

Qualität im Spannungsfeld von Evidenz und personenzentriertem Handeln

Ein interdisziplinärer Austausch

Quality Between Evidence-Based Medicine and Person-Centered Care

An Interdisciplinary Reflexion

Andrea Abraham¹, Bruno Kissling²

Zusammenfassung: Evidenzbasierte Erkenntnisse sorgen für das nötige medizinische Fachwissen. Dieses Wissen entwickelt sich durch berufliche Erfahrung und Intuition zu ärztlicher Kompetenz und Verhalten. Alle drei Bausteine sind im (haus)ärztlichen Berufsalltag unverzichtbar. Zusammen bilden sie die Grundlage für ein kontextbezogenes ärztliches Handeln und führen zu einer personenbezogenen Qualität. Je komplexer die Situation des Patienten, desto mehr wird die Varianz zur Norm, desto bedeutender werden Erfahrung, Intuition und situationsbezogenes Handeln. Für eine gegenstandsangemessene Qualitätsbeurteilung muss diesen Aspekten Rechnung getragen werden. Quantitative müssen durch qualitative Messmethoden ergänzt werden, um der allgemeinmedizinischen Epidemiologie und Phänomenologie gerecht zu werden. Im Artikel gehen die Autoren auf diesen Bedarf ein und berichten von ihrer langjährigen interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizin und Sozialanthropologie.

Schlüsselwörter: Komplexität; interdisziplinäre Zusammenarbeit; qualitative Qualitätsmessung; personenzentrierte Medizin

Summary: Evidence-based data constitute a crucial part of medical knowledge. Together with professional experience and intuition it develops into the physician's competence and performance. All three elements are indispensable for medical practice. They form the basis for context-sensitive doctoring and lead to a person-centered quality of care. The more complex the patient's situation the more are standards replaced by variety, and the more important become experience, intuition and situational action. Quality assessment must consider these specificities of family medicine and thus apply methods which acknowledge subject suitability. Quantitative measurements are to be complemented by qualitative methods to take into account family medicine's specific epidemiology and phenomenology. In their article the authors focus on this need and report on their longlasting interdisciplinary collaboration between family medicine and social anthropology.

Keywords: Complexity; Interdisciplinary Collaboration; Qualitative Quality Assessment; Person-Centered Medicine

Begegnung zweier Disziplinen

Bruno Kissling (BK): Am Anfang der Zusammenarbeit zwischen uns Hausärzten eines Berner Qualitätszirkels und Dir als Sozialanthropologin – oder Ethnologin, wie wir im Volksmund immer noch sagen – stand das Bedürfnis, unsere hausärztlichen Handlungsweisen nach außen verständlich zu machen. Nicht selten weichen diese von der medizinisch-technisch geleiteten Evidenz ab und lassen sich durch sogenannte, kaum je in der Krankengeschichte festgehaltene „soft facts“ leiten. Damit geraten wir Hausärzte in einen Erklärungsnotstand gegenüber den im Gesundheitswesen vorherrschenden mechanistischen und quantitativ orien-

tierten Qualitätssicherungsvorstellungen. Was nicht gemessen werden kann, existiert nicht. Diese Worte eines früheren Direktors des Bundesamtes für Sozialversicherungen hallen in meinem Ohr nach. Wir suchten nach Methoden, unsere personenbezogene hausärztliche Qualität zu messen, besser gesagt, darzustellen. Ist es ein Zufall, dass wir dabei ausgerechnet auf die Sozialanthropologie gestoßen sind?

