

Hausärztliche Vorstellungen von guter Medizin*

Varianz als Norm

Andrea Abraham

Medizinanthropologin am Institut für Sozialanthropologie der Universität Bern, und Marie Heim-Vögtlin, (SNF-)Stipendiatin, arbeitet zur Zeit an ihrer Dissertation zum Qualitätsdiskurs in der Hausarztmedizin. Mitglied des Stadtberner Qualitätszirkels Elfenau, aktives Mitglied von Medical Anthropology Switzerland (MAS), einer Kommission der Schweizerischen Ethnologischen Gesellschaft (SEG).

* Dieser Artikel entstand im Rahmen der sozialwissenschaftlichen Studie «Quality and Complexity in Primary Health Care: A Medical Anthropological Study», einem Gemeinschaftsprojekt des Stadtberner Qualitätszirkels Elfenau und der Autorin. Das Projekt wurde 2008–2010 von der RRMA/SAMW finanziert. Das Folgeprojekt wird bis 2012 als Dissertation vom Schweizerischen Nationalfonds finanziert. Herzlicher Dank gilt dem QZ Elfenau, insbesondere Bruno Kissling, Helen Hartmann und Sylviane Neuenschwander, die sich seit vielen Jahren mit dem Thema Qualität und Komplexität befassen und dieses Projekt initiiert und massgeblich mitgeprägt haben.

** Die Literaturangaben finden sich im Internet unter www.saez.ch → Aktuelle Nummer oder → Archiv → 2010 → 49.

Korrespondenz:
Lic. phil. Andrea Abraham
Universität Bern
Institut für Sozialanthropologie
Länggassstrasse 49a
CH-3000 Bern 9
Tel. 031 631 53 72
abraham@anthro.unibe.ch

Die Reise der Qualität

Die ärztliche Reflexion der eigenen professionellen Haltung und Identität ist so alt wie die Geschichte der Medizin, wie der hippokratische Eid illustriert. Der moderne Qualitätsgedanke, wie er heute für die Medizin relevant ist, unternahm seine ersten zögerlichen Schritte im angehenden 20. Jahrhundert [1, 2]**. Seit der industriellen Revolution der späten 1940er Jahre reist er als «travelling concept» [3] mit hoher Geschwindigkeit durch die Jahrzehnte, durch Wirtschaftszweige, politische Gefilde, Professionen, Disziplinen, Märkte und Rhetoriken. In kaum einem Bereich des Lebens, Arbeitens und Sterbens wird nicht über Qualität und deren Sicherung sinniert. Qualität ist somit selbstverständlicher Teil eines globalisierten Vokabulars, einer globalisierten Sprache geworden. Auf ihrer Reise von Industrie zu Medizin – von W. Edwards Deming zu Avedis Donabedian – wurde die Etablierung der Qualitätsidee durch bestimmte gesellschaftliche Umbrüche begünstigt: So spielten mitunter die Notwendigkeit einer neu formulierten Medizinethik nach dem Zweiten Weltkrieg eine Rolle, aber auch die Formierung westlicher Gesundheitssysteme, Diskussionen um professionelle Autonomie und patientenzentrierte Behandlungen, die rasanten Entwicklungen im biomedizinischen Bereich und nicht zuletzt neoliberale Denkansätze. Was hier in einem Satz kondensiert ist, soll illustrieren, dass gegenwärtige Qualitätsdiskussionen in einem breiten gesellschaftshistorischen Zusammenhang stehen: Sie sind gebunden an die Entwicklungen, Werterhaltungen und Interessen der letzten hundert Jahre. Dieses Abhängigkeitsverhältnis von Qualitätsidee und Kulturgeschichte macht Qualitätsdiskussionen zwangsläufig zu einem Feld voller Reibung und Aushandlung.

