



Qualität und Arztsein

Kardiologisches Kolloquium KSSG

Mittwoch, 25. November 2015

Werner Eugster

Klärung meiner Position / «Disclosure»

- ➔ Ich bin in selbstständiger Praxis tätig
- ➔ Ich verstehe mich eigentlich immer noch als schulmedizinischer Kardiologe
- ➔ Fortschritte der modernen Medizin sind mir bewusst und stelle ich nicht in Frage
- ➔ Ich stehe jedoch der Entwicklung der Schulmedizin kritisch gegenüber
- ➔ Ich frage mich zunehmend, ob ich als Arzt in der Schulmedizin noch gebraucht werden?



Machen Sie sich keine Sorgen um mich,
ich bin immer noch auf Ihrer Seite

Kontext / Inhalt meiner «Fallvorstellung»

- ➔ Dank an die Kardiologie des KSSG für Ermöglichung einer erneut kritischen Hinterfragung
- ➔ Anknüpfung und Erweiterung meines Referates zum Thema Krankheit und Kranksein
- ➔ Anhand eines «einfachen» Falles aus meinem Praxisalltags erlaube ich mir ein paar grundsätzliche Überlegungen zu meinem ärztlichen Tun
- ➔ Ich entschuldige mich für notwendige Unschärfen, sie sind der Zeitvorgabe geschuldet

Eine fast alltägliche Geschichte

➔ **Erstkonsultation**

Es geht um eine 63-jährige Frau, sie ist verheiratet und hat drei Kinder. Von Beruf war sie ursprünglich MPA, war dann Familienfrau, arbeitete später in der Dokumentations-Abteilung eines Medienunternehmens, betreibt heute ein Tierheim. Sie wird mir zur kardiologischen Untersuchung zugewiesen. Seit einer Lungenentzündung im Juli dieses Jahres verspürt sie einfach so auftretend ein linksthorakales Klemmen, das teilweise in den linken Arm, selten in den Rücken und den Bauch ausstrahle, in der Regel nach 15 Min. wieder abklinge. Regelmässig ist sie in Form von Gymnastik, Trampolinspringen und Hundespaziergängen körperlich aktiv, dabei fühle sie sich wohl. Ab und zu bemerke sie kurze Herzsalven.

Eine fast alltägliche Geschichte

➔ **Zweikonsultation**

Bei der Erstkonsultation fand ich keine Risikokonstellation, keine Hinweise auf eine KHK, ein strukturell unauffälliges Herz. Unter Belastung trat eine Tachyarrhythmie mit Herzfrequenzen bis 210/Min auf, welche die Patientin als Leistungseinbusse verspürte. Auf das verschriebene Bisoprolol 2.5 mg reagierte sie mit Kopfschmerzen, Übelkeit und «ich bin nicht mehr mich selber», setzte dieses deshalb ab, worauf sich diese unangenehmen Beschwerden wieder rasch legten. Das Herzflimmern würde jetzt jedoch gehäufiger, v.a. auch in Stresssituationen auftreten. Wir einigten uns auf einen nochmaligen Versuch mit Nebivolol 1.25 mg.

Eine fast alltägliche Geschichte

➔ **Drittkonsultation**

Vorerst gutes Ansprechen auf Nebivolol. Die Woche zuvor habe die Patientin ihren Enkel gehütet. Nach wie vor sei sie täglich mit ihren Hunden unterwegs. Jetzt trete bei diesen Spaziergängen auch eine Kurzatmigkeit sowie ein Klemmen in der Brust auf, teilweise seien diese Beschwerden begleitet von einer Übelkeit. Das Klemmen in der Brust sei eigentlich mit etwas wechselhaftem Verlauf permanent vorhanden. Im Körperstatus finde ich thorakale Druckdolenzen, welche die Patientin jedoch im Charakter anders empfindet, trotzdem einigten wir uns darauf, dass sie für 2-3 Tage ein eigenes Schmerzmittel einnehme und mir dann Bescheid gebe.