Andrea Abraham (AA): Die Sozialanthropologie gründet auf der Erforschung komplexer, oft nicht quantitativ messbarer Lebenszusammenhänge und hat Methoden wie z.B. Interviews und teilnehmende Beobachtung entwickelt, welche die „dichte Beschreibung“ [1] von Forschungsfeldern erlauben. Die Medizinanthropologie als

Unterdisziplin befasst sich in diesem Bemühen mit Themen rund um Körper, Gesundheit, Krankheit, Um- und Versorgung. In unserer langjährigen Zusammenarbeit wurden wir beide des Öfteren staunend gefragt, was ein Hausarzt und eine Ethnologin zusammen machen. Dabei haben unsere beiden Disziplinen, wenn man ihre Kerntätigkeiten betrachtet, erstaunlich viele Parallelen: Bei beiden stehen Menschen und ihre Lebenswelten im Zentrum, von denen wir eine „Sozialanamnese“ machen. Beide Disziplinen sind interessiert daran, die komplexen Zusammenhänge, in denen Menschen leben und arbeiten, zu verstehen und zu systematisieren, und in unseren Interventionen (Forschung in meinem Fall, Behandlung in deinem Fall) dieser Komplexität und

¹ Institut Dialog Ethik, Schaffhauserstrasse 418, Zürich

² Elfenauweg 6, Bern

DOI 10.3238/zfa.2015.0522-0524

Individualität gerecht zu werden. So betrachtet macht eine Zusammenarbeit zwischen unseren beiden Fächern durchaus Sinn. Erstaunlicherweise hat sich die Medizinanthropologie trotz ihrer Bedeutung im angelsächsischen Raum in der Medizin im deutschsprachigen Raum nicht breit etablieren können, obwohl sie Fragen zu bearbeiten vermag, welche man mit statistischen Verfahren nur unzureichend ergründen kann. In unserer Zusammenarbeit haben wir gesehen, dass die sozialanthropologischen Methoden und Konzepte die Vielschichtigkeit, eben die Komplexität eurer Tätigkeit erfassen können.

Qualität breit gedacht

AA: Was bedeutet das nun in Bezug auf die Qualität? In unseren Augen ist sie nicht einfach die Summe festgelegter Qualitätsindikatoren, sondern sie ist eingebettet in eine spezifische ärztliche Sozialisation, in wissenschaftliche Paradigmen, lokale Praxisbedingungen, in ein gesellschaftliches Klima, in politische Diskurse, wirtschaftliche Verteilungskämpfe und Ansprüche auf Themenführerschaft. Hausärztliche Qualitätsvorstellungen mit Blick auf die besonderen Bedürfnisse eines jeden Patienten in dessen Lebenskontext und mit dessen Wertevorstellungen entstehen und bestehen somit nicht in einem luftleeren Raum. In unserem soeben erschienenen Buch „Qualität in der Medizin. Briefe zwischen einem Hausarzt und einer Ethnologin“ (siehe Kasten) [2] haben wir Qualität vor diesem komplex-adaptiven Hintergrund diskutiert und sie nicht in losgelösten Einzelteilen betrachtet.

BK: Bei fast allen medizinischen Handlungen von der Abklärung über die Behandlung bis zur Prävention, sogar bezüglich des Wirkungseintritts von einzelnen Medikamenten, beraten wir im (haus)ärztlichen Alltag individuelle Menschen: Auf dem Boden von quantitativ erhobenen statistischen Zahlen (hard facts), die in Leitlinien ihren Niederschlag finden. Zahlen, die meistens nicht im hausärztlichen Praxisumfeld, sondern in streng vorselektierten Gruppen erhoben worden sind, die auf keinen Patienten umfassend zutreffen, schon gar nicht auf hausärztliche Patienten. In relativen Zahlen ausgedrückt verzerren sie die Realität grotesk. Durch die Umrechnung von relativen auf absolute Zahlen kann der Wirklichkeitsbezug etwas verbessert werden. So kann eine in relativen Zahlen ausge-

drückte Wirkung von 50 %, in absolute Zahlen übertragen, klären, ob z.B. eine statt zwei Personen von 1.000 oder 25 statt 50 gemeint sind. In den uns allen bekannten Begriffen „number needed to treat“ (NNT) und „number needed to harm“ (NNH) findet diese Erkenntnis ihren Niederschlag. Doch selbst so wissen wir nur, in welche statistische Gruppe wir mit einer bestimmten Maßnahme einen Patienten „umtopfen“. Ob die angestrebte Wirkung auf ihn zutreffen wird oder nicht, bleibt immer unklar. Medizinische Entscheidungen aufgrund von Zahlen bleiben stets eine Lotterie.

