

Qualität sichtbar machen

Versuchen Sie sich zu erinnern, wann Sie das letzte Mal etwas in Ihrer Praxis wirklich verändert hatten. Was war es?

Essayez de vous rappeler la dernière fois où vous avez vraiment changé quelque chose dans votre cabinet. C'était quand et quoi?

Michael Deppeler¹

Holzhacken ist deshalb so beliebt, weil man bei dieser Tätigkeit den Erfolg sofort sieht. (Albert Einstein)

Mit dieser Frage von Beat Künzi aus Bern wurde das Winterseminar in Kandersteg (2–4.3.05) eröffnet. Das Winterseminar ist einer persönlichen Initiative von Kollege Eugen Häni aus Biel entsprungen, so wie auch die Sommerakademie im Languedoc. Hier wie dort trifft sich unterdessen eine kleine Gruppe von Hausärzten zu einem persönlichen Erfahrungsaustausch und Lernprozess.

Vieles erinnert mich an einen intensiven und spontanen dreitägigen Qualitätszirkel ... Eugen Häni wählt immer ein Thema, das ihm persönlich unter den Nägeln brennt – so wie im letzten Jahr «Netzwerke und Budgetverantwortung». Bei allen Beteiligten 2004 hat er nachgefragt, bei jedem ist ein eindrücklicher Prozess, eine Veränderung ins Rollen gekommen. Die Vernetzung lebt, und die Budgetverantwortung ist kein Buch mit sieben Siegeln mehr – vieles ist eine Frage von Zeit und Raum sowie dem Entscheid, sich auf einen Prozess einzulassen.

So hat Eugen Häni auch in diesem Jahr ein Thema ausgewählt, in dem er sich mit guten Kollegen vertiefen und weiterentwickeln möchte – ein salutogenetischer Ansatz der Fortbildung – auch Burnout-Prophylaxe im wahrsten Sinn des Wortes mit der sinnvollen Unterstützung von Rudolf Wartmann von der Novartis sowie Peter Trautmann von Sanacare. Es gibt offensichtlich Vertreter von Pharmafirmen und Versicherungen, die nicht nur von einer konstruktiven Zusammenarbeit mit den Grundversorgern sprechen und daran glauben, sondern auch aktiv mitgestalten helfen.

«... und wenn Sie das haben, dann überlegen Sie sich, was denn wirklich den Anstoss für diese Veränderung gegeben hat?»

Veränderung kommt selten von allein ...

In der anschliessenden Runde wurde allen klar, dass wirkliche Veränderungen meist erst geschehen, wenn wir von aussen genügend irritiert und wachgerüttelt werden. Dies geschieht nicht selten durch Fehler, Kritik von Patienten, plötzliche Umwälzungen im Umfeld usw. Zur Veränderung gehört fast immer eine emotionale Betroffenheit, eine Art Krise und ein gewisses Mass von Beziehungen! Ist das alles wirklich erfassbar?

... und muss messbar werden

Damit waren wir mitten im Thema Qualitätssicherung und bei den zwei zentralen Fragen: Lässt sich ärztliche (medizinische) Qualität messen? Können wir unsere medizinische Qualität verbessern ohne Massstab? Warum reden überhaupt alle von Qualität? Dies hat mit der medizinischen (und gesellschaftlichen) Entwicklung zu tun.

Zwischen 1900 und 1950 fand die «heroische Phase» in unserem Gesundheitssystem statt: wenige Erwartungen und einige erstaunliche Resultate. Ab 1950 bis ca. 1990 folgte die «technologische Phase»: rasante Entwicklung, ausgewählter Zugang der Patienten, hohe Zufriedenheit von Patienten und Leistungsträgern, das Risiko gehörte zum System. Medien und Justiz waren relativ unkritisch. Heute leben wir dagegen offensichtlich in der «Management-Phase»: Die Entwicklung ist gebremst, im Vergleich zu den letzten 50 Jahren steigt die Gesamtleistung des Gesundheitswesens nicht mehr so schnell. Ein Zugang für alle wird bei Ressourcenknappheit gefordert. Die Medien sind hochkritisch geworden, ebenso die Justiz (Rechenschaft). Die Zufriedenheit der einzelnen «Player» ist deutlich gesunken. Neue

¹ Erinnerungen und Gedanken zum Winterseminar 2005 in Kandersteg zum Thema «Qualitätssicherung»



Ziele sind Kostenoptimierung und Sicherheit (z.B. CIRS).

