMPFEHLUNG

- Die Ärztin/der Arzt empfiehlt, den Kontakt zur psychosozialen Beraterin wieder aufzunehmen. Die Beratungsstellen stehen auch bei Folgebelastungen zur Verfügung und können längerfristige Beratungsprozesse ermöglichen.
- Im Verlauf der Beratung wird auch der Partner mit einbezogen

Nach einem durchaus schwierigen Verlauf mit einigen Rückschlägen für die Klientin wurde die Beratung mehrere Monate später beendet.

FALL

Diese Fallgeschichte gilt vor allem wegen der stimmigen Einbeziehung weiterer Fachleute und der unproblematischen Zusammenarbeit als Beispiel einer gelungenen Kooperation.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Abschließend werden die wichtigsten Handlungsempfehlungen, die aus der Projektarbeit generiert werden konnten und mit den Moderierenden abgestimmt wurden (kommunikative Validierung), stichwortartig zusammengestellt. Es wird dabei unterschieden zwischen grundsätzlichen Empfehlungen für die Betreuung Schwangerer und Empfehlungen für Fälle mit auffälligem oder Besorgnis erregendem pränataldiagnostischen Befund. In Klammern wird vermerkt, welche Berufsgruppe in erster Linie für die Umsetzung verantwortlich sein sollte (Ä = Ärztinnen und Ärzte, PB = psychosoziale Beratung).

### IM MODELLPROJEKT ERARBEITETE ALLGEMEINE EMPFEHLUNGEN FÜR EINE GANZHEITLICHE UND KOOPERATIVE SCHWANGERENBETREUUNG

- Psychosoziale Beratung frühzeitig (am besten vor PND) anbieten, damit sich Betroffene möglichst früh informieren und sich „besser“, „bewusster“ entscheiden können (Ä)
- Sensibel auf Anlässe achten, die eine Vermittlung zu einer psychosozialen Beratungsstelle notwendig machen (Ä)
- Der Patientin eine bestimmte psychosoziale Beratungsstelle und eine konkrete Beraterin nennen (Ä)
- Faltblätter, Infomaterial, regionale Verzeichnisse erstellen, um Betroffene auf psychosoziale Beratung hinzuweisen und sie bei der Suche zu unterstützen (PB)
- Niederschwelligkeit und Flexibilität der Beratungsangebote gewährleisten (PB)
- Zu Beginn Beratungsauftrag klären (PB)
- Eine Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht unterschreiben lassen, bevor Kontakt zu anderen Fachleuten aufgenommen wird (Ä, PB)
- Patientin/Ratsuchenden Raum und Zeit für eigene Anliegen, Zweifel, Ängste und Entscheidungsfindungen geben (PB, Ä)
- Eigenverantwortlichkeit und Autonomie der Patientin/der Ratsuchenden stützen (PB, Ä)
- Beratungsprozess soll möglichst nicht direktiv gestaltet werden und zu einer tragfähigen Entscheidung führen (PB, Ä)
- Partner der Schwangeren in die Beratung einbinden. Das soziale Umfeld zum Thema machen (PB)
- Bei Verweigerung einer Therapie oder einer Anweisung des Arztes mögliche Hintergründe erfragen und psychosoziale Beratung anbieten (Ä)
- Vorsichtiger Umgang mit noch unklaren Befunden. Auch kleinere Hinweise müssen angesprochen werden, allerdings ohne die Patientin zu verängstigen (Ä)
- Auf mögliche Schnittstellen zu anderen Berufsgruppen achten, die ebenfalls mit Schwangeren, Neugeborenen und/oder Familien in besonderen Lebenslagen befasst sind (PB, Ä)
- Beratungsgespräche unter Einbeziehung eines Dolmetschers oder einer Dolmetscherin durchführen, wenn die Patientin über keine ausreichenden Deutschkenntnisse verfügt. Verweisung an entsprechend qualifizierte Beratungsstellen oder Arztpraxen mit mehrsprachigem Fachpersonal (PB, Ä).

### IM MODELLPROJEKT ERARBEITETE EMPFEHLUNGEN FÜR EINE GANZHEITLICHE UND KOOPERATIVE SCHWANGERENBETREUUNG NACH EINEM AUFFÄLLIGEN PRÄNATALDIAGNOSTISCHEN BEFUND

- Befundmitteilung immer durch Arzt/Ärztin, nicht „zwischen Tür und Angel“, nicht telefonisch und nicht vor einem Wochenende (Ä)
- Nach auffälligem Befund den Zeitdruck nehmen. Deutlich machen, dass keine Notwendigkeit besteht, innerhalb kürzester Zeit eine Entscheidung zu treffen (Ä).
- Den Patientinnen/Klientinnen ein möglichst konkretes Bild der Konsequenzen von auffälligen Befunden vermitteln (Behandlungsmöglichkeiten, Krankheitsbild, Unterstützungsmöglichkeiten; Folgen für Kinderwunsch, Paarbeziehung, Familie) (Ä, PB)
- Kontakt mit anderen Betroffenen oder Selbsthilfegruppen anbieten (Ä, PB)
- Grundsätzlich Bedenkzeit zwischen Diagnosestellung und Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs schaffen (Ä)
- Frauen und Paaren, die bei belastenden Befundmitteilungen nicht aufnahmefähig sind, schriftliche Erläuterungen zum Befund und zu den Entscheidungsmöglichkeiten mitgeben. Außerdem sollten in diesen Fällen immer weitere Gespräche angeboten werden. Schwierig ist aber, zu entscheiden, wie viele Informationen, welche Art der Ansprache und wie viel Fachsprache für welche Patienten angemessen oder hilfreich sind (Ä).
- PND-Befunde, die für die weitere Behandlung von Bedeutung sind, in den Mutterpass einfügen (Ä)
- Schriftliche Informationen zum Schwangerschaftsabbruch mitgeben (Ä)
- Vor einem Schwangerschaftsabbruch nach der zwöften bzw. 22. SSW genaue Aufklärung über Abläufe, Vorgehensweise und mögliche Konsequenzen (z. B. Fetozid, Überleben des Kindes) (Ä)
- Nach Möglichkeit Aufklärungsgespräche vollständig protokollieren (Ä)
- Betroffene vor Abbruch auf mögliche emotionale Folgebelastungen hinweisen und ihnen in solchen Fällen explizit das Aufsuchen einer psychosozialen Beratung empfehlen (Ä)
- In den Kliniken Rituale zum Abschiednehmen schaffen und aktiv anbieten (Ä, PB)

### HINWEISE ZUR REICHWEITE DER HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Zur Vermeidung von Missverständnissen soll noch einmal der Bezug und die Reichweite der im Modellprojekt entwickelten Handlungsempfehlungen deutlich gemacht werden. Nicht beabsichtigt ist die Aufstellung eines Ablaufmanuals, das dann nur noch routiniert Punkt für Punkt abgearbeitet werden soll. Die in diesem Zusammenhang erforderlichen Unterscheidungen verlangen auch eine Bezugnahme auf Begriffe aus der Qualitätszirkelkonzeption.

1. Die Fallvorstellungen im Qualitätszirkel führen zu gezielten Vorschlägen für das weitere Vorgehen. Diese beziehen sich auf die konkrete Beziehung zwischen Professionellen und einer bestimmten Klientin bzw. einem Paar. Die Verbindlichkeit bezüglich der Umsetzung liegt in der Verantwortung des/der Fallvorstellenden, der/die anschließend im Zirkel über den weiteren Verlauf informiert. Ergebnisse dieser Art sind in jedem IQZ zu erwarten.
2. Insoweit die Fallvorstellung exemplarischen Charakter besitzt, lassen sich fallübergreifende interne Leitlinien ableiten, die idealerweise am Ende eines jeden IQZ-Treffens festgehalten werden. Sie können auf gleichartige Handlungssituationen desselben Professionellen oder auch anderer Teilnehmender des IQZ angewendet werden. Diese internen Leitlinien haben einen etwas geringeren Grad der Verbindlichkeit als die unmittelbar am Fall erarbeiteten Vorschläge, da deren jeweilige fallbezogene Angemessenheit erst noch geklärt werden muss. Im Verlauf eines Qualitätszirkels kann und soll es zu einer Verdichtung bzw. Weiterentwicklung der fallübergreifenden internen Leitlinien kommen, so dass diese am Ende eines Qualitätszirkelzyklus insgesamt zusammengefasst werden können. Ergebnisse dieser Art sind in jedem systematisch arbeitenden IQZ zu erwarten. Sie werden aber nicht immer explizit: Im Modellprojekt übernahm die wissenschaftliche Begleitung einen Teil der Explikation.

3. Einige Themen und Problemkonstellationen wurden in den am Projekt beteiligten IQZ in ähnlicher Weise bearbeitet und führten – mit Variationen, die in den jeweiligen regionalen Besonderheiten begründet liegen – zu vergleichbaren Lösungsvorschlägen. Eine zirkelübergreifende Auswertung ist schon aufgrund der Datenlage nicht vom IQZ selbst zu erwarten. Im Modellprojekt wurde sie in erster Annäherung über den Austausch der Moderierenden in den Begleitseminaren und in systematischer Form durch die Begleitforschung sichergestellt. Die auf diese Weise herausgearbeiteten Lösungsvorschläge können als zirkelübergreifender Konsens verstanden werden, der selbstverpflichtend wirkt und Ausdruck des jeweiligen professionellen Selbstverständnisses ist. Diese im Projektrahmen erarbeiteten Vorschläge für eine gute professionsübergreifende Beratungspraxis werden von den am Projekt Beteiligten als Handlungsempfehlungen formuliert. Vor deren Hintergrund können auch andere im Kontext von PND Tätige ihre Beratungspraxis kritisch reflektieren und strukturieren und damit eine Hilfe bei der Entwicklung eigener interner Leitlinien erfahren. Die Moderatorinnen und Moderatoren wiesen in der Nachbefragung zu den Handlungsempfehlungen darauf hin, dass die IQZ-Arbeit erst die Voraussetzungen dafür geschaffen habe, dass ein Großteil der Handlungsempfehlungen umsetzbar sei. Sie ersetzen ihrer Meinung nach nicht die konkrete Auseinandersetzung über die eigene Beratungspraxis mit anderen vor Ort Tätigen in einem IQZ. Dieser ermögliche es, Wissen über die Tätigkeit der anderen Berufsgruppe und das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen den Fachleuten aufzubauen, wenn es darum gehe, was erforderlich sei, um Empfehlungen zu realisieren, die über den eigenen Fachbereich hinausreichen. In einer Situation, in der ein Fehlen berufsübergreifender Qualitätskriterien beklagt wird und von verschiedenen Seiten gefordert wird, alle am Versorgungsgeschehen beteiligten Berufsgruppen in die Erstellung von Leitlinien einzubeziehen<sup>28</sup>, können diese Handlungsempfehlungen orientierenden Charakter besitzen, auch wenn sie natürlich nicht die Verbindlichkeit von Leitlinien beanspruchen können, wie sie z. B. von der ARBEITSGEMEINSCHAFT WISSENSCHAFTLICHER MEDIZINISCHER FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF) verabschiedet werden.