Eine fast alltägliche Geschichte

➔ **Viertkonsultation**

Die thorakalen Beschwerden sind kein Thema mehr. Die Patientin fühle sich rasch erschöpfbar, schlafe schlecht, verspüre v.a. im Bett Extraschläge in der Brust, teilweise auch wieder ein Herzrasen, welches bis mehrere Stunden andauern könne. Trotz der Weitereinnahme des Nebivolols hätten diese Beschwerden zugenommen. Angesprochen auf eine psychische Ursache verneint dies die Patientin dezidiert, sie führe ein glückliches Leben, könne mit dem besten Gewissen keine solchen Gründe ausmachen. Wir reden über den Zusammenhang von Psyche und Soma. Ich erkläre ihr, dass ich auch als Herzspezialist eine psychische Erkrankungen gleich ernst nähme wie eine klar definierte Herzerkrankung. Wir einigten uns auf ein Langzeit-EKG mit der Frage nach Korrelation der Beschwerden mit dem EKG.

Eine fast alltägliche Geschichte

➔ Fünftkonsultation

Das Gespräch bei der letzten Konsultation habe ihr gut getan, sie fühle sich besser, die Erschöpfung habe sich gebessert. Ich möchte ihr das Resultat des Langzeit-EKGs erklären, sie fällt mir ins Wort, man habe darauf sicher nichts gesehen, was ich bejahte. Wie befreit erzählt sie, dass ihre Tochter eine «Borderlinerin» sei, ihr Mann vor 2 Jahren nach einer OP lange Zeit im Koma auf einer Intensivstation verbrachte, all diese Umstände hätten von ihr Stärke verlangt. Möglicherweise habe sie all dies erschöpft. Vor einigen Jahren habe sie zudem ein Schleudertrauma erlitten, i.R. der damaligen Abklärungen habe man ihr bedeutet, sie sei ein «Psycho», damit habe sie sich nie abgefunden, habe Angst, dass man sie wieder gleich einstuft.

Eine fast alltägliche Geschichte

➔ Fünftkonsultation Fortsetzung

Ihre Tochter sei jetzt auf gutem Wege, damit müsse die Patientin ihre Enkelin weniger betreuen, sie könne deshalb wagen, ihre Tochter etwas loszulassen. Sie selber formuliert, ihre Beschwerden hätten sicher mit all dem etwas zu tun und sie würde gerne eine Gesprächstherapie aufnehmen. Für mich doch recht unerwartet fällt sie mir um den Hals.

Hinter Begriffen stehen ganze Denkwelten

➔ **Ich habe eine Leistung erbracht**

- ***Leistung = Arbeit / Zeit ($P = \frac{W}{t}$)***
- ***5 Konsultation sind viel Zeit, meine Leistung strebt damit gegen 0***
- ***Gemäss KVG bin ich den WZW-Kriterien verpflichtet***
- ***Die Wirtschaftlichkeit hat viel mit Leistung zu tun, je mehr Arbeit ich in immer kürzer Zeit verrichte, umso effizienter bin ich***
- ***Daraus folgt, dass ich aufgrund dieser Kriterien wirtschaftlich ungenügend gearbeitet habe***

Hinter Begriffen stehen ganze Denkwelten

➔ **Ich habe als Leistungserbringer gehandelt**

- *«Leistung» habe ich bereits abgehandelt*
- *Erbringer beinhaltet das Wort «bringen»*
- *Ich bringe etwas irgendwo hin*
- *Hinbringen ist immer in eine Richtung gedacht, ist unidirektional*
- *Meine Geschichte ist eine dialogische, eine Beziehung zwischen zwei Menschen in bidirektionaler Richtung*
- *Damit habe ich nicht nur das Kriterium der Leistung verpasst, sondern auch jenes des Erbringers*
- *Mit andern Worten war bei dieser offiziellen Betrachtungsweise mein ärztliches Tun nicht wirtschaftlich, da wahrscheinlich zu empathisch*

Welches ist meine Denkwelt?

