

## Allgemeinmedizin

# Qualitative Qualität

**Bruno Kissling**

ElfenauPraxis, Bern

An der ausserordentlichen Generalversammlung vom 17.12.2015 haben sich die *Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM)* und die *Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM)* zur neuen *Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)* zusammengeschlossen. Als erstes gemeinsames Projekt haben sie die Entwicklung eines Qualitätskonzepts [1] in die Hand genommen. Auf dem Boden von Guidelines soll unter Einbezug des Patienten und mit dem Instrument des «*shared decision making*» ein patientenbezogenes Ziel definiert und angestrebt werden. Durch die Qualitätsindikatoren «erreicht» oder «nicht erreicht» soll die Qualität messbar gemacht werden. Als Basis dieses Konzepts sollen für die Grundversorgung geeignete Guidelines multidisziplinär erarbeitet werden.

## Personenzentrierte Ansätze im Qualitätskonzept der SGAIM

Guidelines multidisziplinär zu erstellen und auf Krankheitssituationen bei multimorbiden Patienten, wie wir sie heute nicht nur in der Hausarztmedizin in grosser Zahl betreuen, auszurichten – eine goldrichtige Richtung. Eine pionierhafte herkulische wissenschaftliche Aufgabe ohne grosse Vorbilder. Wunderbar, dies anzupacken.

Medizinische Entscheidungen gemeinsam mit den Patienten zu treffen und deren persönliche Situation und Bedürfnisse einzubeziehen – äusserst begrüssenswert. Den Auftrag des Patienten an den Arzt aktiv ins Spiel zu bringen – oft vernachlässigt, doch unbestreitbar wichtig. Die Idee von Qualitätsindikatoren, die an einem von Arzt und Patient gemeinsam entwickelten Ziel ausgerichtet sind, formulieren – ein innovativer und zukunftsweisender Beitrag zum Qualitätsdiskurs.

Diese individualisierten Indikatoren zu messen – die Chance, einen Schritt in Richtung gegenstandsangemessener Methoden zu tun, weg von rein quantitativen Messungen, hin zu qualitativen oder gemischt quantitativ/qualitativen Beurteilungen.

## Von einer quantitativen technischen zu einer qualitativen personenbezogenen Qualität

Mit den individualisierten Qualitätsindikatoren wird unweigerlich die Frage nach der Qualitätsbeurteilung in den Raum gestellt. An dieser Frage scheiden sich die Geister.

Die politischen und administrativen Instanzen des Gesundheitswesens setzen vorwiegend auf quantitativ messbare, «objektive» Indikatoren. Diskriminierende Richtgrössen sollen zwischen «Gut» und «Schlecht», «Richtig» und «Falsch» unterscheiden. Qualitätssicherung ist das Ziel.

Für die Ärzteseite steht der Behandlungsprozess im Vordergrund. Dahinter steht ein ergebnisoffeneres Denken. Qualitätsförderung und Qualitätsentwicklung stehen im Vordergrund.

Eine wachsende Gruppe von global vernetzten Ärzten stellt den Patienten als Person ins Zentrum des Geschehens. Sie will eine personenbezogene Qualität entwickeln und fördern. Individuelle Begebenheiten des Patienten – «soft facts» – bekommen einen den medizinischen Daten – «hard facts» – ebenbürtigen Stellenwert. «Richtig» und «Falsch», «Gut» und «Schlecht» erhalten eine neue Dimension. Die im herkömmlichen Qualitätsdenken dominierende, aus der Industrie übernommene Maxime der Standardisierung (Donabedian) muss ihren Einfluss mit der Idee der «Varianz als Norm» (Abraham) [2, 3] teilen.

Mit dem Einbezug von personenbezogenen «soft facts» weicht sich der Qualitätsbegriff auf. Ein zukunftsorientierter Qualitätsdiskurs wird anerkennen, dass eine «objektiv» messbare Krankheit (*disease*) für jeden Menschen ein anderes subjektives Kranksein (*illness*) bedeutet. Und umgekehrt, dass sich bei manchem subjektiven Kranksein keine «objektiv» messbare Krankheit nachweisen lässt. Situationsgerechtes, unterschiedliches medizinisches Handeln wird zur Basis einer für alle gleich guten personenbezogenen Qualität.