<sup>28</sup> SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN (SVR) (2007), S. 20, 27

# Anhang

## PRÜFUNG DER HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DURCH DIE MODERIERENDEN – VORGEHENSWEISE, AUSWERTUNG UND ERGEBNISSE

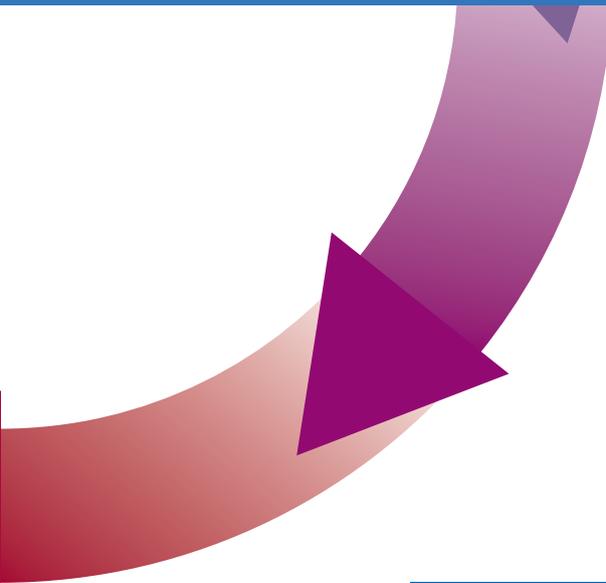
309

Auswertung der geschlossenen Fragen	309
Auswertung der offenen Fragen	314

## INSTRUMENTE DER BEGLEITFORSCHUNG

315

Fragebogen der Projektgruppe Heidelberg	315
1. Soziodemografische Merkmale	315
2. Strukturelle Merkmale der Beratung	315
3. Einstellungs- und Beziehungsmerkmale	315
4. Berufliche Stereotypen	316
Fragebogen der Projektgruppe Göttingen	317
Teilnehmende Beobachtung und Dokumentation der Qualitätszirkel	318
Kurzbeurteilungen der Teilnehmenden und Moderierenden	319
Protokolle der Qualitätszirkelsitzungen	319
IQZ-Check	320
Evaluation der Begleitseminare	320



**ONLINE-DOKUMENTE**

**321**

- Materialien der Begleitforschung 321
- Materialien zur praktischen Durchführung von IQZ 321

**ÜBERSICHT ÜBER DIE BEARBEITETEN FALLVORSTELLUNGEN ALLER STANDORTE**

**322**

- Standort A–F 322

**LITERATUR**

**341**



## PRÜFUNG DER HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DURCH DIE MODERIERENDEN – VORGEHENSWEISE, AUSWERTUNG UND ERGEBNISSE

Zusammen mit einem Fragebogen zur Evaluation der Handlungsempfehlungen wurden die von der wissenschaftlichen Begleitung systematisch zusammengefassten Handlungsempfehlungen an die 16 Moderatoren und Moderatorinnen der sechs Standorte verschickt. Die Rückmeldung konnte anonym oder namentlich gekennzeichnet erfolgen. Wer sich nicht beteiligen wollte, wurde gebeten, den Bogen unbeantwortet zurückzusenden.

Von den 16 Moderierenden antworteten zwölf: neun Personen aus dem Bereich der psychosozialen Beratung, drei Personen aus dem Bereich der Medizin. Zwei Personen schickten den Fragebogen unbeantwortet zurück, zwei weitere Personen reagierten auch nach einem Erinnerungsschreiben nicht. Insgesamt ergibt sich somit eine Rücklaufquote von 75 %. Der Rücklauf aus dem psychosozialen Bereich liegt bei 82 % (neun von elf Personen), der Rücklauf aus der Ärzteschaft bei 60 % (drei von fünf Personen).

### AUSWERTUNG DER GESCHLOSSENEN FRAGEN

In der folgenden Auswertung erfolgen die Angaben in den Abbildungen jeweils in absoluten Zahlen.

#### FRAGE 1: WIE BEURTEILEN SIE GENERELL DEN WERT DER HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR FACHPERSONAL IM KONTEXT VON PND?

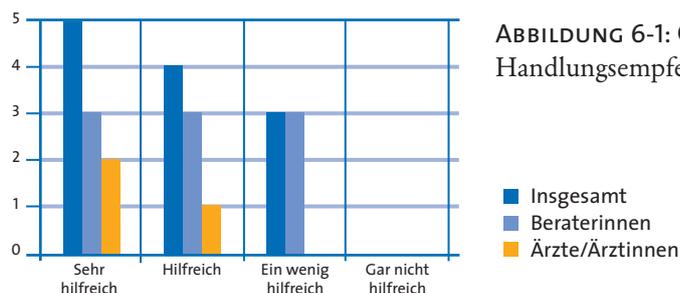


ABBILDUNG 6-1: Genereller Wert der Handlungsempfehlungen

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

Die Gesamteinschätzung zeigt, dass neun von zwölf Personen die Handlungsempfehlungen als „sehr hilfreich“ bzw. „hilfreich“ für die Arbeit im Kontext von PND bewerteten. Da mit der Aussage „ein wenig hilfreich“ auch ein positives Votum abgegeben wird, kann von einer durchgängig hohen Zustimmung ausgegangen werden.

**FRAGE 2: IN WELCHEM AUSMASS SIND SIE MIT DEN EMPFEHLUNGEN EINVERSTANDEN?**

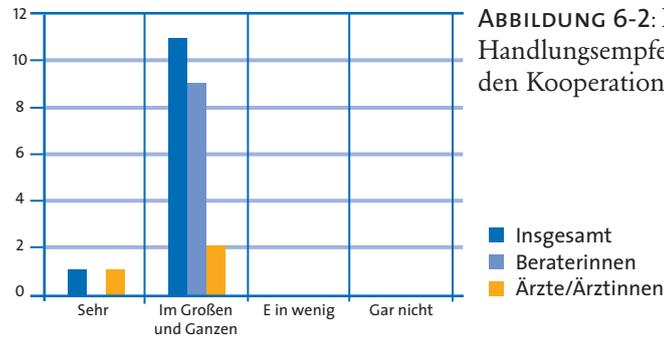


ABBILDUNG 6-2: Einverständnis mit den Handlungsempfehlungen zu grundlegenden Kooperationsmodellen

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

**FRAGE 3 BIS 8: IN WELCHEM AUSMASS SIND SIE EINVERSTANDEN MIT DEN EMPFEHLUNGEN BEZÜGLICH DER RAHMENBEDINGUNGEN KOOPERATIVER SCHWANGERENVERSORGUNG?**

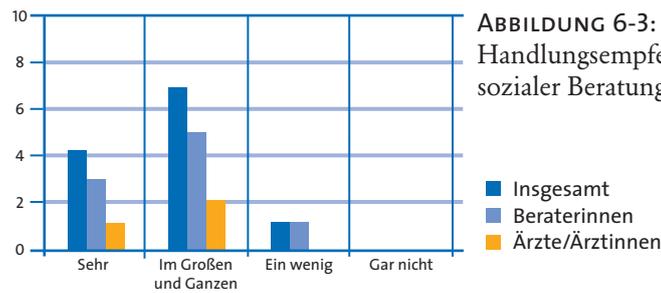


ABBILDUNG 6-3: Einverständnis mit den Handlungsempfehlungen zu psychosozialer Beratung

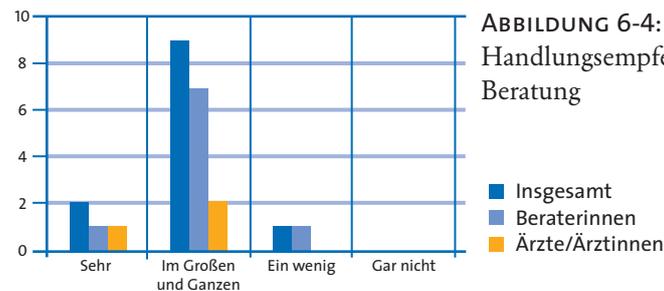


ABBILDUNG 6-4: Einverständnis mit den Handlungsempfehlungen zu medizinischer Beratung

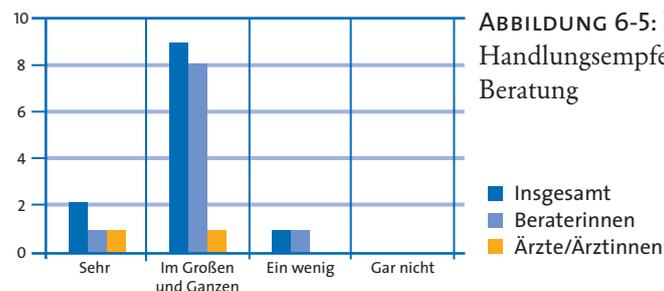


ABBILDUNG 6-5: Einverständnis mit den Handlungsempfehlungen zu kooperativer Beratung

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

Das Thema „Kooperation“ stand häufig im Fokus des Modellprojekts. Dabei wurde häufig die Meinung geäußert, eine verbesserte Kooperation sei der entscheidende Schlüssel für eine bessere Schwangerenversorgung, die Kooperation sei aber schwierig herzustellen. Dieser Zwiespalt trägt vermutlich dazu bei, dass die deutliche Mehrheit sich nur „im Großen und Ganzen einverstanden“ zeigte mit allen vier Aussagen zu den Empfehlungen zur Kooperation. Die Moderatoren und Moderatorinnen baten darum, im Rahmen der Handlungsempfehlungen die möglichen Kooperationspartner vollständig aufzulisten und ihre Angebote konkreter zu benennen. In diese Liste sollte auch die Klinikseelsorge aufgenommen werden.

Auch auf die folgenden Fragen zur Bewertung der Empfehlungen für die inhaltliche Gestaltung des Beratungsprozesses gab es überwiegend zustimmende Antworten; allerdings beantworteten eine oder zwei Personen einzelne Fragen nicht. Erwartungsgemäß wurden zu diesem Themenblock die meisten inhaltlichen Anmerkungen und Korrekturvorschläge gemacht, die dann auch eingearbeitet wurden. Vor allem wurde dafür plädiert, das Vorgehen rund um die Schweigepflichtentbindung nicht stringent, sondern äußerst sensibel und mit Rücksicht auf den Verlauf des jeweiligen Falles zu handhaben.

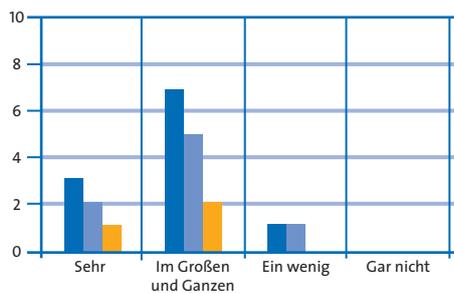


ABBILDUNG 6-6: Einverständnis mit den Handlungsempfehlungen zur inhaltlichen Gestaltung des Beratungsprozesses

■ Insgesamt  
 ■ Beraterinnen  
 ■ Ärzte/Ärztinnen  
 Keine Angabe: 1

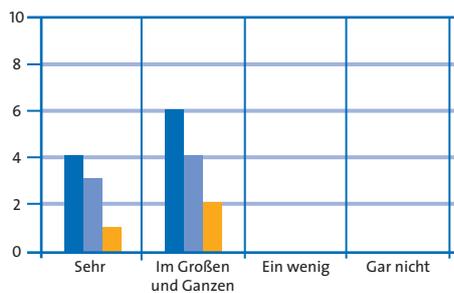


ABBILDUNG 6-7: Einverständnis mit den allgemeinen Handlungsempfehlungen für ganzheitliche und kooperative Schwangerschaftsbetreuung

■ Insgesamt  
 ■ Beraterinnen  
 ■ Ärzte/Ärztinnen  
 Keine Angabe: 2

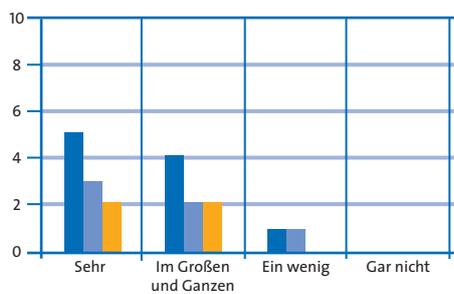


ABBILDUNG 6-8: Einverständnis mit den Handlungsempfehlungen für die ganzheitliche und kooperative Schwangerschaftsbetreuung nach einem auffälligen pränataldiagnostischen Befund