➔ **Meine persönlichen Orientierungspunkte**

- ***Wirtschaftliche Kriterien sind ein Teilaspekt meines Handelns***
- ***Ethische Kriterien müssen komplementär hinzu kommen***
- ***Diese lassen sich nicht allein aus den WZW-Kriterien ableiten***
- ***Vier ethische Grundprinzipien medizinischen Handelns:
(nach Beauchamp / Childress)***
 - ***Autonomie***
 - ***Wohltun***
 - ***Nicht-Schädigung***
 - ***Gerechtigkeit***

Mein Handeln aus ethischer Sicht

Ethisches Prinzip

- ➔ *Autonomie*
- ➔ *Wohltun*
- ➔ *Nicht-Schädigung*
- ➔ *Gerechtigkeit*

Handlungsbewertung

- ➔ Patientin hat selbstbestimmte Entscheidung getroffen
- ➔ Patientin hat mich zum Schluss umarmt
- ➔ Concor hat ihre LQ vorübergehend beeinträchtigt, eine bleibende Schädigung ist bisher nicht erkennbar
- ➔ Gerechte Kosten im Hinblick auf mögliche Aufwendungen



Durchwegs ethische Handlungsweise

Wo liegt das Delta dieser Beurteilungen?

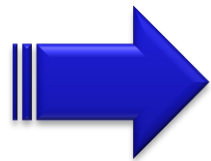


**Frage nach
dem Menschbild**



Wo liegt das Delta dieser Beurteilungen?

- ➔ **Gleichbehandlung von Industrieproduktion und Beziehungen**
- ➔ **Frage nach Umgang mit Varianz**
 - *Industrie: Reduktion von Varianz ist oberste Zielsetzung*
 - *Beziehung: Varianz ist die Norm, lässt sich nicht reduzieren*
- ➔ **Varianzreduktion basiert auf Messungen**
 - *Konstitutive Varianzen sind unsinnig zu messen*
 - *Beziehungen müssen damit anders beurteilt werden*



Medizinische Beurteilungssysteme ignorieren diese banale Erkenntnis

Lösung innerhalb gewohnter Denkstrukturen

➔ **Anwendung gelernter Vorgehensweise**

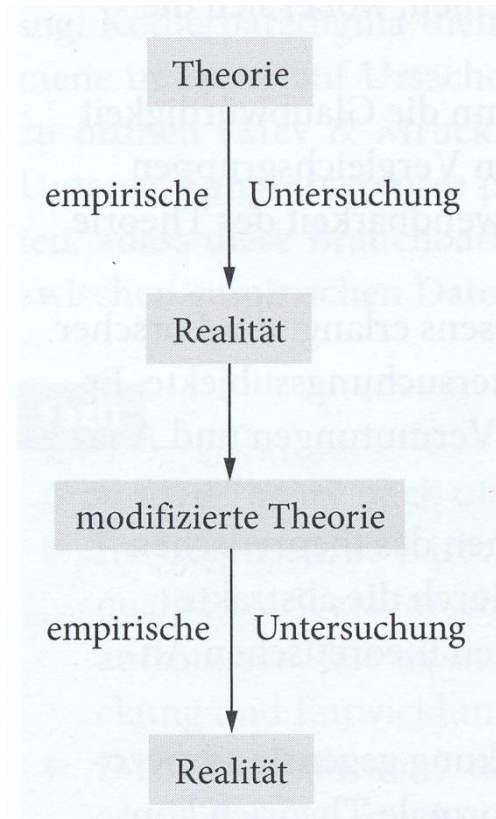
- *Aufteilung dynamischer Prozesse in sequentielle Abläufe*
- *Fragmentierung eines Ganzen in Teilaspekte*
- *Überführung von Komplexität in Simplizität*
- *Dies ermöglicht Einführung messbarer Indikatoren
(damit bleibt die Kirche im Dorf)*