Mit der Revision des Schweizer Krankenversicherungsgesetzes 1996 wurde medizinische Qualität nicht mehr als interne Angelegenheit der einzelnen Ärztesellschaften betrachtet, sondern als Aushandlungsgegenstand verschiedener – auch medizinfremder – Akteure festgelegt. Das damit initiierte Ringen um Definition, Messung und Kontrolle von Qualität hatte ein bislang in der Medizin unbekanntes Phänomen zur Folge: die Verwendung von «Qualität» als rhetorische Strategie aller involvierten Akteure. Kaum ein gesundheits- oder standespolitisches Statement verzichtet im Moment auf den Qualitätsbegriff. Längst wird er nicht mehr definiert, aber er muss aufgeführt werden, um die eigene Position, die eigenen Interessen und Zukunftsvisionen zu legitimieren. Durch die inflationäre und strategische Verwendung

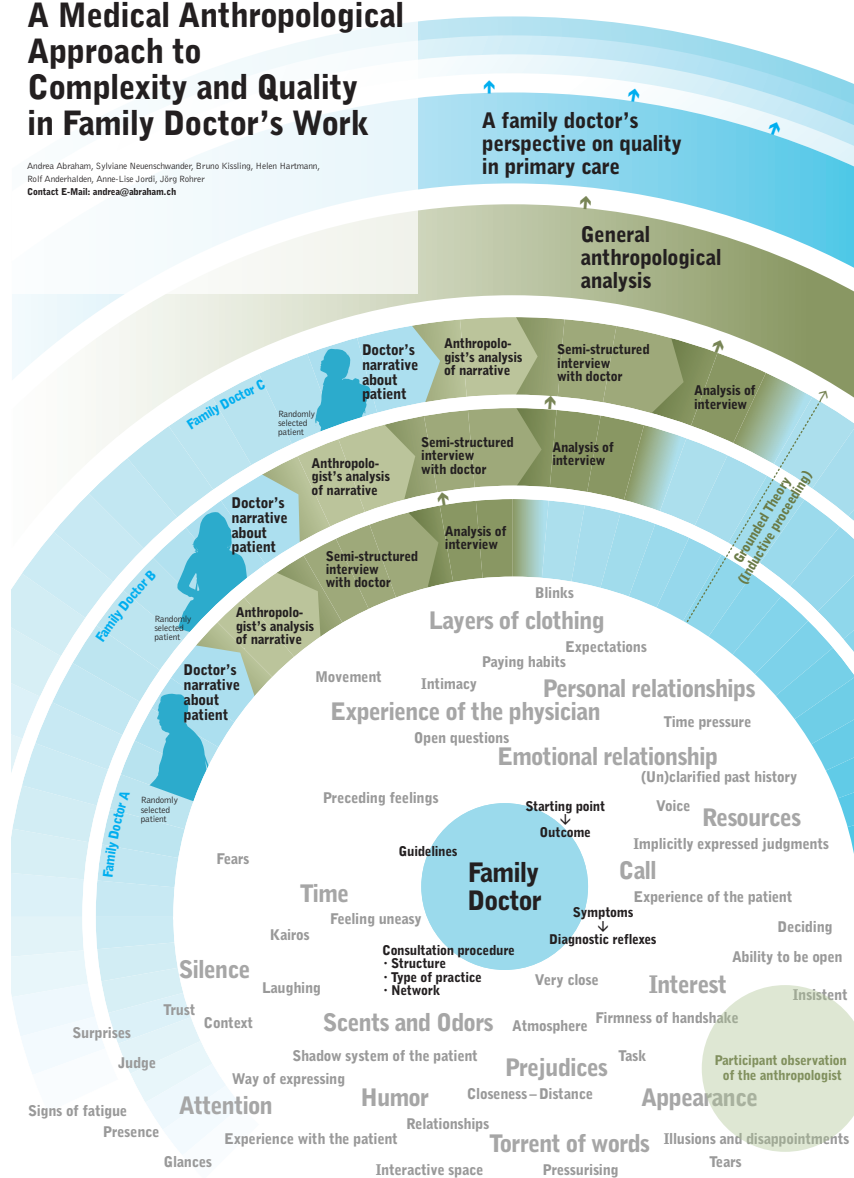
Qu'est-ce qu'une médecine de bonne qualité du point de vue des médecins de famille? *