■ Insgesamt  
 ■ Beraterinnen  
 ■ Ärzte/Ärztinnen  
 Keine Angabe: 2

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

**FRAGE 9 UND 10: WIE BEURTEILEN SIE DIE PRAXISRELEVANZ DER HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN?**

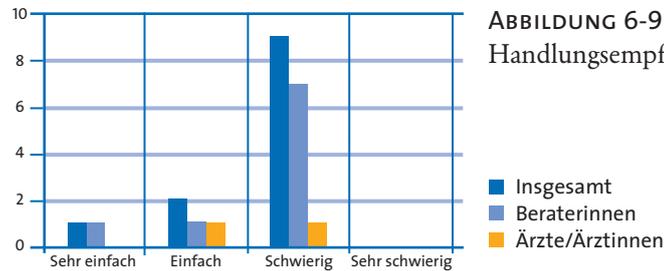


ABBILDUNG 6-9: Umsetzbarkeit der Handlungsempfehlungen

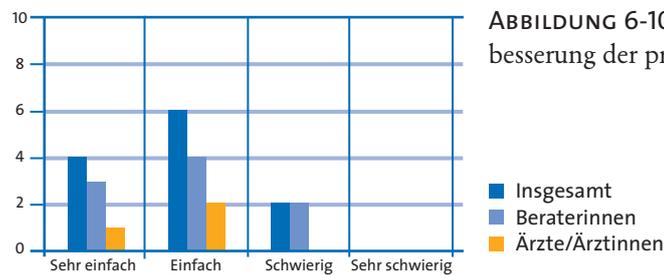


ABBILDUNG 6-10: Qualitative Verbesserung der praktischen Arbeit

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

Ähnlich wie beim Thema Kooperation weisen auch die Antworten bezüglich der Praxisrelevanz der Handlungsempfehlungen auf eine Diskrepanz zwischen der positiven inhaltlichen Bewertung der Empfehlungen und den Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung hin. Nur wenige Befragte halten die Umsetzung für sehr einfach oder einfach, die Mehrheit erwartet Schwierigkeiten („schwierig“, aber nicht „sehr schwierig“). Würde die Umsetzung allerdings gelingen, erwarten zehn von zwölf Befragten darüber große Verbesserungen für die praktische Arbeit.

**FRAGE 11: SIND SIE MIT DER VORGESCHLAGENEN ZUORDNUNG ZU DEN BEIDEN GROSSEN BERUFSGRUPPEN MEDIZIN UND PSYCHOSOZIALE BERATUNG EINVERSTANDEN?**

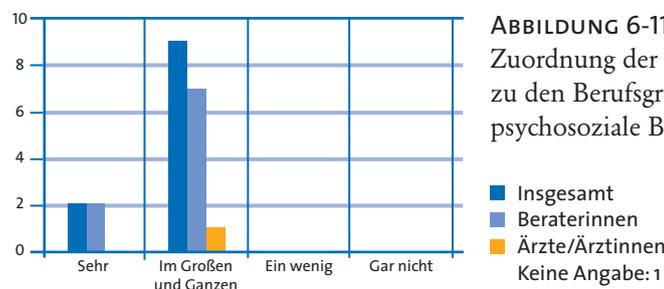


ABBILDUNG 6-11: Einverständnis mit der Zuordnung der Handlungsempfehlungen zu den Berufsgruppen Medizin und psychosoziale Beratung

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

Der vorgenommenen Unterteilung und Zuordnung der Handlungsempfehlungen zu den beiden grundlegenden Tätigkeitsbereichen stimmten die Moderierenden aus der psychosozialen Berufsgruppe weitgehend zu, die ärztlichen Moderierenden äußerten sich hingegen zurückhaltend.

Bei welchen Handlungsempfehlungen stimmt die Zuordnung wenig bis gar nicht? Diese Frage wurde von einigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern genutzt, um weitere Anmerkungen zu einzelnen Punkten zu machen. Tatsächlich falsch vorgenommene Zuordnungen kamen nach Meinung der Moderierenden nicht vor.

### FRAGE 12: IN WELCHEM AUSMASS FINDEN SIE SICH MIT IHREM QUALITÄTSZIRKEL IN DEN HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN WIEDER?

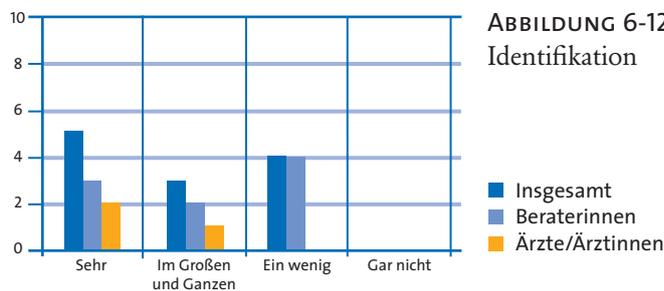


ABBILDUNG 6-12: Ausmaß der Identifikation

Quelle: Datensatz „IQZ in der PND“, BZgA 2007

Trotz der mehrheitlichen Auffassung, dass die formulierten Handlungsempfehlungen annähernd repräsentativ für die Arbeit im IQZ sind, haben doch vier Personen angegeben, sich darin nur „wenig wiederzufinden“. Die Gründe für diese Haltung lassen sich aus den sonstigen Antworten nicht ableiten.

## AUSWERTUNG DER OFFENEN FRAGEN

### **FRAGE 1: GIBT ES HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN, DIE IHRER MEINUNG NACH FEHLEN?**

Es wurde kritisiert, dass auf die Situation von Migrantinnen mit ihren besonderen Bedürfnissen nicht eingegangen wurde. Entsprechende Ergänzungen wurden im Kapitel „Der Kontext kooperativer Beratung“ vorgenommen. Die Platzierung an dieser Stelle wurde gewählt, da eine angemessene Versorgung von nichtdeutschsprachigen Frauen immer mehrere Beteiligte voraussetzt. Selbstverständlich sind die Empfehlungen in diesem Zusammenhang nicht spezifisch für Beratung zu PND zu verstehen, sondern gelten auch für andere Beratungskontexte.

### **FRAGE 2: GIBT ES HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN, MIT DENEN SIE NICHT EINVERSTANDEN SIND?**

Die zu dieser offenen Frage abgegebenen Einschätzungen wurden in die Kapitel über die Handlungsempfehlungen aufgenommen. Bei dieser Frage wurde insbesondere das Thema Schweigepflichtentbindung von einigen Befragten noch einmal aufgegriffen.

### **FRAGE 3: GIBT ES HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN, DIE FÜR SIE BEREITS ZU IHREM BERUFLICHEN ALLTAG GEHÖREN?**

Ein Großteil der Rückmeldungen ließ erkennen, dass viele der Handlungsempfehlungen aus Sicht der Moderierenden bereits umgesetzt werden. Vermutlich hat die Arbeit in den IQZ bereits Früchte getragen.

### **FRAGE 4: HABEN SIE NOCH WEITERE KOMMENTARE ODER ANREGUNGEN ZU DEN HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN? IHRE HINWEISE SIND WILLKOMMEN.**

Auch diese Möglichkeit der Rückmeldung wurde vielfach genutzt. Die meisten Anregungen bezogen sich auf Formulierungsänderungen und andere Korrekturen, die in die jeweiligen Abschnitte eingearbeitet wurden.

# INSTRUMENTE DER BEGLEITFORSCHUNG

## FRAGEBOGEN DER PROJEKTGRUPPE HEIDELBERG

Von der Projektgruppe Heidelberg wurden mittels Fragebogen folgende Informationen zu vier Merkmalsbereichen erhoben:

### 1. SOZIODEMOGRAFISCHE MERKMALE

Alter, Geschlecht, Lebensform, Familienstand, Konfessionszugehörigkeit, Grundberuf und Zusatzqualifikationen, Berufserfahrung, Art und Umfang der Tätigkeit und berufliche Zufriedenheit.

### 2. STRUKTURELLE MERKMALE DER BERATUNG

**Art und Umfang der Beratung:** Anzahl, Anlass, Zeitpunkt und zeitlicher Umfang der Beratung zur PND.

**Inhaltliche Schwerpunkte der Beratung:** Sie wurden mit drei offenen Fragen („Was sind Ihrer Erfahrung nach wichtige Themen in der Beratung a) vor, b) während und c) nach PND?“) erhoben. Hinzu kamen 28 vorgegebene Aussagen zu verschiedenen Aspekten der Beratung, aus denen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zwölf auswählen sollten, die aus ihrer Sicht – unabhängig von der eigenen Berufsgruppenzugehörigkeit – unverzichtbar sind für eine optimale Beratung zur PND. Diese Aussagen stammen aus Informationsbroschüren verschiedener Beratungseinrichtungen und wurden vorab von fünf unabhängigen Ratern den beiden Kategorien psychosoziale vs. medizinische Beratungsaspekte zugeordnet (jeweils 14 Aussagen).

**Kooperation mit anderen Berufsgruppen:** Anhand von drei Items wurde 1) die Wichtigkeit (1 = weniger wichtig; 5 = sehr wichtig), 2) die Häufigkeit (1 = selten; 5 = sehr häufig) und 3) die Qualität (1 = eher schlecht; 5 = sehr gut) der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im Bereich der Schwangerenversorgung und -beratung zur PND erfragt.

### 3. EINSTELLUNGS- UND BEZIEHUNGSMERKMALE

**Beziehungsstil im Umgang mit Patientinnen und Patienten:** Der persönliche Beziehungsstil im Umgang mit Patientinnen/Klientinnen wurde mit dem Common Core Questionnaire (CCQ)<sup>1</sup> erfasst. Das Instrument besteht aus einem Set von insgesamt 30 Adjektiven, die vier Subskalen zur therapeutischen Grundhaltung (Therapist's Relational Manner) und drei Subskalen zum therapeutischen Verhalten (Therapist's Agency Manner) zugeordnet sind.<sup>2</sup> Auf einer vierstufigen Ratingskala (1 = überhaupt nicht; 4 = sehr) schätzten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein, wie sehr die jeweilige Eigenschaft auf sie persönlich im Umgang mit Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten zutrifft.

**Einstellung zur Pränataldiagnostik (PND):** Sie wurde über acht Aussagen erfasst, die aus Informationsbroschüren verschiedener Beratungseinrichtungen stammen.

<sup>1</sup> ORLINSKY, RØNNESTAD, (Hg.) (2005); STEINER, et al. (1997)

<sup>2</sup> ORLINSKY, RØNNESTAD, (Hg.) (2005)

Das Ausmaß der persönlichen Überzeugungen wurde auf einer fünfstufigen Skala (1 = stimme überhaupt nicht zu; 5 = stimme vollständig zu) eingeschätzt.

**Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch (SSA):** Die Einstellung zum SSA wurde über sechs Indikationsaussagen erhoben, die dem Elektronischen Handbuch sozialwissenschaftlicher Erhebungsinstrumente (ZIS) entnommen und leicht modifiziert wurden. Sie stammen ursprünglich aus dem General Social Survey (GSS) von DAVIS et al.<sup>3</sup> und wurden 1982 vom ZENTRUM FÜR UMFRAGEN, METHODEN UND ANALYSEN (ZUMA) ins Deutsche übersetzt und im Rahmen der „Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften“ (ALLBUS) eingesetzt. Auch hier wurde das Ausmaß der persönlichen Überzeugungen auf einer fünfstufigen Skala (1 = stimme überhaupt nicht zu; 5 = stimme vollständig zu) eingeschätzt.

**Kooperationsbereitschaft:** Die Bereitschaft bzw. das Interesse an einer Kooperation wurde über zwölf Aussagen erfasst, die zwischen allgemeiner und fachübergreifender Kooperationsbereitschaft differenzieren. Auf einer fünfstufigen Skala (1 = stimme überhaupt nicht zu; 5 = stimme vollständig zu) schätzten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer das Ausmaß ihrer Überzeugung ein. Die zwölf Aussagen wurden einem Instrument von STEINER et al. entnommen und an die Zielgruppe angepasst.