➔ **Jedoch: Was wird damit eingehandelt?**

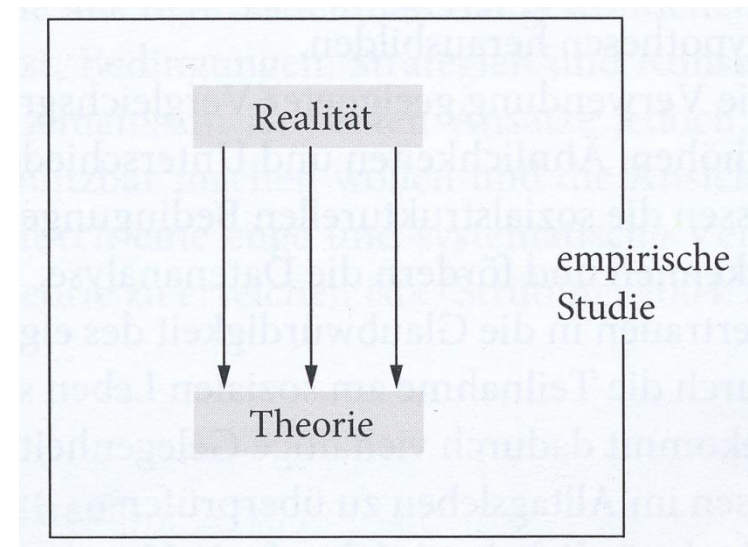
- *Teilaspekte werden dominant (Informationsverlust)*
- *Der Blick auf das Ganze geht verloren*
- *Fehlender Informationsgewinn wird erkannt*
- *Hierdurch Wahrnehmung von Qualitätsbemühungen als*
 - Fremdbestimmung
 - hoher Zeiteinsatz für nicht wahrnehmbaren Nutzen
 - Veränderungen des eigenen beruflichen Wertesystems

Vergleich aus der Sozialforschung

Quantitative Forschung

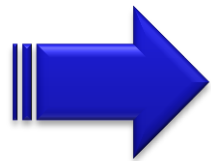


Qualitative Forschung



Auswirkung auf unser Berufsverständnis

- ➔ **Indikatoren verstellen den Blick auf das Ganze**
- ➔ **Messbarkeit eines Indikators suggeriert dessen Relevanz**
 - *Das Handeln fokussiert zunehmend auf diese Relevanz*
 - *Verstärkung dieser Haltung durch Anreizsysteme (Pay-for-Performance - P4P)*
 - *Wertesystem der Indikatoren beeinflussen das Berufsbild*
- ➔ **Indikatoren werden durch QS von aussen vorgegeben**
 - *Unser Berufsbild wird zunehmend fremdbestimmt*
 - *Unser ärztliches Selbstverständnis geht verloren*



Unser Umgang mit Qualität prägt unser Arztsein



Zwischenbemerkung

- ➔ **Welcher Indikator hätte meine entstandene Beziehung zur Patientin annähern können?**

- ➔ **Vorschlag meinerseits:**
 - ***Anzahl Sprechzimmer-Umarmungen pro Praxiszeit***

Wichtige Zwischenbemerkung

➔ **Es geht nicht um eine neue Ideologie**

- *Das bisherige Qualitätsdenken ist Ideologie genug!*
- *Es geht nicht darum, individuelle Behandlung und Berufsethos wieder alleine ins Zentrum zu stellen*
- *Forderungen der Gesellschaft nach Kostenkontrolle verständlich*
- *Wir können uns diesem Ringen um Handlungsfelder zwischen Bund, Kantonen und Krankenkassen nicht entziehen*

➔ **Es geht um eine Differenzierung von Qualität**

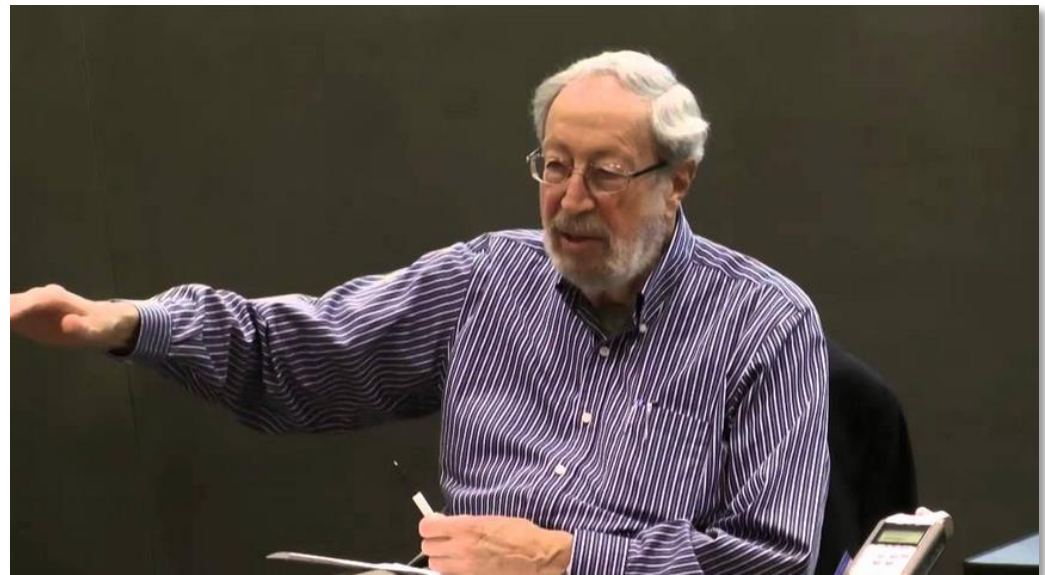
- *Herkömmliche quantitative Messungen für alles wirklich Messbare*
- *Ein neues Qualitätsdenken für unser zentrales ärztliches Tun: die Beziehungsdienstleistung*
- *Komplementäre Einordnung / Abgrenzung dieser Qualitäten*

