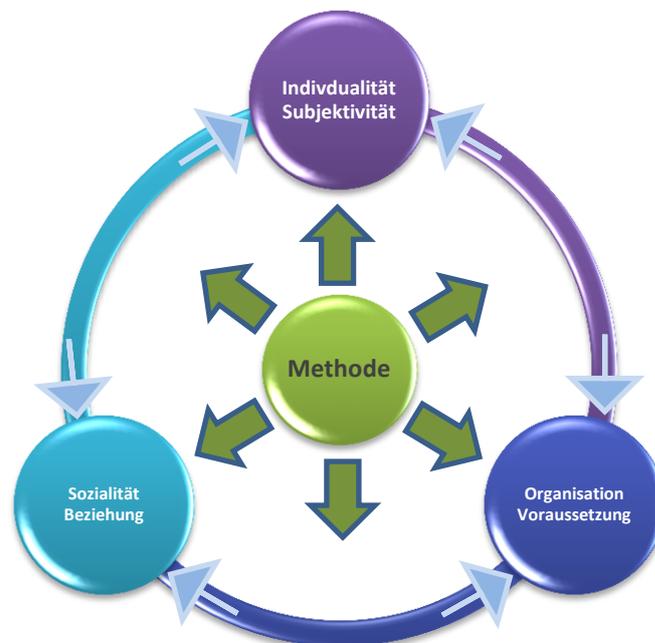


Präambel

Qualität wird heute überwiegend als Absicherung einer Güte unter dem ökonomischen Diktat von Effizienz verstanden. Die Ökonomie versteht darunter den Erhalt und Ausweis einer vorgegebenen Endqualität überwiegend durch Standardisierung von Vorbedingungen und Produktionsprozessen. Was für eine Industrieproduktion oder in der Medizin zum Beispiel für standardisierbare Verfahren (Operationsverfahren, Laboruntersuchungen, Röntgenanwendungen usw.) richtig ist, muss in einem nicht standardisierbaren Kontext, wie es jede Konsultation in der Arztpraxis darstellt, zu unsinnigen Resultaten führen. Das heutige, von der Industrie übernommene Qualitätsdenken reduziert die Qualität auf messbare Verfahren, welches die Beziehungsdienstleistung als zentralen Anteil ärztlicher Tätigkeit nicht abzubilden vermag. Wir suchten deshalb nach einem Verfahren, das diese quantitative Qualität mit einem qualitativen Qualitätsbewusstsein ergänzen kann. Ausserhalb der Medizin wurde in der sozialen Qualitätsforschung dieses Denken entwickelt, in diesem grösseren Rahmen steht das im heilpädagogischen Bereich entwickelte Qualitätsverfahren „Wege zur Qualität“. Unsere engagierte Zielsetzung ist es, dieses Verfahren sowohl auf ein Ärztenetz als auch die niedergelassene Praxis zu adaptieren und weiterzuentwickeln.

Untenstehendes Diagramm fasst unser Qualitätsverständnis bildhaft zusammen. Der Kreis mit den drei Kerndimensionen und deren Beziehungen untereinander widerspiegelt die um-fassende Sicht dieses Verständnisses sowie die Komplexität der jeweiligen Ausgangssituation. Aussagen über die Qualität dieses Gesamtsystems lassen sich nur durch eine Methode gewährleisten, welche sowohl die Teilaspekte als auch deren gegenseitige Beziehungen untereinander beschreiben kann.



"Sei selbst die Veränderung, die du in der Welt sehen willst." Nach Mahatma Gandhi wollen wir die Entwicklung der Individualität (Arzt, Patient, MPAs) als den entscheidenden Faktor betrachten, von dem aus das gesamte Qualitätsbestreben angegangen werden kann.