Depuis les temps modernes, la qualité est devenue une évidence. Elle est étroitement liée à l'histoire culturelle de ces dernières décennies, ce qui en fait un champ de perpétuelles tensions. La rhétorique utilisée en matière de qualité réunit certes différents acteurs du monde médical et du domaine de la santé, mais elle oublie aussi que la signification du mot qualité est toute autre. C'est la raison pour laquelle les discours sur la qualité sonnent souvent creux, manquent de précision ou n'ont pas de rapport avec la réalité professionnelle des médecins de famille. L'analyse ethnographique révèle que la notion de la qualité chez les médecins de famille ne se laisse guère standardiser ou quantifier, étant donné que la variabilité est inhérente à leur profession. La qualité est donc un concept individuel qui varie suivant le contexte et la perspective de chacun. Cela s'oppose aux évaluations de la qualité actuelles dont les objectifs – fixés à priori – sont mesurés et représentés de manière quantitative. Ces évaluations s'ancrent dans un paradigme positiviste qui croit qu'il est possible de mettre en évidence le degré d'objectivité, de véricité et d'exactitude. En raison de la pluralité des intérêts économiques et professionnels en jeu dans le débat actuel sur la qualité, il importe d'aborder ce sujet par le regard extérieur et indépendant de la recherche fondamentale en science sociale, qui ne s'est pas encore penché sur cette question.

wurde der Qualitätsbegriff nicht etwa geschärft, sondern vielmehr zerfleddert. Als Folge davon bezeichnet er nur selten ein ausgereiftes Konzept, so dass Qualitätsdiskussionen zuweilen leer und verwirrend anmuten [4]. Die vermeintlich gleiche Qualitätssprache und die Selbstverständlichkeit, wie Qualitätsbegrifflichkeiten eingesetzt werden, täuschen über den Umstand hinweg, dass die unterschiedlichen Akteure oft nicht dasselbe darunter verstehen. So bilden Begriffe

A Medical Anthropological Approach to Complexity and Quality in Family Doctor's Work

Andrea Abraham, Sylviane Neuenschwander, Bruno Kissling, Helen Hartmann, Rolf Anderhalden, Anne-Lise Jordi, Jörg Rotherer
Contact E-Mail: andrea@abraham.ch



Art von Fragen war für das ethnographische Forschungsprojekt, das diesem Artikel zugrunde liegt, leitend.

Das aktuell stattfindende Qualitätsmonitoring der FMH verfolgt teilweise genau diesen Ansatz: Es werden jene ärztlichen Aktivitäten gesammelt, welche die Ärztinnen und Ärzte selber als Qualitätsarbeit verstehen. Eine in diesem Zusammenhang verwendete Illustration, eine Schreibtischlampe, welche eine statistische Kurve beleuchtet [5], ist hingegen Ausdruck von Qualitätsmessungen im klassischen Sinn. Bei der Forschung, aus der dieser Artikel hervorgeht, geht es um das Negativbild dieser Illustration, nämlich um die Beleuchtung des Dunkelbereiches ausserhalb des Lichtkegels – und somit ausserhalb des statistisch Messbaren. Die in der medizinischen Forschungslandschaft der Schweiz nur marginal angewandte qualitative Sozialforschung greift auf Methoden zurück, welche die Erhebung solcher Aspekte ermöglichen.*