#### 4. BERUFLICHE STEREOTYPIEN

Berufliche Stereotypen wurden als Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbild der beiden Berufsgruppen operationalisiert. Selbst- und Fremdbild wurden mit der deutschen Fassung des semantischen Differenzials<sup>4</sup> erhoben, das aus 25 bipolaren Adjektivpaaren besteht, anhand derer die Teilnehmer sowohl ihre eigene Berufsgruppe (Selbstbild) als auch die andere Berufsgruppe (Fremdbild) auf einer siebenstufigen Skala (-3 bis +3) einschätzten.

Bei der Fragebogenkonstruktion konnte nur teilweise auf bestehende Fragen bzw. Fragebogen zurückgegriffen werden. Die Fragen zu 1. und 2. wurden vom Projektteam selbst konstruiert und vorab auf inhaltliche Angemessenheit und Praktikabilität geprüft. Die Fragebogen, die in den beiden Projektphasen eingesetzt wurden, unterscheiden sich ein wenig, da sie an die jeweilige Untersuchungsstichprobe und die Anforderungen der Projektphase angepasst wurden. Dadurch konnten einige der oben genannten Merkmale nur an einer Teilstichprobe erhoben werden. Im Fragebogen, der am Ende der Qualitätszirkelarbeit eingesetzt wurde (Postfragebogen), sind diejenigen Merkmale nicht mehr enthalten, die nicht zweimal erhoben werden müssen (z. B. soziodemografische Merkmale). Dafür enthält er acht zusätzliche Fragen, mit denen mögliche Effekte des Qualitätszirkels bezüglich der Beratungsarbeit und der Kooperation direkt (nicht über Prä-post-Vergleiche) erfasst werden können.

<sup>3</sup> DAVIS, SMITH, STEPHENSON (1981)

<sup>4</sup> HOFSTÄTTER (1965)

## FRAGEBOGEN DER PROJEKTGRUPPE GÖTTINGEN

Von der Projektgruppe Göttingen wurden die fünf folgenden Merkmale mittels Fragebogen erhoben.

### Eingangsbefragung

1. Vorstellungen und Bedürfnisse hinsichtlich der Mitarbeit im Qualitätszirkel
2. Motivation zur Teilnahme
3. Funktion/Aufgabe der Moderierenden
4. Bedeutung des Fallbezugs
5. Bisherige Erfahrungen mit Qualitätssicherungsprogrammen

Alle acht geschlossenen Items der Eingangsbefragung sollten bei der Abschlussbefragung noch einmal rückblickend im Hinblick auf die Erfüllung der Erwartungen beantwortet werden. Die Fragen wurden um folgende Aspekte ergänzt:

- Nachteile und Probleme bei der Arbeit im Qualitätszirkel
- Fortsetzung des Zirkels
- Eignung des Instrumentes Qualitätszirkel im jeweiligen Arbeitsbereich
- Motivation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, selbst eine Ausbildung zur IQZ-Moderatorin bzw. zum IQZ-Moderator zu machen
- Initiierung eines Qualitätszirkels
- Unterschiede zu anderen Gruppenarbeitsformen und der Arbeit in anderen Gruppen
- Stärken und Schwächen des Konzepts

Die Fragen dienten dazu, Hinweise zur Akzeptanz des Konzepts und weitere Hinweise für eine Implementation der IQZ zu bekommen. Zusätzlich zu den bei der Abschlussbefragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bereits aufgeführten offenen Fragen wurden den Moderierenden weitere offene Fragen, z. B. hinsichtlich des durchschnittlichen Zeitaufwands pro Zirkelsitzung, weiteren Unterstützungsbedarfs und der Zukunft der Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik (Einschätzung der persönlichen Perspektiven), gestellt. Sie sollten Hinweise zur Akzeptanz des Konzepts und für eine mögliche Implementation des Konzepts liefern. Zusätzlich zu den bei der Abschlussbefragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bereits aufgeführten offenen Fragen wurden den Moderierenden weitere offene Fragen hinsichtlich des durchschnittlichen Zeitaufwands pro Zirkelsitzung, weiteren Unterstützungsbedarfs und der Zukunft der Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik (Einschätzung der persönlichen Perspektiven) gestellt.

## TEILNEHMENDE BEOBACHTUNG UND DOKUMENTATION DER QUALITÄTSZIRKEL

Jeder Qualitätszirkel wurde teilnehmend beobachtet. Die teilnehmende Beobachtung erfolgte von beiden Projektgruppen, jedoch in unterschiedlicher Frequenz und mit unterschiedlicher Zielsetzung. Mit dem Ziel, die Inhalte der Qualitätszirkelarbeit zu dokumentieren, wurde seitens der Heidelberger Projektgruppe an allen sechs Standorten jede IQZ-Sitzung teilnehmend beobachtet und mittels Audioaufzeichnungen vollständig aufgezeichnet. Die Audioaufzeichnungen wurden anschließend transkribiert und inhaltlich ausgewertet. Diese Dokumente dienten zum einen als Grundlage für die in Teil 3 dargestellten Beispiele, und zum anderen waren sie Basis für die Zusammenstellung der in den IQZ erarbeiteten Lösungsvorschläge und für deren Aufbereitung zu Handlungsempfehlungen (zur genauen Vorgehensweise vgl. Teil 5). Zudem wurden die Materialien im Rahmen der Begleitseminare für die inhaltliche Schulung der Moderierenden genutzt.

Von der Projektgruppe Göttingen wurde jeder Qualitätszirkel einmal (zur dritten bzw. vierten Zirkelsitzung) teilnehmend beobachtet. Dies erfolgte überwiegend unter prozessevaluativen Gesichtspunkten. Ziel war es, Einblicke in die konkrete Qualitätszirkelarbeit zu gewinnen und aus der konkreten Beobachtung heraus das Gesamtbild des Zirkels besser ordnen und strukturieren sowie Unterstützung geben zu können. Der Zeitpunkt der teilnehmenden Beobachtung (zur dritten bzw. vierten Zirkelsitzung) wurde von der Projektgruppe vorgegeben, da zu diesem Zeitpunkt ausreichend Erfahrungen in der Qualitätszirkelarbeit vorliegen sollten, so dass sich eine Beobachtung auch „lohnte“ und zugleich noch ausreichend Zeit vorhanden war, Anregungen aufzunehmen und umsetzen zu können. Die Eindrücke aus den teilnehmenden Beobachtungen zur Prozessevaluation wurden in einem Beobachtungsprotokoll hinsichtlich der folgenden Aspekte zusammengefasst und an die Moderierenden rückgemeldet.

- Erwartungen aufgrund von Vorinformationen
- Entwicklung des institutionellen Umfelds
- Strukturmerkmale
- Gruppendynamik und Interaktionsbeziehungen
- Arbeitsweise
- Dokumentation
- Präsentation
- Verlauf des Qualitätszirkels
- Bearbeitete Themen
- Inhaltliche Ergebnisse
- Konzeptumsetzung
- Fazit

## KURZBEURTEILUNGEN DER TEILNEHMENDEN UND MODERIERENDEN

Für eine Verlaufsbeschreibung und -beurteilung der IQZ-Arbeit erhielten die Teilnehmenden und Moderierenden zum Ende einer Zirkelsitzung einen Kurzbeurteilungsbogen mit sechs geschlossenen und sechs offenen Fragen. Die Zufriedenheit mit den abgefragten Aspekten wurde auf einer sechsfach gestuften Likert-Skala erhoben. Die geschlossenen Fragen bezogen sich auf die folgenden Aspekte:

- der sachliche Ertrag
- der Bezug zum Thema
- die Gruppenatmosphäre
- die Unterstützung der Gruppe durch die Moderation
- der eigene Beitrag
- eine Gesamtbeurteilung

Die Antworten auf diese geschlossenen Fragen sollten die quantitative Basis für eine Verlaufsbeschreibung der Bewertungen der Zirkeltreffen aus Teilnehmersicht liefern. Der Kurzbeurteilungsbogen enthielt sechs offene Fragen; die Teilnehmenden sollten angeben,

- was sie am jeweiligen Treffen besonders gut fanden,
- ob sie Verbesserungsvorschläge hätten,
- ob sie beim jeweiligen Treffen praktische Anregungen erhalten hätten,
- ob sie glaubten, die erhaltenen Anregungen auch umsetzen zu können,
- welche Verbesserungsvorschläge sie bereits umgesetzt haben,
- welche Verbesserungsvorschläge noch nicht umgesetzt werden konnten.

Die Antworten aus diesen Fragen dienten der qualitativen begleitenden Dokumentation der Qualitätszirkelarbeit. Mit Hilfe dieser Items sollte auch eruiert werden, inwiefern die IQZ ergebnisorientiert, praxisnah und auch an praktischen Problemstellungen der Zirkelteilnehmenden orientiert arbeiteten.

## PROTOKOLLE DER QUALITÄTSZIRKELSITZUNGEN

Bei den Protokollbogen handelte es sich um ein Instrument der begleitenden Dokumentation, das nach jeder IQZ-Sitzung zum Einsatz kam. Mit Hilfe der Protokolle sollten die inhaltliche Arbeit und die Gruppendynamik dokumentiert werden („Was passiert im Zirkel?“). Daraus konnten Rückschlüsse auf Konzeptumsetzung und -akzeptanz gezogen werden. Ein Protokollbogen umfasste die folgenden Items:

- Allgemeine Angaben: u. a. Thema des jeweiligen Treffens, Ort/Datum, Dauer des Treffens, Anzahl der Anwesenden (unterschieden in Teilnehmende und Gäste)

- Inhaltliche Angaben u. a. Rückblick auf das vorige Treffen; Verlauf und Ergebnisse des jeweiligen Treffens; Thema und Planungen für das nächste Treffen; positive oder negative Auffälligkeiten hinsichtlich Zusammenarbeit bzw. Gruppenprozess

## IQZ-CHECK

Der Qualitätszirkelcheck (IQZ-Check) ist ein Selbstevaluationsinstrument, mit dem die Moderierenden den Entwicklungsstand ihres Qualitätszirkels<sup>5</sup> selbst einschätzen können. Durch die Beantwortung der Fragen und die Reflexion der Ergebnisse soll den Moderierenden verdeutlicht werden, worauf es in der Qualitätszirkelarbeit ankommt und wo Stärken und Schwächen der einzelnen Qualitätszirkel liegen.

## EVALUATION DER BEGLEITSEMINARE

Die Begleitseminare hatten mehrere Zielstellungen: Konzeptvermittlung, Austausch- und Kontaktforum für die Moderierenden untereinander und mit der Projektgruppe. Daher war es wichtig, die Inhalte und prozessualen Aspekte dieser Treffen zu erfassen und die Begleitseminare durch die Teilnehmenden bewerten zu lassen. Folgende Merkmale wurden nach jedem Begleitseminar erfragt:

- Zufriedenheit mit der Veranstaltung
- Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit der Gruppe

Der ersten Frage waren zehn Aspekte untergeordnet, die die Veranstaltung und deren Struktur allgemein betrafen. Der zweiten Frage waren 14 Items untergeordnet, in denen es um Aspekte der Gruppenarbeit ging.

In offenen Fragen wurde danach gefragt,

- ob die Teilnehmenden praktische Anregungen/Anleitungen erhalten haben,
- ob sie das Gefühl haben, die erhaltenen Anregungen/Anleitungen später umsetzen zu können,
- was beim Begleitseminar nicht geklärt werden konnte,
- ob Anmerkungen und Anregungen beständen.

Die Evaluationen der Begleitseminare sollten Hinweise für die Gestaltung der weiteren Seminare sowie auch Informationen für die künftige Gestaltung einer möglichen Schulung für Moderierende von Qualitätszirkeln in der Pränataldiagnostik liefern. Darüber hinaus dienten sie zur Dokumentation des Entwicklungsverlaufs von Lernprozessen.

<sup>5</sup> Das Instrument war von der AQUA-Arbeitsgruppe (GERLACH und BEYER 1997) für den ärztlichen Bereich entwickelt und im Projekt „Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“ von der Projektgruppe weiter differenziert worden (BAHRS et al. 2005).