Da sind wir alle gefordert. Doch was ist Qualität wirklich?

Schon Aristoteles hat sich diese Frage gestellt. Nach ihm gehören neben objektiven Merkmalen auch Aspekte der menschlichen Wahrnehmung. Qualität ist also immer auch subjektiv.

Finden wir einen grössten gemeinsamen Nenner?

Medizinische Qualität ist der unter Anwendung des derzeitigen Wissens vom medizinischen Versorgungssystem erreichte Grad der Wahrscheinlichkeit, für den Patienten erwünschte Therapiereultate zu erzeugen und unerwünschte Behandlungsergebnisse zu vermeiden.

So lautet die Qualitätsdefinition der US Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organisations. Das tönt ziemlich komplex, beinahe chaotisch – und das ist es ja auch ...

Die Qualitätsanforderungen der Hausarztmedizin sind in der Wonca-Definition⁵ festgehalten worden; sie entsprechen einem europäischen Konsens und sind allgemein akzeptiert.

Die Schwierigkeit, ein Ganzes zur zerteilen

Doch wie übersetzen wir das wunderbare analoge Bild von Ueli Grüningers Wonca-Baum in die digitale Sprache, in eine messbare Qualität? Welche Massstäbe wenden wir an?

Zuerst geht es darum, die verschiedenen Ebenen der Qualität zu differenzieren, das Chaos zu strukturieren. Zu diesem Zweck werden die «traditionellen Methoden» aus dem Gesundheitswesen, das medizinische Fachwissen (einzelne Fachgebiete, EBM, naturwissenschaftliche Daten) mit Wissen aus dem Qualitätsmanagement (Systeme, Prozess, Wissenstransfer) verbunden.

Dabei kann die Qualität in verschiedene Dimensionen unterteilt werden. Einerseits in eine individuelle, maximale Nutzperspektive, wie dies A. Donabedian getan hat. Er unterscheidet zwischen *Struktur* (z.B. Infrastruktur, Erreichbarkeit usw.), *Prozess* (z.B. Mitarbeitergespräche, Teamentwicklung) und *Ergebnisqualität* (outcome). Zudem müssen heute auch die Bevölkerung und die begrenzten Ressourcen miteinbezogen werden, die auch Fragen von Gerechtigkeit und Effizienz mit sich bringen.

Die Qualitätsbeurteilung unterscheidet im weiteren zwischen formativer und summativer Qualitätsbeurteilung, welche ganz unterschiedliche Ziele haben. Die *formative Qualitätsbeurteilung* will eine Verbesserung der Qualität einer Einheit, sie will ein «lebenslanges Lernen», wogegen die *summative Qualitätsbeurteilung* eine Sicherung einer Mindestqualität will. Im Rahmen des Kontrahierungszwanges müssen Minimalqualitäten nachgewiesen werden, somit sind summative Indikatoren und Methoden gefragt. Dies verhindert auch, dass nicht mehr nur der berühmte-berühmte Index der *santésuisse* entscheiden soll über «Haben, Sein oder Nichtsein». Nicht nur die Krankenkassen, auch die Politiker haben eingesehen, dass eigentlich nur wir Ärzte fähig sind, diese summativen und formativen Qualitätskriterien für unseren Beruf aufzustellen. Die SGAM und die FMH tun gut daran, dies nun auch aktiv zu tun, sonst kommen andere wieder in Versuchung, zuviel dreinzureden ...

Doch woran erkennen wir gute/hohe hausärztliche Qualität? Die empfohlenen Dimensionen des «Institute for Healthcare Improvement IHI» sind: *sicher, wirksam, zeitgerecht, effizient, Patienten-zentriert, gerecht*. Diese Kriterien erinnern an das berühmte WZW aus dem Art. 32 Abs. 1 des KVG, wonach auch unsere Tätigkeiten zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich» sein müssen, aber auch an die Wonca-Definition.