Hausärztliche Qualitätsvorstellungen: Varianz als Norm

In den Interviews wird «Qualität» kaum je als solche genannt. Vielmehr sprechen die Hausärztinnen und Hausärzte von «gutem» Arzt, «zufrieden mit mir selber», von «vernünftiger Medizin», und von «Richtigkeiten abwägen». Obwohl sie in diesem Zusammenhang Begriffe nennen wie Zeiteinteilung, Kostenabwägung, Handlungsreflexion, Berufserfahrung, Spezialisierung, Guidelines, Intuition, Fort- und Weiterbildung, Fehlerkultur und professionelle Vernetzung, kommt deutlich zum Ausdruck: Qualität ist für sie ein individuelles Konzept und ein persönlicher Anspruch an die eigene Arbeit und Rolle, der nicht fragmentarisch betrachtet werden kann. Was sie unter Qualität verstehen, ist geprägt davon, was ihr Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist, wie sie das Leben und den Tod betrachten, was sie in der Beziehung zu den Patientinnen und Patienten als wichtig erachten, wie sie beruflich sozialisiert wurden, und in welchem Rahmen sie ihren Beruf ausüben. So wie ihre Patientinnen und Patienten haben also auch Hausärztinnen und Hausärzte ihre je eigenen Erklärungsmodelle [7] von Gesundheit, Krankheit und medizinischer Qualität, die sich auch, aber nicht nur an wissenschaftlichen medizinischen Erkenntnissen orientieren [8, 9].

Auffallend ist, dass die hausärztlichen Qualitätsvorstellungen starke Ambivalenzen aufweisen, was an zwei kurzen empirischen Beispielen verdeutlicht werden soll. Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung wird von den interviewten Hausärztinnen und Hausärzten als qualitativ zentral empfunden, gleichzeitig ist sie aber auch spannungsgeladen: Manche Arzt-Patienten-Beziehungen sind zwischenmenschlich schwierig, drehen sich im Kreis oder sind abgekühlt. Dann gibt es Patienten, deren Anspruchshaltung auf bestimmte Massnahmen sehr gross ist. Andere bleiben uner-

wie Effizienz, Wirksamkeit, Evidenz und Outcome zwar Teil des Qualitätsvokabulars, bleiben dabei aber fern vom konkreten Praxisalltag, wie eine interviewte Hausärztin verdeutlicht:

«Qualität hat auch häufig mit Effizienz zu tun. Diese beiden Wörter machen mich sehr kritisch, weil ich denke, dass wir Wörter benutzen, die einen ganz anderen Inhalt haben als in anderen Bereichen. (...) Wenn ich das in die Praxis übertragen möchte, sind das Welten. Es ist fast nicht übertragbar. Es braucht andere Begriffe, andere Messlatten. Die grösste Verwirrung scheint mir, dass wir die gleichen Begriffe brauchen und nicht andere Begriffe für andere Abläufe.»

Qualität, als rhetorische Strategie eingesetzt, weist folglich eine Diskrepanz zu dem auf, was im hausärztlichen Berufsalltag unter Qualität verstanden wird: Was aber bedeutet Qualität in konkreten Situationen und für einzelne Hausärztinnen und Hausärzte? Diese

* Die Datenlage der vorliegenden qualitativen Forschung besteht aus der fünfjährigen teilnehmenden Beobachtung eines Stadtberner Qualitätszirkels von Hausärztinnen und Hausärzten, 22 Interviews in unterschiedlichen hausärztlichen Praxen des Kantons Bern, 22 hausärztlichen Narrationen (schriftliche dichte Fallgeschichten) und Medien- und Standesmitteilungen der letzten Jahre. Analysiert wurden die Daten in Anlehnung an das methodische Vorgehen der Grounded Theory [6].

reichbar, weil sie sich dagegen sträuben. Manche wünschen sich einen informierenden, andere einen bestimmenden Hausarzt. Am Umgang mit zeitlichen Ressourcen zeigt sich eine weitere Ambivalenz, jene zwischen Dauer und Bedeutung von Wartezeit, Behandlungszeit und Genesungszeit. So meint ein interviewter Hausarzt dazu:

«Ich überziehe vielleicht manchmal mit der Zeit, dafür habe ich jemandem etwas abgehört, das vielleicht wichtig war. Dafür musste jemand vielleicht etwas warten. In den Qualitätsnormen werden genau solche Sachen (das Überziehen) dann (negativ) bewertet.»