## ONLINE-DOKUMENTE

Die nachfolgend aufgelisteten Materialien lassen sich im Internet von den Seiten der BZgA herunterladen.

### MATERIALIEN DER BEGLEITFORSCHUNG

- Eingangsbefragung (u. a. Erwartungen der Teilnehmenden an die Zirkelarbeit)
- Abschlussbefragung (u. a. Bewertungen und Erfahrungen der Teilnehmenden mit der Zirkelarbeit)

### MATERIALIEN ZUR PRAKTISCHEN DURCHFÜHRUNG VON IQZ

- Checkliste für die organisatorische Planung eines IQZ
- Schematische Darstellung „Qualitätskreislauf“
- TOPs für das erste Treffen
- Regeln der Zusammenarbeit im IQZ
- Teilnehmer-Kurzbeurteilung für Qualitätszirkel
- Moderatoren-Kurzbeurteilung für Qualitätszirkel
- Protokollbogen für Qualitätszirkeltreffen
- Selbsteinschätzung der Moderation zum Entwicklungsstand ihres Qualitätszirkels (Qualitätszirkelcheck)
- Beobachtungsraster für die teilnehmende Beobachtung (Hospitation) in einer ärztlichen Praxis

# ÜBERSICHT ÜBER DIE BEARBEITETEN FALLVORSTELLUNGEN ALLER STANDORTE

- Standort A–F

## STANDORT A

	FALLVORSTELLENDENDE	PATIENTINNENBEZOGENER ANLASS/PROBLEM	
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humangenetiker und Gynäkologe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abklärung des genetischen Risikos für Kleinwuchs in siebter/achter SSW</li> </ul>	
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gynäkologe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feststellung eines positiven Befundes nach Ultraschall in der 22. SSW, danach Spätabbruch auf Wunsch der Patientin</li> </ul>	
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beraterin</li> </ul>		
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betroffenes Paar selbst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persönliche Befundbesprechung bzw. ärztliches Beratungsgespräch während Pränataldiagnostik und bei Diagnosemitteilung</li> </ul>	
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seelsorgerin</li> </ul>		
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gynäkologin und Humangenetikerin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spätabbruch mit Fetozyd nach positivem Befund</li> </ul>	
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zwei Beraterinnen</li> </ul>		
8			
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gynäkologe und Beraterin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selektiver Fetozyd bei Drillingschwangerschaft nach positivem Befund</li> </ul>	
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinderarzt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spätabbruch nach positivem Befund</li> <li>• Austragen einer Schwangerschaft trotz positiven Befundes</li> </ul>	

	ZIEL DES IQZ/HAUPTANLIEGEN DER SITZUNG	THEMENBEZUG DER SITZUNG
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellen guter Zusammenarbeit von medizinischen Einrichtungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einblick in die Arbeitssituation eines Klinikgynäkologen</li> <li>• Vorstellen der Arbeitsweise einer psychosozialen Beratungsstelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spätabbruch</li> <li>• Psychosoziale Beratung nach Schwangerschaftsabbruch</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellung einer Beratungssituation durch die Klinikseelsorge, persönliches Erleben der Betroffenen</li> <li>• Einblick in die Arbeit der Klinikseelsorge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperation und Vernetzung</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ethische Probleme und Umgang mit Fetozyd</li> <li>• Beispielhafte Darstellung einer psychosozialen Beratung durch/mit Rollenspiel</li> <li>• Erarbeitung konkreter Lösungsvorschläge bzw. Handlungsempfehlungen bei Spätabbruch und Fetozyd, die alle am IQZ teilnehmenden Berufsgruppen einbeziehen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spätabbruch speziell mit Fokus auf Fetozyd</li> <li>• Spätabbruch speziell mit Fokus auf Fetozyd</li> <li>• Erarbeitung von konkreten Handlungsleitlinien</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellung einer guten Kooperation zwischen Arzt und psychosozialer Beraterin</li> <li>• Einblick in die psychosoziale Beratung nach Schwangerschaftsabbruch</li> <li>• Begleitung nach PND und nach der Geburt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spätabbruch speziell mit Fokus auf Fetozyd</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufzeigen der Funktion eines Pädiaters bei PND (z. B. nach gestellter Diagnose)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einblick in die pädiatrische Betreuung eines Kindes mit pränatal gestellter Diagnose (inoperabler Herzfehler)</li> </ul>

## STANDORT B

	FALLVORSTELLENDENDE	PATIENTINNENBEZOGENER ANLASS/PROBLEM	
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gynäkologin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schwangerschaftsabbruch nach positiven Befund (Trisomie 21)</li> </ul>	
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gynäkologe mit Schwerpunkt PND</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zwillingschwangerschaft (fetofetales Transfusionssyndrom)</li> </ul>	
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beraterin</li> <li>Gynäkologe mit Schwerpunkt PND</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wehen nach PND</li> <li>Positiver Befund nach Ultraschall (Prune-Belly-Syndrom), danach Schwangerschaftsabbruch</li> </ul>	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gynäkologe mit Schwerpunkt PND</li> <li>Gynäkologe</li> <li>Gynäkologe mit Schwerpunkt PND</li> <li>Beraterin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wiederholter positiver Befund (Meckel-Gruber-Syndrom), Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch</li> <li>Blasensprung am Tag nach Amniozentese</li> <li>Zwillinge mit fetofetalem Transfusionssyndrom, Nichtbeachten der Empfehlungen des Arztes, ein Kind verstirbt</li> <li>Hebamme ermutigt Patientin, die bereits drei Kinder per Kaiserschnitt entbunden hat, zur spontanen Geburt</li> </ul>	
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beraterin</li> <li>Beraterin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambivalenz einer Klientin bezüglich Inanspruchnahme von PND</li> </ul>	
6			

ZIEL DES IQZ/HAUPTANLIEGEN DER SITZUNG	THEMENBEZUG DER SITZUNG
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Möglichkeiten des Umgangs mit Frauen, die stark belastet sind aufgrund einer positiven Diagnosemitteilung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik mit positivem Befund</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exemplarisches Beispiel für die Erwartungshaltung von Patientinnen</li> <li>• Bericht über den weiteren außergewöhnlichen Verlauf</li> <li>• Umgang mit unglaubwürdigen Berichten von Klientinnen</li> <li>• Einblick in die Arbeitsweise eines Pränataldiagnostikers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erwartungen an Pränataldiagnostik</li> <li>• Gesprächsführung</li> <li>• Zufriedenheit des Arztes</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermittlung von medizinischen Grundkenntnissen an psychosoziale Beraterinnen</li> <li>• Umgang mit Verdachtsdiagnosen</li> <li>• Darstellung der Schuldgefühle einer Patientin</li> <li>• Beispiel für eine schlechte Patientenführung und mangelnde Abstimmung</li> <li>• Ärger ausdrücken über das Verhalten einer Hebamme (zu direkte Beratung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundkenntnisse in der Bewertung von Befunden und Untersuchungen</li> <li>• Zufriedenheit des Beraters</li> <li>• Sicherheitsbedürfnis schwangerer Frauen</li> <li>• Aufgabenverteilung, Abstimmung und Abgrenzung von Leistungen von Beratungsstellen und Ärzten</li> <li>• Zusammenarbeit der Behandelnden</li> <li>• Zusammenarbeit der Behandelnden</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bericht über die Hospitation der psychosozialen Beraterin bei einem Klinikgynäkologen mit Schwerpunkt PND</li> <li>• Für die Beraterin ist interessant, dass die Klientin trotz positiven Befundes völlig uninformiert wirkt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitation in einer Arztpraxis</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zwischenbilanz der bisherigen IQZ-Arbeit</li> </ul>	

Weiter nächste Seite &gt;

## STANDORT B (FORTSETZUNG)

	FALLVORSTELLENDENDE	PATIENTINNENBEZOGENER ANLASS/PROBLEM	
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zwei Beraterinnen</li> <li>• Beraterin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begleitung bei der Entscheidungsfindung für/gegen Schwangerschaftsabbruch</li> </ul>	
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beraterin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klientin sucht Beratungsstelle wegen finanzieller Unterstützung auf (22. SSW)</li> </ul>	
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gynäkologe mit Schwerpunkt PND</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gleicher Fall wie im vierten IQZ (Meckel-Gruber-Syndrom), hier aber dritte Schwangerschaft</li> </ul>	
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beraterin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch bei positivem Befund, zufälliger Kontakt mit Beratungsstelle</li> </ul>	
11			

ZIEL DES IQZ/HAUPTANLIEGEN DER SITZUNG	THEMENBEZUG DER SITZUNG
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bericht über die Hospitation bei einem niedergelassenen Gynäkologen mit Schwerpunkt Pränataldiagnostik</li> <li>• Einblick in die Arbeit einer psychosozialen Beraterin durch eine nachgestellte Gesprächssituation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitation in einer Arztpraxis</li> <li>• Arbeitsweise einer Beraterin (klassische Schwangerschaftskonfliktberatung)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellung und Abgrenzung der Arbeitsweise einer psychosozialen Beraterin von derjenigen einer ärztlichen Beraterin Hier: spezielle Beratung nach der zwölften SSW</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsweise einer Beraterin (Sozialberatung)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuungskonzept bei Patientin mit schweren Anomalien und hohem Wiederholungsrisiko</li> <li>• Zeitpunkt der Diagnostik und diagnostische Sicherheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeit, Zeitdruck, Umgang mit Zeitdruck</li> <li>• Optimales Behandlungskonzept</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellen der Arbeitsweise der Beratungsstellen, speziell der Gesprächsführung</li> <li>• Erarbeitung eines optimalen Behandlungskonzepts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimales Behandlungskonzept</li> </ul>

## STANDORT C

	FALLVORSTELLENDENDE	PATIENTINNENBEZOGENER ANLASS/PROBLEM	
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Betroffene Patientin selbst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Positiver Befund (Trisomie 21 mit AV-Kanal), Schwangerschaftsabbruch</li> </ul>	
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gynäkologin mit Schwerpunkt PND</li> </ul>		
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gynäkologin, ergänzt durch Gynäkologen und Hebamme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patientin mit positivem Befund (Spina bifida mit Zelenbildung), Pränatalkonferenz, Schwangerschaftsabbruch in der 22. SSW</li> </ul>	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humangenetikerin, ergänzt durch weitere IQZ-Mitglieder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verdachtsdiagnose Triple X, Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch wird von Pränatalkonferenz abgelehnt</li> </ul>	
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beraterin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patientin mit Befund (Spina bifida), längere psychosoziale Begleitung vor und nach Spätabbruch</li> </ul>	
6			
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hebamme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zweimaliger Spätabbruch nach Diagnose (Potter-Sequenz), Begleitung in Trauergruppe</li> </ul>	
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humangenetikerin und Beraterin</li> <li>Kinderchirurg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verweisung einer Patientin nach positivem Befund (Trisomie 21) an eine Schwangerschaftsberatungsstelle</li> <li>Beratung/Information und Therapie einer schwangeren Patientin mit positivem Befund (Hydrozephalus)</li> </ul>	
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beraterin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beratung einer Klientin mit positivem Befund (Herzkrankheit des Kindes)</li> </ul>	
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gynäkologin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch, Ablehnung durch Klinikkonferenz und Akzeptanz der Schwangerschaft</li> </ul>	