Ohne „soft facts“ keine Qualität

BK: Die Evidenz der Zahlen mag noch so klar sein, für eine personenzentrierte Beratung für oder gegen eine medizinische Maßnahme – z.B. ein auf Jahre hinaus einzunehmendes Medikament – genügen die „hard facts“ nicht. Einem tragfähigen Entscheid muss mehr zugrunde liegen, als bloße Zahlenakrobatik. Dieses Mehr bedeutet den Einbezug von sogenannten „soft facts“. Damit gemeint sind lebensphilosophische und kontextuelle Hintergründe und Vorstellungen des Patienten, aber auch kritische Reflexionen auf Seiten der medizinischen Wissenschaft und des individuellen Arztes, ihre jeweiligen Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit, ihre Gewichtung von Risiken, ihr Veränderungswille etc. Bei vielen anstehenden

Entscheidungen dürfte sich zeigen, dass die Angst beim Patienten und auch beim Arzt, die wichtigste treibende Kraft sein dürfte: Etwas zu verpassen und dadurch zu Schaden zu kommen oder Schaden zuzufügen. Interessanterweise wird von Patienten und Ärzten der potenzielle Nutzen einer Maßnahme gerne über- und der potenzielle Schaden unterschätzt. So kann, unter Kenntnis der evidenzbasierten Zahlen und unter Einbezug der persönlichen Einstellungen, der für den Patienten angemessene Weg gefunden werden. Unter einem solchen, kritisch-reflexiven, umfassenden und ganzheitlichen Vorgehen, das „hard“ und „soft facts“ einbezieht, verstehe ich „Qualität in der Medizin“.

AA: Du bringst zum Ausdruck, dass die Hausarztmedizin über eine eigene Epidemiologie und Phänomenologie verfügt. Geht man von dieser Feststellung aus, müsste eigentlich alles, was mit der hausärztlichen Tätigkeit in Zusammenhang steht, diesem Umstand Rechnung tragen: So braucht es Evidenzgrundlagen und Studiendesigns, die dieser hausarztmedizinischen Epidemiologie und Phänomenologie angepasst sind und so auch einen direkten Erkenntniswert und Nutzen in der Praxis zulassen. Methodisch würde sich eine Öffnung gegenüber dem qualitativen Forschungsparadigma anbieten, um ausgewählte Phänomene in ihren komplexen Zusammenhängen und Tiefenstrukturen analysieren zu können. Eine auf die Hausarztmedizin zugeschnittene Weiter- und

Qualität. Kaum ein Begriff der Gegenwart ist so ausgelaugt und wird so ungenau verwendet. Kaum etwas kann so missverständlich benutzt werden wie die Qualität. In ihren Briefen reisen der Hausarzt Bruno Kissling und die Ethnologin Andrea Abraham diesem Begriff nach und führen die Leser an

bekannte und weniger bekannte Orte der Qualität in der Medizin. Bruno schreibt mit seinem medizinischen Innenblick und mit über 30-jähriger Berufserfahrung. Andrea bringt mit ihrem Außenblick die empirischen Ergebnisse ein, die sie in langjähriger Forschung im Feld der Hausarztmedizin erhoben hat. Die Autoren zeigen eindrucksvoll, dass es DIE Qualität in der Medizin nicht gibt. Qualität ist etwas Unfertiges, stetig Werdendes, eine Idee, die unser Denken durchflieht, ein Ziel, das Ärzte und Patienten gemeinsam anstreben. Das Ergebnis dieses Briefwechsels ist ein wissenschaftliches Buch in narrativer Form und allgemein verständlicher Sprache, gleichermaßen geeignet für medizinische Fachpersonen und ein interessiertes nichtmedizinisches Publikum.