[15, 16]. Trotz Ansätzen, Medizin als Natur- und Kulturwissenschaft zu verstehen, bleibt dieses Denksystem in der Medizin tief verankert [9]. Dies widerspiegelt sich in der Operationalisierung moderner Qualitätsideen: Während Qualitätsleitbilder seit Deming bis heute oftmals ein sehr breites und praxisnahes Qualitätsverständnis aufweisen, orientieren sich Qualitätsmessungen fast ausschliesslich am positivistischen Paradigma, wie im Vorwort von Stock und Szecsenyis Werk zu Qualitätsindikatoren [17] deutlich wird: «Wer sich mit Qualitätsindikatoren in der Medizin befasst, ist nahe an der Wahrheit.»

Mit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes wurde medizinische Qualität nicht mehr als interne Angelegenheit der Ärztesellschaften betrachtet

Qualität im alltäglichen Kontext bedeutet somit Spannung, Ambivalenz, Aushandlung und Kompromisse. Sie ist nicht immer gleich, sondern immer anders, so wie es auch in Bezug auf die einzelnen Patientinnen und Patienten «eine andauernd andere Medizin», «ein anderes Reden mit den Leuten» erfordert, wie ein pensionierter Hausarzt im Interview betont. Varianz bildet folglich nicht nur das Herzstück der Hausarztmedizin an sich, sondern insbesondere der hausärztlichen Qualitätsvorstellungen. Qualität als Varianz verstanden kann weder standardisiert noch quantifiziert werden, was vehement an der Basis herkömmlicher Qualitätsmessungen rüttelt.

«What gets measured is what gets managed»: Paradoxie der Messung [10]

Einerseits ist Qualität also etwas subjektiv Empfundenes und variierend je nach Kontext. Andererseits aber soll Qualität gemessen, statistisch abgebildet und standardisiert werden. In dieser einseitig quantitativen Operationalisierung liegt die Krux: Es wird a priori festgelegt, was Qualität ist, und darauf aufbauend gemessen, ob diese Art der Qualität erreicht worden ist. Die Wahl der Indikatoren und Standards ist dabei bedeutend, weil sie lediglich ein Abbild von dem Wirklichkeitsausschnitt liefert, der zuvor definiert wurde [11–13]. Inexplizite, schwer quantifizierbare Bereiche geraten dabei aus dem Blickfeld. Das bedeutet letztendlich, dass ein grosser Teil hausärztlicher Qualitätsvorstellungen nicht erhoben wird, was zu verzerrten Ergebnissen und weitreichenden Konsequenzen führt (Stichwort «qualitätsabhängige Ärztevergütung» [14]).

Seit den Anfängen der modernen Qualitätsidee ist Qualitätsmessung an Statistik gebunden [2]. Der statistischen Logik liegt ein positivistisches Denken zugrunde, das nach Objektivität, Linearität, Wahrheit und Richtigkeit strebt. Oder einfacher ausgedrückt: Es gilt nur das als real, was quantifiziert werden kann

Da dies lediglich eine konstruierte und stark fragmentierte Wahrheit ist, sind die interviewten Hausärztinnen und Hausärzte gegenüber Qualitätsmessungen skeptisch, nicht aber gegenüber der Reflexion dazu, was einen guten Hausarzt, eine gute Hausärztin ausmacht. Ein Hausarzt in einer Berggemeinde bringt es auf den Punkt, indem er sagt, dass man unter dem Mantel «Qualität» die Ärzte dazu gezwungen hat, miteinander zu reden, zusammenzuarbeiten und sich dazu Gedanken zu machen, was Qualität überhaupt bedeutet.