Gretchenfrage an eine neue Qualität

Wann weiss ich, dass ich etwas weiss?

« ... wenn mein Wissen für die Praktiker in den Organisationen hilfreich ist – das ist der Moment, wo ich weiss, dass ich weiss.»

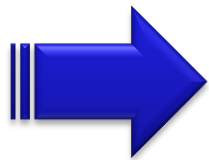
Schein Edgar H., Mitbegründer Organisationspsychologie und Organisationsentwicklung am MIT; 1987, 2002



Auf unseren Kontext übertragen

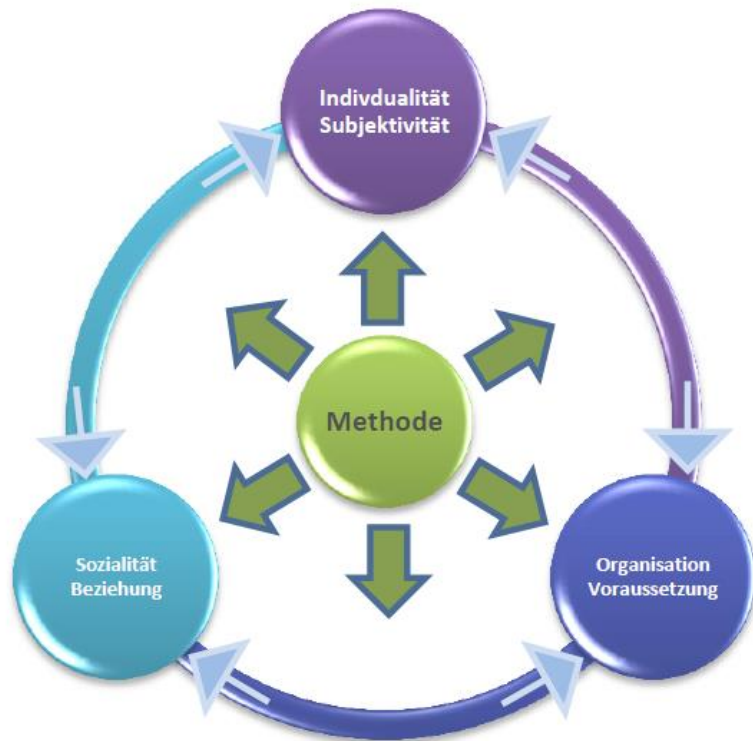
- ➔ **Wissen um diese neue Qualität kann ich nicht messen**
- ➔ **Dieses Wissen kann ich nur erfahren bzw. erleben**

- ➔ **Damit haben wir uns in unserem Netzwerk während der letzten Jahre sowohl theoretisch als auch praktisch auseinander gesetzt**
- ➔ **Wir stellten uns zwei konkrete Fragen:**
 - *Gibt es Qualitätssysteme mit diesem Qualitätsverständnis?*
 - *Lässt sich ein solches Qualitätsverständnis operationalisieren?*



Kurzes Aufzeigen des gegangenen Weges

Ein neues Qualitätsverständnis: Überblick



- ➔ Erweiterung der Qualität um die Dimensionen Individualität und Sozialität
- ➔ Um-fassender Q-Begriff *
- ➔ Anerkennung Komplexität von Beurteilungssituationen
- ➔ Methode muss Aussagen über einzelne Dimensionen und Gesamtsystem gewährleisten