1. Aspekt: Individualität oder Subjektivität

Ausgangspunkt unseres Qualitätsdenkens sind einerseits alle im Praxisalltag involvierten Individuen und andererseits ihr Alltagserleben. Individualität lässt sich naturgemäss nicht standardisieren, andernfalls handelte es sich nicht mehr um Individualität. Ebenso können Alltagserlebnisse in ihrer subjektiven Einmaligkeit nicht reproduziert werden. Daher lassen sich weder Individuen noch Erlebnisse durch Erhebung von reduzierenden Messparametern in ihrer Gesamtheit abbilden und vergleichen. Einem Bild eines Individuums oder eines Erlebnisses können wir uns nur durch Beschreibungen annähern (Datenerhebung durch Narration):

Landschaft der Qualität

*weit wie das Meer
stark wie die Berge
schützend wie der Wald
erfrischend wie eine Quelle
klar wie ein Bergsee
blühend wie eine Sommerwiese
und still -
wie ein unberührter Wintermorgen.*

„Jeder Mensch ist ein anderes Land“ (aus Afrika)

Der Praxisalltag bildet einen vielseitigen Raum für Dialog und Begegnungen. Deren Qualität wirkt sich unmittelbar auf die Beziehung zu den Patienten aus. Statt die Prozesse der Zusammenarbeit lediglich auf „möglichst effiziente und fehlerfreie Techniken“ zu reduzieren, wird angestrebt, sie als Quellen der persönlichen Bereicherung und institutioneller Innovation zu gestalten.

2. Aspekt: Sozialität oder Beziehung

Die grundlegende Situation unserer Qualitätsarbeit ist die Beziehung, die sich auch als Sozialität beschreiben lässt. Wir verstehen unter einer Beziehung immer eine Interaktion zwischen Individuen. Nur in einer interagierenden Beziehung mit einem Aufeinanderzugehen mit dem Ziel einer gegenseitigen Perspektivenübernahme kann Vertrauen entstehen, welches wir seinerseits als Voraussetzung für jeden echten Dialog verstehen. Ärztliche Arbeit verstehen wir damit primär als eine Beziehungsdienstleistung. Das Verrichten einer Handlung ausschliesslich in eine Richtung, zum Beispiel im Rahmen einer biologistisch verstandenen, rein kausalen Abfolge von Symptom-Diagnose-Therapie, fassen wir nicht als Beziehung auf, sondern als die Anwendung eines spezifischen Verfahrens. Beziehungen finden sich in der Arztpraxis auf drei Ebenen: Arzt-Patienten-Beziehung, Teambeziehungen und Beziehungen der Praxis nach aussen.

„Nur wo der Arzt selber betroffen ist, wirkt er. Nur ein Verwundeter heilt“ (C.G. Jung)

Die zentrale Aufgabe der Organisation besteht in der Ermöglichung und Unterstützung der medizinischen Kernleistungen (berufsspezifische Fähigkeiten, Behandlungsprozesse, Beziehungsdienstleistung und individuelle Entwicklung). Sie soll möglichst schlank, flexibel, der Praxiskultur angepasst sein und Gestaltungsräume einhalten.

3. Aspekt: Organisation

Darunter verstehen wir die Voraussetzungen innerhalb der Praxis. Diese umfassen einerseits die berufsspezifischen Fähigkeiten der in der Praxis Arbeitenden. Die Basis hierfür ist die Erhaltung der spezifischen Fachkompetenz. Fähigkeit beinhaltet jedoch gleichwertig auch Anwendungskompetenz im Sinne des hier beschriebenen Qualitätsverständnisses. Andererseits gehören neben den Fähigkeiten auch alle objektivierbaren Prozesse und die Praxisgestaltung bzw. -organisation dazu. All diese Voraussetzungen sind als dynamische Entwicklungen zu begreifen, die einerseits der Praxis von aussen vorgegeben werden, sich andererseits aus der Praxis heraus selber entwickeln. Äussere Einflüsse lassen sich nur sehr eingeschränkt modifizieren. Im Vordergrund stehen deshalb Veränderungen bzw. Entwicklungen praxisinterner Prozesse mit dem Ziel, Freiräume zu schaffen, welche die Entwicklung des Individuums und seiner Beziehungen ermöglichen. Dazu gehört auch die Erfahrungs- und Gestaltungsmöglichkeit der eigenen Lebenswelt der ÄrztIn als wichtigste Voraussetzung für verstehende Begegnungen (Selbstfürsorge).