ZIEL DES IQZ/HAUPTANLIEGEN DER SITZUNG	THEMENBEZUG DER SITZUNG
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstieg in die IQZ-Arbeit</li> <li>• Darstellung des Entscheidungsprozesses der Patientin</li>   <li>• Erarbeitung einer Problemliste zum Fall und Entwickeln von Qualitätskriterien und Handlungsleitlinien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnose und Prognose, Umgang mit Unklarheit von Diagnosen</li>   <li>• Ergebnisoffene Beratung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung in die Problematik bei Fetozyd</li> <li>• Vorstellen der Arbeit nach „Kieler Modell“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuungsangebote nach Spätabbruch</li> <li>• Angebote von Beratungsstellen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umgang mit Verdachtsdiagnosen Einblick in die Arbeitsweise einer Klinikkonferenz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergebnisoffene Beratung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellen der Arbeitsweise von Schwangerschaftsberatungsstellen und der Kompetenz von psychosozialen Beraterinnen</li> <li>• Darstellen der Arbeitsweise von psychosozialen Beraterinnen, hier speziell die Arbeit mit einer „Timeline“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuungsangebote nach Spätabbruch</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellung von Trauerbegleitung und Einblick in eine Trauergruppe, hier Fall mit charakteristischem Krisenverlauf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuungsangebote nach Spätabbruch</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellen der Kooperation von Humangenetikerin und psychosozialer Beraterin</li> <li>• Darstellen der Arbeitsweise eines Kinderchirurgen, hier speziell Behandlungsmöglichkeiten von Hydrozephalus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuungsangebote nach Spätabbruch</li> <li>• Behandlungsmöglichkeiten von Hydrozephalus</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellen der Arbeitsweise einer psychosozialen Beratungsstelle, hier: spezielle Begleitung nach der Geburt eines kranken Kindes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergebnisoffene Beratung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umgang mit medizinischer Indikation nach § 218 a (2) zum Schwangerschaftsabbruch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizinische Indikation bei schwerwiegender Beeinträchtigung der körperlichen und seelischen Gesundheit der Schwangeren</li> </ul>

## STANDORT D

	FALLVORSTELLENDENDE	PATIENTINNENBEZOGENER ANLASS/PROBLEM	
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gynäkologe mit Schwerpunkt PND</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amniozentese wegen hohen mütterlichen Alters (41 Jahre)</li> </ul>	
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humangenetiker</li> <li>• Humangenetikerin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auffälliger Double-Test, Amniozentese ergibt freie Trisomie 13</li> <li>• Angst vor Amniozentese, weil von beiden Partnern ein positives Ergebnis gegensätzlich beurteilt wird</li> </ul>	
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humangenetiker</li> <li>• Humangenetiker</li> <li>• Humangenetikerin</li> <li>• Gynäkologin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wunsch nach prädiktiver Diagnostik für Chorea Huntington (Patientin und ihre zwei Brüder betroffen)</li> <li>• Humangenetische Beratung auf Hämophilie</li> <li>• Humangenetische Beratung zu Therapiemöglichkeiten von Hyperphenylalaninämie</li> <li>• PND ohne invasive Diagnostik ergibt unauffälligen Befund, Kind verstirbt nach Geburt, Trisomie 18?</li> </ul>	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gynäkologin mit Schwerpunkt PND</li> <li>• Beraterin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wunsch nach selektivem Fetozid (Zwillinge), Ablehnung in örtlicher Klinik, Durchführung in anderer Klinik</li> <li>• Psychosoziale Beratung einer Asylbewerberin mit großer Angst vor behindertem Kind</li> </ul>	
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humangenetikerin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persönliche Bekannte der Fallvorstellerin hat Kind mit „fra-X“</li> </ul>	
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beraterin</li> <li>• Beraterin</li> <li>• Humangenetiker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gängige Praxis eines Gynäkologen, der bei fortgesetzter Pilleneinnahme in der Frühschwangerschaft zum Schwangerschaftsabbruch rät</li> <li>• Amniozentese ergab zu 9 % Verdacht auf Trisomie 20</li> </ul>	

ZIEL DES IQZ/HAUPTANLIEGEN DER SITZUNG	THEMENBEZUG DER SITZUNG
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung in die IQZ-Arbeit</li> <li>• Erfahrungsbezogener Einstieg in die IQZ-Arbeit, Fokus auf dem Verhalten des Partners der Schwangeren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begleitung während PND</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beispiel für Verkettung ungünstiger Rahmenbedingungen, hier speziell: Umgang mit sprachlichen und intellektuellen Grenzen der Patientin</li> <li>• Exemplarische Darstellung einer humangenetischen Beratung, hier speziell: Hilflosigkeit der Ärztin gegenüber Partnerkonflikt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verantwortlichkeit der beteiligten Personen im Beratungsprozess</li> <li>• Beratung bei positivem Befund</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umgang mit Patientinnen bzw. Patienten, die Untersuchungsergebnisse nicht erfahren wollen</li> <li>• Problematisierung von pränataldiagnostischen Untersuchungen, ergebnisoffene Beratung</li> <li>• Darstellung positiver und hilfreicher Wirkungen von PND</li> <li>• Problematisierung von pränataldiagnostischen Untersuchungen, ergebnisoffene Beratung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interdisziplinäre/interprofessionelle Zusammenarbeit/Netzwerk und Verweiskartei</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veranschaulichen berufspolitischer Positionen am Beispiel Fetozid</li> <li>• Einblick in die Arbeitsweise einer Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle, hier speziell: Umgang mit teratogenen Risiken und Sprachproblemen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung bei positivem Befund, speziell mit Fokus auf Fetozid</li> <li>• Vermittlung berufspolitischer Positionen der Verbände</li> <li>• Teratogene Risiken als Thema in der Schwangerschaftskonfliktberatung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zwischenbilanz der bisherigen IQZ-Arbeit</li> <li>• Umgang mit Verdachtsdiagnosen im persönlichen Bekanntenkreis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung bei positivem Befund/ Vermittlung schlechter Nachrichten</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exemplarische Darstellung der Auswirkungen von Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaft</li> <li>• Umgang mit Fehlinformationen von Gynäkologen, hier speziell: Arztwahl fremdsprachiger Patientinnen</li> <li>• Umgang mit positiven Befunden im persönlichen Bekanntenkreis hier speziell: Beratung über die Einschätzung von erwarteten Risiken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung und Aufklärung vor der Schwangerschaft</li> <li>• Beratung in der Frühschwangerschaft</li> <li>• Beratung bei positivem Befund/ Vermittlung schlechter Nachrichten</li> </ul>

Weiter nächste Seite &gt;

## STANDORT D (FORTSETZUNG)

	FALLVORSTELLENDENDE	PATIENTINNENBEZOGENER ANLASS/PROBLEM	
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humangenetikerin</li> <li>• Humangenetiker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entscheiden für das Austragen der Schwangerschaft bei infauster Prognose (Trisomie 18)</li> <li>• Patientin mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit für infausten Befund (Trisomie 9) trägt Kind aus und klagt auf Schmerzensgeld</li> </ul>	
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humangenetiker</li> <li>• Gynäkologe mit Schwerpunkt PND</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 17-jährige Patientin (22. SSW) möchte Disposition für Erbkrankheit (Chorea Huntington) erfahren</li> <li>• Wiederholter positiver Befund (rezessiv erbliche Zystenniere), Wunsch nach Sterilisation</li> </ul>	
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beraterin</li> <li>• Humangenetikerin</li> <li>• Gynäkologe mit Schwerpunkt PND</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Patientin wird nach Einnahme eines Medikamentes vom Gynäkologen Schwangerschaftsabbruch angeraten, diese ist unschlüssig</li> <li>• Weiterer Verlauf des Falles aus siebten IQZ (Trisomie 18)</li> <li>• Patientin mit schwerstbehindertem Kind möchte in aktueller Schwangerschaft maximale PND</li> </ul>	
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beraterin</li> <li>• Gynäkologin mit Schwerpunkt PND</li> <li>• Gynäkologin mit Schwerpunkt PND</li> <li>• Humangenetikerin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientin, die von Arbeitslosenhilfe lebt, wird wegen Altersindikation PND angeraten; dies führt zu hohem finanziellem Druck</li> <li>• Gleicher Fall wie in IQZ 7 und IQZ 9 (Trisomie 18)</li> <li>• Afrikanerin auf Besuch in Deutschland mit positivem Befund (Hydrozephalus)</li> <li>• Türkischstämmige verheiratete Patientin ist mit viertem, außerehelichem Kind schwanger, wünscht aus kulturellen Gründen Abbruch</li> </ul>	

ZIEL DES IQZ/HAUPTANLIEGEN DER SITZUNG	THEMENBEZUG DER SITZUNG
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exemplarisches Beispiel für ergebnisoffene Beratung, Entscheidungsfindung und respektvollen Umgang mit Entscheidungen von Patientinnen</li>   <li>• Umgang mit Verdachtsdiagnosen und Risiken direkter Beratung (juristische Haftung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begleitung zur Entscheidungsfähigkeit</li> <li>• Interdisziplinäre/interprofessionelle Zusammenarbeit</li>   <li>• Beratung bei positivem Befund</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problematisierung des Umgangs mit (im juristischen Sinn) noch nicht mündigen Patientinnen und deren Rechten</li> <li>• Darstellung der Hilflosigkeit des Arztes bezüglich der Wahl einer geeigneten psychosozialen Beratungsstelle</li>   <li>• Darstellung der Kommunikationsproblematik, hier mit taubstummer Patientin</li> <li>• Respektvoller Umgang mit Entscheidungen der Patientin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verantwortlichkeit der beteiligten Personen im Beratungsprozess</li>   <li>• Beratung bei positivem Befund</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umgang mit Fehlinformationen von Gynäkologen</li> <li>• Umgang mit Berichten von Klientinnen (Glaubwürdigkeit)</li>   <li>• Exemplarisches Beispiel für eine optimale Betreuung und Kooperation</li>   <li>• Exemplarisches Beispiel für den Umgang mit PND</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung in der Frühschwangerschaft</li>   <li>• Interdisziplinäre/interprofessionelle Zusammenarbeit/Netzwerk</li>   <li>• Beratung und Aufklärung vor der Schwangerschaft</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellen des Umgangs der Ärzte mit IGeL-Leistungen (unter Umständen subtiler Druck aus ökonomischen Motiven)</li>   <li>• Bericht über den Umgang mit unterschiedlichen Bedürfnissen der Partner</li> <li>• Darstellung der Konflikte zwischen Werten/Einstellungen der Patientin und Diagnose</li> <li>• Umgang mit Fetozid</li>   <li>• Umgang mit Patientinnen aus anderem kulturellem Kontext und ihren Moralvorstellungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung und Aufklärung vor der Schwangerschaft</li>   <li>• Beratung bei positivem Befund</li>   <li>• Beratung bei positivem Befund</li>   <li>• Beratung in der Frühschwangerschaft</li> </ul>

## STANDORT E

	FALLVORSTELLENDENDE	PATIENTINNENBEZOGENER ANLASS/PROBLEM	
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gynäkologin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patientin mit multiplen Aborten droht psychisch zu dekompen- sieren und drängt zur weiteren Diagnostik</li> </ul>	
2			
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beraterin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fehlbildungultraschall ergibt positiven Befund (Spina bifida), Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch wurde wegen hoher SSW abgelehnt</li> </ul>	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humangenetikerin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humangenetische Beratung zum Fehlbildungsrisiko bei Morbus Basedow</li> </ul>	
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gynäkologe mit Schwerpunkt PND</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Positiver Befund (Trisomie 18) nach FisH-Test, Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch wird bis zum endgültigen Ergebnis abgelehnt</li> </ul>	
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beraterin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ungeplante Schwangerschaft trotz Spirale</li> </ul>	
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beraterin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambivalenz einer Klientin bezüglich ihrer ungeplanten Schwangerschaft</li> </ul>	
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humangenetikerin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patientin mit einer Sehstörung, die zur Erblindung führt</li> </ul>	