ISBN 978-3-03754-084-8,
177 Seiten, 7 Abbildungen
in Farbe, broschiert,
CHF 19.50, € (D)
19.50, € (A)
21.00, im Juni 2015 beim
EMH Ärzteverlag,
Muttens (CH) erschienen,
erhältlich unter
www.emh.ch und im
Buchhandel.

Qualität in der Medizin

Briefe zwischen einem Hausarzt
und einer Ethnologin

Andrea Abraham Bruno Kissling

EMH/veda

Dr. phil. Andrea Abraham ...



... Jahrgang 1978, promovierte in Bern in Sozialanthropologie. Sie ist spezialisiert auf qualitative Forschungsmethoden im Bereich der Medizinanthropologie und leitet die Forschungsabteilung des interdisziplinären Instituts für Ethik im Gesundheitswesen „Dialog Ethik“ in Zürich. Zudem ist sie assoziierte Forscherin des Instituts für Sozialanthropologie der Universität Bern und Mitglied der Fachgruppe „Medical Anthropology Switzerland (MAS)“, deren Präsidentin sie von 2011–2014 war. Sie ist Verfasserin zahlreicher Fachartikel und Beiträge zum Thema Gesundheitswesen.

Dr. med. Bruno Kissling ...



... Jahrgang 1949, studierte in Bern Medizin. Seit 1982 arbeitet er als Hausarzt in seiner eigenen Praxis in der Stadt Bern. Zurzeit steht er vor der Praxisweitergabe. Zudem war er im Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin tätig, war Schweizer Delegierter bei Wonca sowie Mitbegründer und langjähriger Co-Chefredaktor der Schweizerischen Zeitschrift für Hausarztmedizin ‚PrimaryCare‘. Er ist Autor zahlreicher fachspezifischer Artikel. Daneben schreibt er lyrische Texte und wirkt mit seinen Wortschulpturen an Kunstausstellungen mit.

Fortbildung und die Kompetenzprofile für werdende Hausärztinnen und Hausärzte würden auf diese erweiterte und spezifizierte Evidenzgrundlage basieren und die Disziplin als solche greifbarer machen. Und schließlich wäre es nötig, dass auch Regulierungssysteme wie Leistungsvergütung und Qualitätsmessung den epidemiologischen und phänomenologischen Merkmalen der Hausarztmedizin Rechnung tragen. In unserer gemeinsamen langjährigen Auseinandersetzung mit den aktuellen Qualitätsdebatten im Gesundheitswesen haben wir die industrielle Grundlage des modernen Qualitätsdenkens gerade deswegen kritisiert, weil sie keine umfassende Lesart der Hausarztmedizin zulässt. Dies gilt auch für zahlreiche weitere Fachgebiete, die sich um die Betreuung und Begleitung von Menschen kümmern wie z.B. das Bildungswesen oder die Soziale Arbeit. Ein Großteil der heutigen Qualitätsansätze kann quantitativ Messbares erheben, aber nicht die „soft facts“, geschweige denn komplexe Zusammenhänge von „soft“ und „hard facts“. Auf diese Weise wird Qualität vorwiegend quantitativ operationalisiert, was weder den nicht quantifizierbaren Qualitätsdimensionen Rechnung trägt, noch eine eigentliche, von den Hausärztinnen und Hausärzten getragene Qualitätsentwicklung zulässt. Vor diesem Hintergrund plädieren wir dafür, dass von den wissenschaftlichen Grundlagen der Hausarztmedizin bis hin zu ihrer Regulierung die Implementierung des Kriteriums „Gegenstandsangemessenheit“ nötig ist.