* Bitte nicht falsch interpretieren

Kerninhalt Individualität / Subjektivität

- ➔ Die individuelle Entwicklung ist Ausgangspunkt des ganzen Qualitätsstrebens
- ➔ Im Zentrum des Interesses stehen der Praxisalltag und darin involvierte Individuen mit ihrem Alltagserleben
- ➔ Individualität lässt sich nicht standardisieren
- ➔ Alltagserlebnisse lassen sich nicht reproduzieren
- ➔ Individuen und ihre Erlebnisse lassen sich nicht durch Messparameter abbilden
- ➔ Annäherungen sind nur durch Beschreibungen möglich

Kerninhalt Sozialität / Beziehungen

- ➔ Die grundlegende Situation unserer Qualitätsarbeit sind Beziehungen
- ➔ Beziehung bedeutet ein Aufeinanderzugehen mit gegenseitiger Perspektivenübernahme
- ➔ Schaffen von Vertrauen als Basis jedes echten Dialogs
- ➔ Ärztliche Arbeit ist damit in erster Line eine Beziehungsarbeit (Beziehungsdienstleistung)
- ➔ In der Praxis bestehen drei Beziehungsebenen:
 - *Arzt-Patienten-Beziehung (paradigmatisch)*
 - *Teambeziehungen*
 - *Beziehungen der Praxis nach aussen*

Kerninhalt Organisation / Voraussetzungen

➔ Berufsspezifische Fähigkeiten

- *Fachkompetenz*
- *Anwendungskompetenz*

➔ Objektivierbare Prozesse von Praxisgestaltung und Praxisorganisation

➔ Dimension als dynamische Entwicklung verstanden

- *Äussere Einflüsse mit geringer Einflussmöglichkeit*
- *Jedoch Gestaltungsmöglichkeit innerer Prozesse*

➔ Schaffung von Freiräumen als Zielsetzung

- *Emöglicht Entwicklung der Individuen und ihrer Beziehungen*
- *Dazu gehört auch die Gestaltung der eigene Lebenswelt der Ärztin / des Arztes (Lebenswelten werden verstehbar)*

Methode als Kernkompetenz verstanden

«Wirklich effektive Strategiearbeit zielt auf die Identifizierung und Entwicklung von organisationalen Kernkompetenzen»

Hamel G., Am. Ökonom und Unternehmensberater; Prahalad C.K., Am. Wirtschaftswissenschaftler

➔ **Wie lässt sich das für unser Thema interpretieren?**

- ***Die Entwicklung soll sich nicht am Endprodukt orientieren***
- ***Entscheidend für eine Entwicklung ist das dem Endprodukt Vorausgehende***
- ***Dadurch wird auch die Güte des Endproduktes gewährleistet***

Methode

- ➔ **Um aus den erwähnten Dimensionen ein Qualitätssystem zu machen, benötigt man eine Methode**
- ➔ **Wir verstehen diese Methode als organisationales Lernen**
 - ***Dazu gibt es differenzierte Forschung, Entwicklung, Erfahrung:***
 - Gemeinsamer wissenschaftstheoretischer Hintergrund:
 - phänomenologisch-hermeneutische Perspektive
 - charakterisiert durch Einbezug des subjektiven Alltagserleben
 - Verfahren mit diesem Hintergrund:
 - Qualitative Sozialforschung (*Siegfried Lamnek*)
 - Organisationsentwicklung (*C. Otto Scharmer*)
 - Qualitätssystem «Wege zur Qualität» (*Udo Herrmannstorfer*)
 - ...
- ➔ ***Unsere Methode basiert / beinhaltet wesentliche Punkte dieser Verfahren***

Methode

➔ **Drei Anforderungen** (zur Sicherstellung der Leistungsqualität)

■ **Gewährleistung einer kontinuierlichen Weiterentwicklung**

- Durch dreiteiligen Arbeitsrhythmus ¹
 - Vorbereitungsphase (Situationsbild, gemeinsames Verständnis)
 - Lösungsphase (Entscheidungsfindung, Umsetzung)
 - Reflexionsphase (Rückblick, Rechenschaft, Resonanz)
- Fortlaufende Fortbildung (QZ, Kommunikation, Selbstverständnis) ^{2,3}