⁵ Die Wonca-Definition der Hausarztmedizin und der «Wonca-Baum» von Ueli Grüninger, als bildliche Darstellung dieser Definition, sind im Heft 11/2005 von PrimaryCare (Seite 269) publiziert worden (Internet: <http://www.primary-care.ch/pdf/2005/2005-11/2005-11-146.pdf>).

EPA ist fast eine Quadratur des Kreises

Wie sollen wir das in unserer Praxis messen? Können wir das überhaupt?

Machen wir denn nicht alle genügend gute Hausarztmedizin? Warum kämen denn die Patienten immer noch zu uns? Schliesslich ist unsere jahrelange Erfahrung auch Qualität? Doch ist dies ein Argument?

Die Beziehung zwischen ärztlicher Erfahrung und Betreuungsqualität wurde in mehreren Studien erforscht und 2005 in den *Annals of Internal Medicine* zusammengestellt. Die Resultate waren ernüchternd bis erschreckend. Mit zunehmender Praxiserfahrung der Ärzte – so zeigt es sich in über 50% der Studien – besteht ein Performance-Verlust für alle untersuchten Indikatoren.

Es scheint also dringend notwendig, unsere Qualität nicht nur zu messen, sondern sie auch individuell zu verbessern (formative Qualitätsbeurteilung).

In Kandersteg wurden die gängigsten nationalen und internationalen Messmethoden vorgestellt. Einmal mehr wurde klar, dass wir auch hier das Rad nicht unbedingt neu erfinden müssen ... es ist alles da! Der ganzen Gruppe ist in diesen drei Tagen klar geworden, dass es «nur» noch darum geht, aus den verschiedenen «Tools» auszuwählen, sie an die eigenen Bedürfnisse anzupassen und nötigenfalls zu ergänzen.

Am meisten waren wir vom Europäischen Praxisassessment (EPA) beeindruckt. Es beurteilt die 5 Dimensionen *Infrastruktur, Menschen, Information, Finanzen* sowie *Qualität und Sicherheit*. Dabei werden 168 Indikatoren bestehend aus 413 Items in 26 Dimensionen bewertet. Die FMH unterstützt unserer Meinung nach den richtigen (europäischen) Weg, warum sollen die Ärzte nicht einmal vorausgehen dürfen?

Damit das Ganze mehr ist ...

Verschiedene Elemente sind nötig, damit möglichst viele (alle?) Qualitätsaspekte beurteilt werden. Dies wird durch EPA in eindrücklicher Form erfüllt:

- Selbstbewertung der Praxis (Fragebogen)
- Befragung von 75 Patienten pro Praxis (Fragebogen)
- Befragung aller Mitarbeiterinnen (Fragebogen)
- Besuch und Check der Praxis durch einen ausgebildeten Visitor
- Interview mit dem Hausarzt
- Teambesprechung: Festlegen des Praxisplans
- Problemorientiertes Handbuch, Hilfsmaterialien
- Zugang zur Benchmark-Datenbank

Damit ist auch aus Sicht der Patienten ein wichtiger Teil der Qualitätssicherung erfüllt [1].

Qualitätssicherung macht nur dann einen Sinn, wenn Experten- und Patientensicht gemeinsam in die Qualitätsbemühungen einbezogen werden.

Ausgang dafür können Patientenbefragungen sein. Wichtig sind eine für die Patienten verständliche Information, die Beteiligung und der Einbezug von Patienten in den Behandlungsprozess, die Abstimmung der Erwartungen mit dem diagnostisch-therapeutisch Notwendigen. Neben den unzähligen Top-down-Regelungen sind wir also zunehmend auch auf einen Bottom-up-Prozess angewiesen.

Da ist auch EPA noch nicht bereit.

Können wir überhaupt alles messen? Was ist uns wichtig – am Unmessbaren?

... als die Summe der einzelnen Teile ...