Bruno Kissling

## «Kommunikation mit dem Patienten» und «Gestaltung der Konsultation»

Für ein personenbezogenes Umsetzen des Qualitätskonzepts der SGAIM spielen neben dem unverzichtbaren medizinisch-technischen, evidenzbasierten Wissen, das den Guidelines zugrunde liegt, auch das ärztliche Können und die ärztliche Haltung eine bedeutende Rolle: klinische Erfahrung, Selbstreflexion, gute Kenntnis des Patienten und seines Kontextes, Einfühlungsvermögen, Intuition ... Ein Oszillieren zwischen wissenschaftlicher Evidenz und persönlicher Erfahrung (Abraham) wird zur Grundlage für eine optimale Qualität.

Eine hohe, lernbare, Fähigkeit in der «Kommunikation mit dem Patienten» ist erforderlich. Eine Disziplin, die in der Ausbildung zunehmend einen wichtigen Platz einnimmt. Leider rückt sie während der Weiterbildung stark in den Hintergrund und vieles geht wieder verloren. Hand in Hand mit der kommunikativen Kompetenz geht die Fähigkeit zur «Gestaltung der Konsultation» [4]. Eine gut gestaltete Konsultation hat den Stellenwert eines therapeutischen Instruments. Sie gibt dem Arzt und dem Patienten Orientierung. Der Arzt kann alle wichtigen Elemente für die Diagnose der Krankheit sammeln. Darüber hinaus erfährt er viel über den Patienten als Menschen: sein individuelles Kranksein, wie er seine Probleme erlebt, welche Ressourcen zur Kompensation der Auswirkungen seines Problems er mit sich trägt, welche Bedürfnisse er hat, welche Erwartungen ihn bewegen, welchen Auftrag er dem Arzt erteilt. Gute Fragen stossen beim Patienten einen heilungsfördernden Reflexionsprozess an. Der Arzt kann den Patienten verständnisgerecht infor-

mieren. Gemeinsam können sie erarbeiten, was der Patient für sein Gesundwerden braucht, welche Unterstützungen – nicht-medizinische und medizinische – für ihn hilfreich sind.

## Gegenstandsangemessene Qualitätsmessungen in Kooperation mit den Geistes- und Sozialwissenschaften

Wie misst man all das? Quantitative Messungen allein dürften dieser komplexen Situation nicht gerecht werden. Qualitative Beurteilungsmethoden sind gefragt. Diese sind in der Medizin bis anhin wenig verankert. Das ruft nach einer wissenschaftlichen Zusammenarbeit mit den Geistes- und Sozialwissenschaften, wie zum Beispiel der Sozialanthropologie, die mit qualitativen Beurteilungsmethoden vertraut sind. Das Qualitätskonzept der SGAIM bietet die Chance, im Interesse einer bestmöglichen Qualität in allen diesen Bereichen pionierhaft tätig zu sein.

### Disclosure statement

Der Autor ist Co-Autor des Buches «Qualität in der Medizin – Briefe zwischen einem Hausarzt und einer Ethnologin», EMH Media 2015, und des Projekts «DocuMeducation Videobook®».

### Literatur

- 1 Brühwiler J, Gaspoz JM, Héritier F, Müller M, Zemp L. Qualitätskonzept als Herausforderung und Chance, SAEZ. 2015;96(29–30):1049–50.
- 2 Abraham A. Varianz als Norm, SAEZ. 2010;91:49.
- 3 Abraham A, Kissling B. Qualität in der Medizin, Briefe zwischen einem Hausarzt und einer Ethnologin, ISBN 978-3-03754-084-8, EMH Schweizerischer Ärzteverlag, 2015.
- 4 Gindrat S, Kissling B, Ryser P. in Kooperation mit Schwabe IT, DocuMeducation Videobook ©, ein e-learning tool für die Kommunikation mit dem Patienten und die Gestaltung der Konsultation (in Arbeit).

Korrespondenz:  
Dr. med. Bruno Kissling  
Hausarzt  
ElfenauPraxis  
Elfenauweg 52  
CH-3006 Bern  
bruno.kissling[at]hin.ch