ZIEL DES IQZ/HAUPTANLIEGEN DER SITZUNG	THEMENBEZUG DER SITZUNG
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exemplarisches Beispiel als Einstieg in die IQZ-Arbeit</li> <li>• Umgang mit psychischen Konflikten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperationsmöglichkeiten/ Verantwortlichkeiten</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellen von Rahmenbedingungen und Kompetenzen der einzelnen IQZ-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer bzw. Berufsgruppen</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exemplarisches Beispiel für den Zeitdruck nach positivem Befund in der Spätschwangerschaft, hier auch Umgang mit sprachlichen Grenzen der Patientinnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpasste Chancen zur frühzeitigen Überweisung? Möglichkeiten zur Kooperation und Koordination</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exemplarisches Beispiel für schlechte Kooperation zwischen Humangenetikerin und Endokrinologen</li> <li>• Umgang mit Paarkonflikt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperationsmöglichkeiten/ Verantwortlichkeiten</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einblick in den Arbeitsalltag einer pränataldiagnostischen Praxis, hier speziell: Beratungsbedarf und -konzept bei unerwartet schlechten Befunden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Von der „Ausschlussdiagnostik“ zum pathologischen Befund bis zum Abbruch</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellen der Arbeitsweise von Schwangerschaftsberatungsstellen und der Kompetenz von psychosozialen Beraterinnen</li> <li>• Zwischenbilanz der bisherigen IQZ-Arbeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsweise einer Beraterin</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellen der Arbeitsweise einer Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambivalenz der Ratsuchenden in der Schwangerschaftskonfliktberatung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rückblick auf die im IQZ geleistete Arbeit und Diskussion über weitere Teilnahme</li> <li>• Anfrage an eine Beraterin wegen einer möglichen Kooperation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperationsmöglichkeiten/ Verantwortlichkeiten</li> </ul>

## STANDORT F

	FALLVORSTELLENDENDE	PATIENTINNENBEZOGENER ANLASS/PROBLEM	
1			
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beraterin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychosoziale Beratung in der sehr belasteten Wartezeit bis zum Ergebnis der Amniozentese</li> </ul>	
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gynäkologe</li> <li>• Gynäkologin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entscheiden für das Austragen der Schwangerschaft bei infauster Prognose</li> </ul>	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gynäkologen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entscheiden für das Austragen der Schwangerschaft bei infauster Prognose</li> </ul>	
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gynäkologe mit Schwerpunkt PND</li> <li>• Zwei Beraterinnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurzvortrag über Ersttrimester-Screening</li> <li>• Patientin mit Diagnose Trisomie 21 wird von Schwangerschaftsberatungsstelle und humangenetischer Beratungsstelle beraten</li> </ul>	
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beraterin</li> <li>• Gynäkologe mit Schwerpunkt PND</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambivalenz eines Paares bei Verdachtsdiagnose (Trisomie 21) bezüglich weiterer möglicher Untersuchungen</li> <li>• Wunsch nach Spätabbruch (Fetozid), Ablehnung in örtlicher Klinik, Durchführung in anderer Klinik</li> </ul>	

ZIEL DES IQZ/HAUPTANLIEGEN DER SITZUNG	THEMENBEZUG DER SITZUNG
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung in die IQZ-Arbeit</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einblick in die Arbeit einer psychosozialen Beraterin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung über PND bei Erstkontakt, Begleitung während PND</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veranschaulichen von Aufgabe und Funktion des Mutterpasses</li> <li>• Beispiel für ergebnisoffene Beratung und respektvollen Umgang mit Entscheidungen von Patienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information über PND (Methoden, Indikationen)</li> <li>• Begleitung während PND</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beispiel für gelungene Kooperation niedergelassener Gynäkologen mit humangenetischer Beratungsstelle und Klinik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begleitung während PND</li> <li>• Informationen über PND</li> <li>• Ethische Fragen, persönliche Einstellungen</li> <li>• Interdisziplinäre Zusammenarbeit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermittlung von medizinischen Grundkenntnissen an psychosoziale Beraterinnen</li> <li>• Exemplarische Darstellung der Zusammenarbeit zwischen zwei Beratungsstellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information über PND</li> <li>• Begleitung bei Schwangerschaftsabbruch</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einblick in die Arbeitsweise einer Schwangerschaftsberatungsstelle, hier speziell auch Umgang mit Sprachproblemen</li> <li>• Veranschaulichen der Problematik bei Fetozyd und Umgang mit „medizinischer Indikation“ nach § 218 a (2) zum Schwangerschaftsabbruch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung über PND bei Erstkontakt</li> <li>• Interdisziplinäre Kooperation</li> <li>• Schwangerschaftsabbruch, speziell mit Fokus auf Fetozyd</li> <li>• Ethische Fragen, persönliche Einstellungen</li> </ul>

Weiter nächste Seite &gt;

## STANDORT F (FORTSETZUNG)

	FALLVORSTELLENDENDE	PATIENTINNENBEZOGENER ANLASS/PROBLEM	
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humangenetiker</li> <li>• Gynäkologin</li> <li>• Gynäkologe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurzreferat „medizinische Indikation und Fetozid“</li> <li>• Kurzreferat „medizinische Aspekte des Fetozids“</li> <li>• Trisomie 21 bei einem Zwilling, Wunsch nach selektivem Fetozid</li> </ul>	
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beraterin</li> <li>• Gynäkologin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humangenetische Beratung bei Zwillingsschwangerschaft und Schwerbehinderung der Patientin</li> <li>• Trisomie 18 bei einem Zwilling, Wunsch, beide Kinder bis zur Geburt auszutragen</li> </ul>	
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gynäkologe mit Schwerpunkt PND, Humangenetiker und Beraterin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asylbewerberin erwartet Kind mit Aarskog-Syndrom (Paar hat bereits zwei Kinder, die daran leiden, und zwei Schwangerschaftsabbrüche wegen des Syndroms)</li> </ul>	
10			

ZIEL DES IQZ/HAUPTANLIEGEN DER SITZUNG	THEMENBEZUG DER SITZUNG
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung und Information über „medizinische Indikation und Fetozyd“</li>   <li>• Problematisierung von pränataldiagnostischen Untersuchungen und deren Bedeutung für die das Finden einer Entscheidung für/gegen einen Schwangerschaftsabbruch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationen über PND</li>   <li>• Schwangerschaftsabbruch speziell mit Fokus auf Fetozyd</li> <li>• Ethische Fragen, persönliche Einstellungen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellen der Arbeitsweise einer psychosozialen Beraterin in humangenetischer Beratungsstelle und einer gelungenen Kooperation zwischen humangenetischer und Schwangerschaftsberatungsstelle</li>   <li>• Darstellung positiver und hilfreicher Wirkungen von PND unabhängig von einem Schwangerschaftsabbruch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung über PND</li> <li>• Begleitung während PND</li> <li>• Interdisziplinäre Kooperation</li>   <li>• Begleitung während PND</li> <li>• Ethische Fragen, persönliche Einstellungen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellung der Arbeitsweise in humangenetischer Beratungsstelle, hier speziell: Krisenintervention in Kooperation mit Schwangerschaftsberatungsstelle und Einblick in medizinische Versorgung von Asylbewerbern und -bererberinnen sowie Sozialhilfeempfängern und Sozialhilfeempfängerinnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begleitung während PND</li> <li>• Interdisziplinäre Kooperation</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskussion über das im IQZ erarbeitete Faltblatt</li>   <li>• Diskussion über das Fortbestehen der Gruppe</li> </ul>	



## LITERATUR

ABRAHAM, I., BRÜCKMANN, D., LIPS, S. (2007): Modellprojekt interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik in Erfurt/Thüringen, in: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZgA) (Hg): Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, Köln, 1, S. 28–29

A

AMMER, B. ET AL. (2007): Psychosoziale Beratung bei pränataler Diagnostik – eine Herausforderung in Bayern, in: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZgA) (Hg): Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, Köln, 1, S. 30–32

ANTONI, C. H. (1998): Kooperationsförderliche Arbeitsstrukturen, in: SPIESS, E. (Hg.): Formen der Kooperation, Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, S. 157–168

AUBKE, W., BEYER, M., GERLACH, F. M., SZECSENYI, J., KRIEDEL, T. (2003): Ärztliche Qualitätszirkel – positive Auswirkungen auf Arzt-Patient-Beziehungen, in: Deutsches Ärzteblatt, 100 (2), S. 65–66

BAHRS, O., SCHMIDT, U., WEISS, M. (2007): Qualitätsentwicklung durch Kooperationsförderung – Modellprojekt Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik, in: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZgA) (Hg): Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, Köln, 1, S. 18–20

B

BAHRS, O. (2007): Der Bilanzierungsdiallog, in: BAHRS, O., MATTHIESSEN, P. F. (Hg.): Gesundheitsfördernde Praxen – die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis, Hans Huber, Bern, S. 295–314

BAHRS, O., MATTHIESSEN, P. F. (Hg.) (2007): Gesundheitsfördernde Praxen – die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis, Hans Huber, Bern

BAHRS, O., HEIM, S., JUNG, B., KALITZKUS, V., POHL, D., SCHMIDT, U., WEISS, M. (2006): Damit die Gruppe zirkeln lernt – Schulung zum/zur Moderator/in von Qualitätszirkeln in Gesundheitsförderung und Prävention, Prävention, (3), S. 87–90

BAHRS, O., JUNG, B., NAVE, M., SCHMIDT, U. (2005): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention, in: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZgA) (Hg.): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15, Köln

BAHRS, O. (Hg.) (2005): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention – Handbuch für Moderatorinnen und Moderatoren, BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZgA) (Hg.), Köln

BAHRS, O., HEIM, S. (2002): Professionalisierung von Patienten – De-Professionalisierung von Helfern. Interdisziplinäres Lernen im Qualitätszirkel: Ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit psychosozialen Problemen, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 7 (2), S. 82–84

BAHRS, O., HEIM, S. (2001): Kooperation zwischen Professionellen und Selbsthilfegruppen – ein Beispiel aus der praktischen Arbeit des Interdisziplinären Qualitätszirkels Göttingen zur Versorgung von Patienten mit psychosozialen Problemen, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 77, S. 202–206

- B** BAHRS, O., GERLACH, F. M., SZECSENYI, J., ANDRES, E. (Hg.) (2001): *Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für den Arzt in Praxis und Klinik*, 4. überarbeitete und erweiterte Auflage, Deutscher Ärzteverlag, Köln
- BAHRS, O., HEIM, S., NAVE, M. (2000): *Patientenzentriert und interdisziplinär – der Interdisziplinäre Qualitätszirkel Göttingen zur Versorgung von Patienten mit psychosozialen Problemen*, in: *Dr. Mabuse* 25, 128, S. 20–24
- BALINT, M. (1968): *Die Struktur der „Training-cum-research“-Gruppen und deren Auswirkungen auf die Medizin*, in: DRÄGER, K. et al. (Hg.): *Jahrbuch der Psychoanalyse*, Band 5, Huber, Bern
- BEYER, M., GERLACH, F. M. (1997): *Qualitätszirkel in Bremen – vertragsärztliche Versorgung soll verbessert werden*, in: *Bremer Ärztejournal*, 50, S. 5–6
- BEYER, M., GERLACH, F. M. (1998): *Qualitätszirkel erfahren hohe Akzeptanz*, in: *Westfälisches Ärzteblatt*, o. Jg. (11), S. 14–15
- BEYER, M., GERLACH, F. M. (1999): *Ärztliche Qualitätszirkel in Sachsen-Anhalt – aktuelle Ergebnisse der Basisdokumentation*, in: *Pro – Zeitschrift für den Kassenarzt in Sachsen-Anhalt*, 8, S. 60–62
- BRÄHLER, E., MEYER, A. (Hg.) (1991): *Psychologische Probleme in der Humangenetik*, *Jahrbuch der medizinischen Psychologie*, 6, Springer, Berlin
- BRUDER, A. (2005): *Interprofessionelle Beratung in der Pränataldiagnostik (unveröffentlichte Diplomarbeit an der FH Mannheim – Hochschule für Sozialarbeit)*
- BUNDESÄRZTEKAMMER (Hg.) (1998): *Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen*, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 95 (50), A3236–3242
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ) (Hg.) (2001): *Materialien zur Familienpolitik – Abschlussbericht des Modellprojekts „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“*, Bonn
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ) (Hg.) (2000): *Materialien zur Familienpolitik Nr. 6 – Modellprojekt „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“*, Zwischenbericht, Bonn
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZgA) (Hg.) (2006): *Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik – repräsentative Befragung Schwangerer zum Thema Pränataldiagnostik*, Köln
- BUNGARD, W., ANTONI, C. (1987): *Quality Circles und andere Formen der Gruppenarbeit an der Basis – eine Bestandsaufnahme bei den 100 größten deutschen Unternehmen*, in: *RKW u. a. (Hg.): Quality Circle und Qualitätssicherung – Dokumentation fünfter deutscher Quality Circle Kongress*, Eigenverlag, S. 287–325