Indem wir mit EPA bereits sehr vieles messen und in verschiedene Domänen und Dimensionen unterteilen können, gelingt es uns auch besser, den Blick für das Ganze zu schärfen. Wir können Schwerpunkte setzen, Schwächen benennen, Teilschritte und Zwischenzeile für Verbesserungen definieren und Stärken sichtbar machen – tue Gutes und sprich davon. Wir dürfen auch Bereiche bewusst unverändert lassen, weil sie bereits gut genug sind – auch das gibt es! Es tut gut, dies auch einmal mit Zahlen und Daten belegen zu können, nicht primär für die Krankenkassen, sondern auch für sich selber. Auch dies ist Selbstsorge im Alltag. Doch vor dem Gewichten, dem Auswählen, dem Setzen von Prioritäten geht es zuerst ums Messen.

Dazu ein Zitat von Bernard Shaw: *Der einzige vernünftige Mensch ist mein Schneider. Er nimmt jedes Mal Mass, während alle anderen die alten Massstäbe anwenden, in der Meinung, sie passten heute noch auf mich.*

Das Massnehmen in der Medizin betrifft immer auch die Arzt-Patienten-Beziehung. Medizin ist vor allem in der Hausarztpraxis zuallererst immer noch ein Beziehungsgeschäft. Es geht um unsere kommunikative Kompetenz, etwas, was von den Patienten heutzutage am meisten kritisiert wird. Themen sind Symmetrie statt Dominanz, Arbeitsbündnis, Klärung des Auftrages, Transparenz, Verbindlichkeit.

Wenn wir wirklich Spezialisten des Alltages sind, Spezialisten von Beziehungen in komplexen (Familien) Systemen, dann ist gerade auch hier Qualitätssicherung wichtig.

Dazu Herr Minning von der Hochschule Solothurn: *«Die Beziehungsarbeit, die Beziehungskompetenz und das Beziehungsmanagement entscheiden über Erfolg von Organisationen und Institutionen. Die Beziehungsarbeit zielt hauptsächlich auf die Verbesserung des Angebotes, der Dienstleistung und nicht auf die Erhaltung der Institution. Eine beziehungsfähige Organisation zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass sie Beziehungen zu den wichtigen Partnern – auch zu den Gegnern – bewusst reflektiert, aufbaut, entwickelt, festigt und auch wieder auflöst, wenn dies dem Produkt dienlich ist.»*

Hier ist lebenslanges Lernen gefragt, auch wenn einige Gelehrte immer noch meinen und vertreten, dass gesunder Menschenverstand und Eloquenz genügen.

... und sich Kreise wieder schliessen

Mit dem Messen, dem Transparentmachen von Qualität und dem bewussten Beziehungsmanagement beginnen die Veränderungen. Hautnah und in wohlwollender, konstruktiver Atmosphäre durften wir dies in Kandersteg erleben.

So bringt/brachte uns Qualitätssicherung nicht nur persönlichen Nutzen, sondern ist auch mit viel Spass und Entlastung verbunden. Aufwand und Ertrag, Kosten und Nutzen liegen in einem sehr guten Verhältnis! Qualitätssicherung, die auch mehr (eigene) Lebensqualität bringt, ist sicher sinnreich und wertvoll.

Nicht trotz, sondern gerade auch wegen einer individuell genutzten und optimal eingesetzten Qualitätssicherung kann der Mensch im heute so komplex und schwer steuerbaren Gesundheitswesen genügend wahr- und ernstgenommen werden. Der Patient muss für uns im Zentrum bleiben. Dabei ist er uns im Alltag und in der Patientenbefragung ein ganz wichtiger Verbündeter:

Wisst Ihr, wo ich in meiner zehnjährigen Forschungsarbeit in Zusammenhang mit der nationalen und internationalen Qualitätssicherung am meisten gelernt habe? Von meinen Patienten! (Beat Künzi)

Und wer immer noch Angst hat vor noch mehr und vor allem zu vielen unnötigen Regeln und Richtlinien und seine persönliche Freiheit endgültig bedroht und verloren glaubt, dem sei versichert, dass nie alles messbar sein wird, so wie auch nie alles geregelt, gesteuert und geplant werden kann – denn das Leben besteht nun einmal aus Unvorhersehbarem, Unmessbarem, Unverständlichem und aus dem Unsagbaren.