„Welch feine Elastizität hat der Faden einer Spinne, einer Seidenraupe! Und die Künstlerin zog ihn aus sich selbst, zum offenbaren Erweise, daß sie selbst ganz Elastizität und Reiz, also auch in ihren Trieben und Kunstwerken eine wahre Künstlerin sei, eine in dieser Organisation wirkende kleine Weltseele.“ (Johann Gottfried von Herder)

Die angewandte Methode besteht in einem konsequenten Hin- und Herpendeln innerhalb zweier Spannungsfelder: Zwischen Handeln und Reflexion einerseits, andererseits zwischen Alltag und Erkenntnis vor dem Hintergrund einer selbst gesetzten Zielrichtung (alias Mission). Dabei befasst sie sich mit den Perspektiven der persönlichen Entwicklung (Ich), der Beziehungsdienstleistung (Wir) und der Organisation (Es). Objekte ihrer Anwendung sind die medizinische Kernaufgabe der Sprechstunde, der Praxis und der Umgang mit ihrem gesellschaftlichen Umfeld.

4. Aspekt: Methode oder Wegbeschreibung

Individualität, Sozialität und Organisation stehen untereinander in einer engen Wechselbeziehung. So können nur das Ineinanderwirken der Person der ÄrztIn, ihrer Art zu praktizieren sowie der Ausgestaltung und Organisation ihrer Praxis ein kohärentes Gesamtbild ergeben. Eine Qualitätsmethode muss sowohl die Entwicklung der einzelnen Kerndimensionen als auch deren Beziehungen untereinander erfassen können. So kann diese Qualitätsmethode als Abbildung verstanden werden, welche diese mit den selbst gesetzten Zielvorstellungen (Mission) nicht nur abgleicht, sondern auch nach innen und aussen verständlich macht.

Dort wo die beiden Aspekte Subjektivität und Beziehung im Vordergrund stehen, paradigmatisch in der Arzt-Patienten-Beziehung, wird ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess in erster Linie durch eine strukturiertes Vorgehen gewährleistet. Das Verfahren „Wege zur Qualität“⁴¹ beschreibt dieses Vorgehen phasenhaft: Erst auf eine vorbereitende Antizipation der jeweiligen Beziehung erfolgt die eigentliche Handlungsphase (Kompetenzanwendung) mit Bestimmung der Handlungsziele und der Umsetzung in konkretes Handeln. Als dritte Phase schliesst sich ein kritischer Rückblick auf das Handeln und dessen Ergebnisse an unter Einbezug der Resonanz aller Beteiligten. Durch dieses strukturiert reflektierende Vorgehen wird bei Beziehungsdienstleistungen ein sowohl Individualität als auch Subjektivität berücksichtigender Erkenntnisprozess gewährleistet. Solche Entwicklungsprozesse lassen sich in erster Linie durch Beschreibungen (Narrationen) darstellen und nach aussen erkennbar machen.

Anzumerken ist, dass dieses Vorgehen einer idealtypischen Verfahrensweise entspricht, die im Praxisalltag mit seinen zeitlichen Ansprüchen zu individualisieren ist. So wird sich am einen Ende des Spektrums, beispielsweise bei Notfall- oder Kurzkonsultationen, diese Vorgehensweise vor allem in der Entwicklung einer Haltungsänderung im Sinne von Zeitqualität zeigen, jedoch am andern Spektrumende, beispielsweise bei der Betreuung von Langzeitpatienten mit chronischen Krankheiten oder bei Multimorbidität, das jeweilige Vorgehen in Richtung des geschilderten Ideals entfalten können.

Bei objektivierbaren Prozessen, die vor allem im Organisationsbereich zu verorten sind, stellen quantitative Qualitätsmessungen die Grundlage für die kontinuierliche Reflexion dar (auch Messresultate als Abstrakta bleiben interpretationsbedürftig).

Zusammenfassung: 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.

[„Alle Methode ist Rhythmus“ \(Novalis\)](#)

03.11.2015 – Dagmar Wemmer, Hubert Gantenbein, Bernard Hucher, Werner Eugster

ⁱ www.wegezurqualitaet.info