- 
- CRAMER, E., BECKERS, U. (2002): Kooperation und Vernetzung, in: LAMMERT, C., CRAMER, E., PINGEN-RAINER, G., SCHULZ, J., NEUMANN, A., BECKERS, U., SEIBERT, S., DEWALD, A., CIERPKA, M. (Hg.): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik – ein Praxishandbuch, Hogrefe, Göttingen, S. 97–121 C
- 
- DAVIS, J., SMITH, T., STEPHENSON, B. (1981): National Data Program for Social Sciences: General Social Survey (GSS), cumulative file 1972–1980, Ann Arbor, ICPSR Edition 7813 D
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE (DGGG) E. V. (2004): Pränataldiagnostik – Beratung und möglicher Schwangerschaftsabbruch, Positionspapier der DGGG
- DEWALD, A. (2001): Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50, S. 753–764
- DEWALD, A., CIERPKA, M. (2001) Psychosoziale Beratung im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik, in: Der Gynäkologe, 34, S. 565–567
- DEWALD, A., CIERPKA, M. (2001): Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik, in: Psychotherapeut, 46, S. 154–158
- DEWALD, A., CIERPKA, M. (2002): Fort- und Weiterbildung, Qualitätssicherung, Evaluation, in: LAMMERT, C., CRAMER, E., PINGEN-RAINER, G., SCHULZ, J., NEUMANN, A., BECKERS, U., SEIBERT, S., DEWALD, A., CIERPKA, M. (Hg.) (2002): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik – ein Praxishandbuch, Hogrefe, Göttingen, S. 143–163
- DORN, A., WOOPEN, C., ROHDE, D. (2005): Pränataldiagnostik – psychische Auswirkungen und Beratungsbedarf bei pathologischem Befund, in: Fortschritte der Neurologiepsychiatrie, 73, S. 640
- 
- FRIEDRICH, H., HENZE, K.-H., STEMANN-ACHEAMPONG, S. (1998): Eine unmögliche Entscheidung – Pränataldiagnostik: Ihre psychosozialen Voraussetzungen und Folgen, VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin F
- 
- GEIER, H. (2001): Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung – psychosoziale Sicht, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50, S. 723–735 G
- GERLACH, F. M. (2001): Qualitätsförderung in Praxis und Klinik – eine Chance für die Medizin, Thieme, Stuttgart, New York
- GÖRRES, S., LUCKEY, K., STAPPENBECK, J. (1997): Qualitätszirkel in der Alten- und Krankenpflege, Huber, Göttingen
- 
- HARTOG, J., WOLFF, G. (1997): Das genetische Beratungsgespräch, in: PETERMANN, F., WIEDEBUSCH, S., QUANTE, M. (Hg.): Perspektiven der Humangenetik, Schöningh, Paderborn, S. 153–174 H
- HOFSTÄTTER, P. R. (1965). Einführung in die Sozialpsychologie, Kröner, Stuttgart
- HOLLAND, B. S., DIPONZIO-COPENHAVER, M. (1998): Improved Bonferroni-Type Multiple Testing Procedures, in: Psychological Bulletin, 104 (1), S. 45–49

- K**
- KAISENBERG, C. VON, JONAT, W., KAATSCH, H.-J. (2005): Spätinterruptio und Fetozyd – das Kieler Modell: Juristische und gynäkologische Überlegungen, in: Deutsches Ärzteblatt 102 (3), A133
- KUHN, R., DEWALD, A., RIEHL-EMDE, A. (2004): Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik – ein Modellprojekt, in: Psychotherapeut, 49, S. 377–379
- KUHN, R., RIEHL-EMDE, A. (2007): Gute Voraussetzungen für eine Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Beraterinnen in der Beratung zur Pränataldiagnostik, in: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 57, S. 44–52
- KLICHE, T., TÖPPICH, J., KAWSKI, S., KOCH, U., LEHMANN, H. (2004, 2): Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung – Anforderungen und Lösungen; Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 47, 125–132
- 
- L**
- LAMMERT, C., CRAMER, E., PINGEN-RAINER, G., SCHULZ, J., NEUMANN, A., BECKERS, U., SIEBERT, S., DEWALD, A., CIERPKA, M. (Hg.) (2002): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik – ein Praxishandbuch, Hogrefe, Göttingen
- LAMMERT, C., DEWALD, A. (2002): Problemstellung, in: LAMMERT, C., CRAMER, E., PINGEN-RAINER, G., SCHULZ, J., NEUMANN, A., BECKERS, U., SIEBERT, S., DEWALD, A., CIERPKA, M. (Hg.): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik – ein Praxishandbuch, Hogrefe, Göttingen, S. 15–34
- LAMMERT, C., NEUMANN, A. (2002): Beratungskriterien, in: LAMMERT, C., CRAMER, E., PINGEN-RAINER, G., SCHULZ, J., NEUMANN, A., BECKERS, U., SIEBERT, S., DEWALD, A., CIERPKA, M. (Hg.): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik – ein Praxishandbuch, Hogrefe, Göttingen, S. 45–96
- 
- M**
- MAYRING, P. (2003): Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken, 8. Auflage, Beltz, Weinheim
- MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES, FRAUEN UND FAMILIE DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (Hg.) (2004): Abschlussbericht der Modellprojekte „Psychosoziale Beratung vor, während und nach Pränataldiagnostik“, Düsseldorf
- MOHN, B., MÖRL, E. (2007): Modellprojekt interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik in Schwerin/Mecklenburg-Vorpommern, in: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZgA) (Hg): Forum Sexuaufklärung und Familienplanung, Köln, 1, S. 26–27
- MUTH, C., BEYER, M., GENSICHEN, J., GERLACH, F. M. (2008): Setting- und Kontexteinflüsse in evidenzbasierten Leitlinien – Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Entwicklungsprozess der DEGAM-Leitlinie „Herzinsuffizienz“, in: KIRCH, W., BADURA, B., PFAFF, H. (Hg.): Prävention, Versorgungsforschung und Lebenswelten, Springer-Verlag, Heidelberg, S. 281–314
- 
- N**
- NATIONALER ETHIKRAT (Hg.) (2003): Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft, Berlin

- 
- NIEDERSÄCHSISCHES MINISTERIUM FÜR SOZIALES, FRAUEN, FAMILIE UND GESUNDHEIT (Hg.) (2007): Herausforderungen in der Beratung Schwangerer – Informationen für Fachkräfte in Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen N
- NIPPERT, I. (2000): Die Anwendungsproblematik vorgeburtlicher Diagnostik, in: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZgA) (Hg.): Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, Köln, 1/2 2000, S. 14–21
- 
- ORLINSKY, D. E., RØNNESTAD, M. (Hg.) (2005): How Psychotherapists Develop – A Study of therapeutic Work and Professional Growth, American Psychological Association, Washington DC O
- ORLINSKY, D. E., WILLUTZKI, U., MEYERBERG, J., CIERPKA, M., BUCHHEIM, P., AMBÜHL, H. (1996): Die Qualität der therapeutischen Beziehung: Entsprechen gemeinsame Faktoren der Psychotherapie gemeinsamen Charakteristika von Psychotherapeutinnen?, SPR-Collaborative Research Network
- 
- PINGEN-RAINER, G. (2001): Interdisziplinäre Kooperation, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50, S. 765–770 P
- 
- REARDON, D. C., COUGLE, J. R. (2002): Depression and unintended pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth – A cohort study, in: British Medical Journal, 324, S. 151–152 R
- RICHTER-KUHLMANN, E. A. (2005): Pränataldiagnostik – „Fast kulthafter Charakter“, in: Deutsches Ärzteblatt, 102 (24), A1149
- Richtlinien des BUNDESAUSSCHUSSES DER ÄRZTINNEN/ÄRZTE UND KRANKENKASSEN (1999)
- RIEDEL, U. (2003): „Kind als Schaden“ – die höchstrichterliche Rechtsprechung zur Arzthaftung für den Kindesunterhalt bei unerwünschter Geburt eines gesunden, kranken oder behinderten Kindes, Mabuse, Frankfurt
- RIEHL-EMDE, A., KUHN, R., DEWALD, A., CIERPKA, M. (2007): Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik – ein Modellprojekt verbessert die Versorgung, in: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZgA) (Hg.): Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, 1, Köln
- ROHDE, A., DORN, A. (2007): Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie. Das Lehrbuch, Stuttgart, Schattauer
- ROHDE, A., WOOPEN, C. (2007): Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik – Evaluation der Modellprojekte in Bonn, Düsseldorf und Essen, Deutscher Ärzteverlag, Köln
- 
- 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> (Stand: November 2007) S

- 
- S** SANDHOLZER, H., CIERPKA, M., FRITZSCHE, K., HÄRTER, M., RICHTER, R., WIRSCHING, M., DETER, C., BRUCKS, U., GEYER, M. (2003): Entwicklung einer „narrativ-basierten“ Leitlinie zur Diagnoseeröffnung in der Allgemeinpraxis, in: psychoneuro, 29 (5), S. 234–239
- SCHIEBLER, F. (2004): Shared Decision-Making, Huber, Bern
- SCHMIEGE, S., RUSSO, N. F. (2005): Depression and unwanted first pregnancy – Longitudinal cohort study, in: British Medical Journal, 331, S. 1303
- SCHNOOR, H., MIETERS, A., LANGE, C. (2006): Qualitätszirkel – Theorie und Praxis der Problemlösung in Schulen, Schöningh UTB, Paderborn, Wien, Zürich
- SCHULZ, J., SIEBERT, S. (2002): Strukturelle Rahmenbedingungen, in: LAMMERT, C., CRAMER, E., PINGEN-RAINER, G., SCHULZ, J., NEUMANN, A., BECKERS, U., SEIBERT, S., DEWALD, A., CIERPKA, M. (Hg.): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik – ein Praxishandbuch, Hogrefe, Göttingen, S. 35–44
- SCHWEITZER, I. (2002): Bedingungen gelingender Kooperation im Gesundheitswesen, in: KRÖGER, F., HENDRISCHKE, A., MCDANIELS, S. (Hg.): Familie, System, Gesundheit – systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen, Carl-Auer Verlag, Heidelberg, S. 167–183
- STANDPUNKT DES BDH (BUND DEUTSCHER HEBAMMEN E. V.) (2002): Hebammenstandpunkt Schwangerenvorsorge ([www.geburtskanal.de](http://www.geburtskanal.de))
- STEINER, E., REITER, L. (1997): Einstellung von Psychotherapeuten zur professionellen Kooperation, Ergebnisse einer explorativen Studie, in: Psychotherapie Forum, 5, S. 38–52
- 
- W** WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT DER BUNDESÄRZTEKAMMER (Hg.) (2003): Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen, Stand: 28.02.2003
- WOLFF, G., JUNG, C. (1994): Nichtdirektivität und genetische Beratung, in: Medizinische Genetik, 6, S. 195–204
- 
- Z** ZERRES, K. (2003): Humangenetische Beratung, in: Deutsches Ärzteblatt, 100 (42), A2720–A2727







**Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung**

ISBN 978-3-937707-35-8  
Schutzgebühr 20 €