Die «Ausbildung in der Hausarztpraxis» von Studenten/Assistenten und MPA soll das Thema des Winterseminars 2006 sein – wir sind für unseren Nachwuchs selber verantwortlich! Ein Teil soll auch gemeinsam mit den MPA stattfinden, denn ein weiterer Schwerpunkt soll das Praxisteam sein. Es besteht bereits ein provisorisches Datum: 9.–11.3.2006 (Ort: wahrscheinlich Kandersteg).

Ich freue mich jetzt schon mit Eugen Häni auf drei intensive Tage «Qualität und Veränderung» in unseren Berner Bergen.

Man muss noch Chaos in sich haben, um einen tanzenden Stern gebären zu können. (Nietzsche)

Wer hat das letzte Wort?

Wie das Gebären ist auch das Schwangersein (und Werden) ein Prozess – oder etwas passender: Weg, Wachstum und Entwicklung irgendwo zwischen Arbeit und Lust. Das gilt auch für das Schreiben eines Artikels oder für die Qualitätssicherung. Dies ist mir hier und jetzt einmal mehr bewusst geworden. Ein wichtiger Aspekt der Prozessqualität ist nicht nur ein geschulter Blick für die Veränderungen im Ganzen, für die verschiedenen Beziehungsebenen und all die Zwischentöne, sondern auch die Achtsamkeit für das einzelne Wort. In der deutschen Übersetzung der Wonca-Definition wird von *Sicherstellung* einer höchsten *Qualitätsanforderung*⁴ gesprochen, die SGAM hat sich erlaubt, den Begriff *Qualitätsförderung* einzuführen. Ist damit nicht auch der Übergang vom paternalistisch-autoritären und kritischen zu

⁴ Im Originaltext heisst es: It (this consensus statement) delineates the essential elements of the academic discipline and provides an authoritative view on what family doctors in Europe should be providing in the way of services to patients, in order that patient care is of the highest quality and also cost effective.

Die Übersetzung lautet: Sie umreisst die wesentlichen Elemente der akademischen Disziplin und beinhaltet eine verbindliche Darstellung der Leistungen, die Ärzte für Allgemeinmedizin/Hausärzte in Europa zur Sicherstellung einer höchsten Qualitätsanforderungen entsprechenden und gleichzeitig kostenwirksamen Patientenbetreuung erbringen sollten.

einem mehr partnerschaftlich-fördernden und wohlwollenden Denken nachvollzogen – so wie in der Arzt-Patient-Beziehung, wo in erster Linie immer wieder die gegenseitige Autonomie gefördert und gewahrt werden soll? Vielleicht finden wir mit der Zeit noch andere, neue Worte z.B. Qualitätsbegeisterung? Vielleicht höre ich das Gras wachsen, doch gehört dies nicht auch zu unserer hausärztlichen Arbeit «im Felde». Denn gerade solche Nuancen scheinen mir wichtig auf unserem Qualitätsweg, wo die Worte das Denken widerspiegeln und umkehrt wieder beeinflussen.

*Achte auf deine Gedanken, denn sie werden Worte.
Achte auf deine Worte, denn sie werden Handlungen.*

Achte auf deine Handlungen, denn sie werden Gewohnheiten.

Achte auf deine Gewohnheiten, denn sie werden Dein Charakter.

Achte auf deinen Charakter, denn er wird Dein Schicksal.

aus dem Talmud

Literatur

- 1 Frank O. Qualitätssicherung – auch aus der Sicht der Patienten. Schweiz Ärztezeitung 2005;85:353–4.

Dr. med. Michael Deppeler
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, FIHAM Bern, swissdoc
Kirchlindachstrasse 7
CH-3052 Zollikofen
michael.deppeler@hausarzt-bern.ch

Apropos

Die Fakultäre Instanz für Hausarztmedizin (FIHAM) Bern schreibt eine 60–80%-Stelle für eine Geschäftsführerin / einen Geschäftsführer aus. Bitte beachten Sie dazu das Inserat in diesem Heft von PrimaryCare.