Fazit oder: von der Schreibtischlampe zum Bühnenscheinwerfer

Aktuelle Qualitätsdiskussionen sind Stellvertreterdiskussionen. Sie verhandeln unter dem Begriff «Qualität» Wissen, Interessen, Expertentum, Autonomie, Zukunftsszenarien und Kapital. Aufgrund der unterschiedlichen wirtschaftlichen und standesbezogenen Interessen ist unabhängige akademische Grundlagenforschung, wie es sie in Bezug auf medizinische Qualität noch nicht gibt, wichtig. Ein sozialwissenschaftlicher Aussenblick vermag es, die stattfindenden Diskussionen zu entwirren: Wiederum in Bezug auf die Schreibtischlampe, die nun aber zu einem Bühnenscheinwerfer wird, ist es wichtig zu fragen, wer der Intendant dieser Aufführung ist, für wen sie inszeniert wird, welcher Preis dafür bezahlt wird, welches Bühnenbild gewählt wurde, wieso ein Theater so und nicht anders aufgeführt wird, was das Stück aussagen soll, was im Backstage-Bereich vor sich geht, welche Masken die Schauspieler tragen, was deren Souffleuse ihnen zuflüstert, wie die Reaktionen aus dem Publikum ausfallen, und auf welche Weise Bühne und Realität zusammenhängen. Kurz: was die Mechanismen und Ziele der modernen Qualitätsinszenierung sind, und welche Rolle die Hausarztmedizin darin spielt. Projekte, von denen man sich Antworten erhofft, sind im Gang.

Literatur

- 1 Graf J, Janssens U. Historie des Qualitätsmanagements. *Intensivmedizin*. 2008;45:171–81.
- 2 Mouradian G. *The Quality Revolution. A History of the Quality Movement*. Lanham: University Press of America; 2002.
- 3 Bal M. *Travelling concepts in the humanities: a rough guide*. Toronto: University of Toronto Press; 2002.
- 4 Bate P, Mendel P, Robert G. *Organizing for quality: the improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2008.
- 5 Nikolic V, Herren D. Die Ärzteschaft sichert Qualität – und wie! *Schweiz Ärztezeitung*. 2010;91(25):973–6.
- 6 Glaser BG, Strauss AL. *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Verlag Hans Huber; 2005.
- 7 Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press; 1981.
- 8 Cassell EJ. *Doctoring. The Nature of Primary Care Medicine*. Oxford: Oxford University Press; 1997.
- 9 Sweeney K, Kernick D. Clinical evaluation: constructing a new model for post-normal medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2002;8(2):131–8.
- 10 Green LA. The implications of measuring complexity. *Annals of Family Medicine*. 2010;8:291–2.
- 11 Bröckling U. Evaluation. In: Bröckling U, Kramann S, Lemke T (Hrsg.). *Glossar der Gegenwart*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp; 2004:76–81.
- 12 Strathern M (Hrsg.). *Audit cultures. Anthropological studies in accountability, ethics and the academy*. London: Routledge; 2000.
- 13 Epstein S. Beyond the standard human? In: Lampland M, Leigh Star S (Hrsg.). *Standards and their stories. How quantifying, classifying, and formalizing practices shape everyday life*. New York: Cornell University Press; 2009:35–53.
- 14 Stock J, Szecsenyi J. Einleitung: Wozu brauchen wir Qualitätsindikatoren im Gesundheitswesen? In: Stock J, Szecsenyi J (Hrsg.). *Stichwort: Qualitätsindikatoren. Erste Erfahrungen in der Praxis*. Frankfurt a.M.: KomPart; 2007:9–16.
- 15 Hacking I. How should we do the history of statistics? In: Burchell G, Gordon C, Miller P (Hrsg.). *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*. London: Harvester Wheatsheaf; 1991:181–95.
- 16 Hacking I. *Einführung in die Philosophie der Naturwissenschaften*. Stuttgart: Reclam; 1996.
- 17 Stock J, Szecsenyi J (Hrsg.). *Stichwort: Qualitätsindikatoren. Erste Erfahrungen in der Praxis*. Bonn/Frankfurt: KomPart; 2007. S. 7.