■ **Strukturierte innere Orientierung** ¹

- Befragungsstruktur von Wege zur Qualität (12 Gestaltungsfelder)

■ **Äusseres Überprüfungsverfahren** ⁴

- Audits

¹ Fischer A., Zur Qualität der Beziehungsdienstleistung (Wege zur Qualität), 2012

² Lamnek S., Qualitative Sozialforschung, 2010

³ Scharmer C.O., Theorie U, von der Zukunft her Führen, 2015

⁴ Confidentialia, Zertifizierungsstelle von «Wege zur Qualität»

Zusammenfassung dieses Q-Verständnisses

Statt einen gegebenen „Ist“-Zustand an einen im Voraus festgelegten, und dadurch lebensfremden „Soll“-Zustand anzugleichen, reflektiert dieses Qualitätsverfahren den Alltag konsequent vor dem Hintergrund der selbst gesetzten Zielvorstellungen. Dies wirkt in einem zirkulär verstandenen Prozess auf das praktische Handeln im Alltag zurück. Einen solchen Prozess verstehen wir als Grundlage für eine kontinuierliche Weiterentwicklung.

Praktische Evaluation qualitativer Qualität

- ➔ **Entwicklung und Anwendung dieses Qualitätsverfahrens im eigenen Netzwerk in einem einjähriger Pilotbetrieb**
- ➔ **Begleitung durch professionelle Organisationsentwicklung** (Bernard Hucher, www.creativelifelonglearning.eu)
- ➔ **Nach Abschluss Pilot kürzlich «Rechenschaftsbericht» im Rahmen einer Retraite**
- ➔ **Beurteilung durch die Beteiligten:**
 - ***Teilnehmer: Anspruchsvoll, aber spannend und lohnenswert***
 - ***Bernard Hucher: Konkrete Auswirkungen, WzQ bewährt sich im med. Kontext, aktives Mitentwickeln notwendig, Empfehlung diesen Weg weiterzugehen***
 - ***Confidentia (Zertifizierungsstelle): Auf eingeschlagenem Weg spätere Zertifizierung möglich***

Zusammenfassung

- ➔ **Es gibt auch fassbare Qualität ausserhalb des Messbaren**
- ➔ **Dazu gehören insbesondere die Qualitäten unserer ärztlichen Kernkompetenz: der Beziehungsdienstleistung**
- ➔ **Die Erfassung dieser Qualität ist möglich, nachvollziehbar und nach aussen darstellbar**
- ➔ **Die vorgestellte Methode ist praktikabel und liefert Resultate**
- ➔ **Unser Arztsein müssen wir selber gestalten, wir sind auf dem besten Wege dieses zu veräussern**
- ➔ **Diese qualitative Qualität steht nicht in Opposition zur herkömmlichen quantitativen Qualität**
- ➔ **Sie ersetzt sie dort, wo diese widersinnige Resultate produziert**

Literatur phänomenologisch



Literaturauszug etwas abstrakter

1. Fischer A., Zur Qualität der Beziehungsdienstleistung (Wege zur Qualität), 2012
2. Abraham A, Kissling B, Qualität in der Medizin, 1. Auflage, 2015
3. Philipp Mayring, Einführung in die Qualitative Sozialforschung, 5. Auflage 2002
4. Lamnek S., Qualitative Sozialforschung, 5. Auflage, 2010
5. Jung M., Hermeneutik, 1. Auflage, 2001
6. Grondin J., Einführung in die philosophische Hermeneutik, 3. Auflage, 2012
7. Buber M., Auf die Stimme hören, 1. Auflage, 1993
8. Canguilhem Georges, Schriften zur Medizin, 1. Auflage, 2013
9. Laloux, F., Reinventing Organizations, 1. Auflage, 2015
10. Bircher J., Wehkamp K.H., Das ungenutzte Potential der Medizin, 1. Auflage, 2006
11. Binswanger M., Sinnlose Wettbewerbe, 1. Auflage, 2012
12. «Wege zur Qualität»: <http://www.wegezurqualitaet.info/home/schweiz>
13. Confidentia, Zertifizierungsstelle von «Wege zur Qualität»: <http://www.confidentia.info/index.php/de/>