Reflexion des modernen Qualitätsverständnisses

BK: Dieser kurze Dialog deutet den Leserinnen und Lesern der ZfA an, was bei der Lektüre unseres Buches in Briefform auf sie zukommen wird. Am Ende unseres Briefwechsels weiß ich persönlich nicht mehr über die Medizin als zuvor. Aber es geht mir besser. Ich fühle mich bestätigt, und ich ahne es nicht nur, dass die Hausarztmedizin auf dem richtigen Weg ist. Für sie steht der Mensch im Zentrum, jeder einzelne Mensch mit seinen ureigenen Bedürfnissen. Auf dem gemeinsamen Weg teilen wir Ärzte und Patienten die dem Leben und der Medizin innewohnende Unsicherheit. Zusammen versuchen wir einen angemessenen Weg durch die Möglichkeiten und Zwänge der modernen Medizin und der Gesellschaft zu gehen. In gegenseitigem Einvernehmen unterlassen wir manches Unnötige, praktizieren die quartäre Prävention [3]. Wir befassen uns mit der „Varianz als Norm“ [4] und einer personenzentrierten Qualität. Wir haben gesehen, dass es DIE Qualität nicht gibt. Sie ist „etwas stetig Werdendes“ [2], etwas gemeinsam zwischen Arzt und Patient zu Schaffendes, etwas nicht genau Definiertes, aber alles Durchdringendes, dem man sich ständig annähert. Sie ist ein Ziel, das man ständig weiter entwickeln muss und das wegen der zahllosen Interaktionen in der Regel nicht einfach mit Zahlen gemessen werden kann.

AA: Seit den 1990er Jahren erlebt der Qualitätsbegriff in der Medizin Hochkon-

junktur. Während meiner Forschung bin ich Hausärzten begegnet, die mit diesem Wort aufgrund seiner Entleerung und Abgedroschenheit nichts mehr anfangen können. Für andere wiederum ist Qualität Stimulus für die individuelle oder kollektive Auseinandersetzung mit den Grundlagen, Prinzipien und Herausforderungen einer guten Medizin. Ob entleerter Begriff, Reizwort oder Stimulus: Das moderne Qualitätsdenken, das seit mehr als 20 Jahren die Debatten im Gesundheitswesen prägt, bewegt die Menschen. Wie wir mit unserem Buch verdeutlichen, lassen sich Qualitätsdiskussionen nicht auf die Ärztinnen und Ärzte und ihre Sprechzimmer begrenzen, sondern sind viel weitreichender und komplexer. So braucht es denn auch unterschiedliche Werkzeuge und narrative Räume, um über Qualität in ihrer ganzen Breite nachzudenken und an ihr zu arbeiten. Dazu bedarf es einer Öffnung des Qualitätsdiskurses in methodischer, epistemologischer und theoretischer Hinsicht und den Einbezug verschiedener, sich für die Zukunft des Gesundheitswesens mitverantwortlich führender Akteurinnen und Akteure.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadressen

Dr. phil. Andrea Abraham
 Institut Dialog Ethik
 Schaffhauserstrasse 418, CH-8050 Zürich
 Tel.: +41 (0)44 252 42 01
 aabraham@dialog-ethik.ch

Dr. med. Bruno Kissling
 Elfenaueweg 6, CH-3006 Bern
 Tel.: +41 (0)31 352 48 50
 Bruno.kissling@hin.ch

Literatur

1. Geertz C. Dichte Beschreibung: Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1983
2. Abraham A, Kissling B. Qualität in der Medizin. Gespräche zwischen einem Hausarzt und einer Ethnologin. Muttens: EMH Ärzteverlag, 2015
3. Jamouille M. La prévention quaternaire, une tâche explicite du médecin généraliste. Entretien conduit par Julien Nève avec Marc Jamouille, médecin de famille. Prim Care 2012; 12: 136–137
4. Abraham A. Varianz als Norm. Hausärztliche Vorstellungen von guter Medizin. Schweiz Ärztezeit 2010; 91: 1967–1970