

Peter Berchtold, Christof Schmitz

Dank Differenzierungen zum Erfolg

Die Spitäler der Zukunft müssen ihre Strukturen den veränderten Bedürfnissen anpassen

Den Organisationen im Gesundheitswesen muss es gelingen, ihre Versorgungsinhalte den Anliegen ihrer Patienten und ihre Organisationsform den medizinischen Bedürfnissen anzupassen. Dieser Prozess ist sehr anspruchsvoll und bedingt die konstruktive Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen und Organisationsebenen.



Peter Berchtold

Präsident Obama sagte in seiner Rede an den Kongress zur amerikanischen Gesundheitsversorgung vom vergangenen September: «We have long known that some places – like the Intermountain Healthcare in Utah or the Geisinger Health System in rural Pennsylvania – offer high-quality care at costs below average» [1]. Die Feststellung, dass es auch bei uns Unterschiede bezüglich Qualität und Kosteneffizienz gibt, ist sicher legitim [2]. Elizabeth Teisberg, die Architektin von Obamas Gesundheitsreform, meinte dazu kürzlich in einem Interview im Berner Bund, dass man überall, wo man die Ergebnisse der Behandlungen misst, entdecke, dass die Unterschiede enorm sind [3]. In der Schweiz sind aktuell verschiedene Bemühungen im Gange, Transparenz in diese Unterschiede zu bringen.

Geht man von diesen Differenzen aus, ist die Frage naheliegend, was erfolgreiche Spitalorganisationen, d.h. solche mit überdurchschnittlicher Qualität bei unterdurchschnittlichen Kosten, auszeichnet.

Die Antwort auf diese Frage erhält man im Wesentlichen mit Blick auf die Art und Weise, *WIE* Medizin praktiziert und die Patientenbehandlung organisiert wird [4]. Aufgrund der Literatur und eigener Forschungsarbeiten werden wir im Folgenden diese Entwicklung nachzeichnen und drei Entwicklungsrichtungen vorschlagen [5]:

- Traditioneller Professionalismus
- Systematisierter Professionalismus
- Kollaborativer Professionalismus

Wir sind überzeugt, dass zukünftig nur in einer derart differenzierten Betrachtungsweise hohe Behandlungsqualität und Kosteneffizienz zu gewährleisten sind und dass diese Differenzierungen explizit und als Ausgangspunkt zur Frage, wie organisieren wir unser Kerngeschäft, vorzunehmen sein werden.

Traditioneller Professionalismus

Die Art und Weise wie die Patientenversorgung in Spitälern und Gesundheitswesen organisiert ist, wird stark durch die medizinische Profession geprägt, sowohl hinsichtlich der Art der Krankenbehandlung als auch der Werte, Regeln und Beziehungen, die konkret gelten. Die medizinische Praxis wird traditionell als «Handwerk» betrieben und verstanden: mit hoher Autonomie agierende Ärzte behandeln Patientinnen und Patienten aufgrund persönlicher Fachkenntnisse und Erfahrungen. Sie verstehen sich nicht nur als Behandelnde, sondern auch als Anwalt ihrer Patienten. Die Beziehung zum individuellen Patienten ist deshalb einer der höchsten Werte. Angriffe von aussen auf den professionellen Autonomieanspruch (zum Beispiel durch Finanzierende oder Regulierende) werden als grundsätzliches Zweifeln an der eigenen Berufsausübung verstanden und entsprechend abgewehrt. Das Rationale dieses Autonomieanspruchs liegt sowohl im Schutz der Individualität des Patienten als auch in der Bewältigung der Unsicherheit, mit der klinische Arbeit immer behaftet ist. Die ärztliche Entscheidungsfindung basiert dabei hauptsächlich auf persönlicher und publizierter Erfahrung bzw. in der Anwendung sogenannter kognitiver Heuristiken, mit denen



Christof Schmitz

Um diese erfahrungsgesättigte Individualität leben zu können, ist die Akzeptanz individueller, ärztlicher Entscheidungen Voraussetzung.

Ärzte die Wahrscheinlichkeiten ihrer klinischen Hypothesen (Differentialdiagnosen) einschätzen. Als Voraussetzung dafür pochen Ärzte auf die Anerkennung der Autonomie der medizinischen Entscheidungsfindung.

Drei Aspekte setzen den traditionellen Professionalismus seit den achtziger Jahren unter Druck. Erstens sind es (zu) grosse Behandlungs-Variabilität und (zu) unterschiedliche (bzw. nicht überprüfbare) Behandlungs-Qualität,

welche ein hauptsächlich persönlich geprägter Stil der ärztlichen Behandlung mit sich bringt. Zweitens ist es der exponentielle Zuwachs an neuem (medizinischen) Wissen mit seinen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Fast jede Behandlung verlangt heute ein hohes Mass an kommunikativen und kooperativen Fähigkeiten in der Zusammenarbeit sowohl mit anderen Spezialisten als oft auch dem Patienten selbst. Ein traditionelles Professionsverständnis kann hier nur ungenügend mithalten. Der dritte Aspekt sind die steigenden Gesundheitskosten. Vergütungssysteme, welche im Rahmen einer professionellen Autonomie typischerweise zur Anwendung kommen («Fee-for-service»), begünstigen eine Mengenausweitung und, was deutlich schwerer wiegt, lassen nur wenig Kosten- bzw. Ausgabensteuerung zu und sind entsprechend unter Druck. Neue Vergütungssysteme verlangen mehr Transparenz und Vergleiche.

Systematisierter Professionalismus

Diese Entwicklungen beschäftigen nicht nur Finanzierer und staatliche Regulierer. Innerhalb der Profession ist die Forderung nach mehr Evidenzbasierter Medizin (EbM) als Massnahme zu werten, durch eine teilweise Standardisierung auf wissenschaftlicher Grundlage Herr von (zu) grosser Variabilität, unsicherer Qualität als auch ausufernden Kosten zu werden. EbM meint eine «gewissenhafte, explizite und vernünftige Anwendung der besten medizinischen Informationen in der täglichen klinischen Entscheidungsfindung», nicht in Konkurrenz sondern in

Die Evidenz-Basierung führt damit zu einem stärkeren Ineinandergreifen von Management und medizintypischen Orientierungen.

Kombination mit der klinischen Kompetenz [6]. Dadurch entstand in den vergangenen zwei Jahrzehnten eine neue Form des Professionalismus, wir nennen ihn «Systematisierten oder evidenzbasierten Professionalismus». Mittels einer Standardisierung können mehrstufige Prozesse effizienter gestaltet und gemanagt, Fehler vermieden und Unsicherheit reduziert werden. Im klinischen Alltag kondensiert EbM heute bei vielen akuten und chronischen Krankheiten zu Behandlungsleitlinien, welche die einzelnen Diagnose- und Therapieschritte entsprechend dem aktuellen Wissenstand vorschlagen. Abweichungen (beispielsweise bei interkurrenten Störungen oder bei entgegengesetzten Präferenzen seitens eines Patienten) sind zwar möglich, sollten aber begründet werden. Eine wirk-

same Implementierung von EbM ist abhängig von einem meist IT-basierten Controlling-Instrumentarium, welches unter anderem eine Monitorisierung von Abweichungen, Messung von Ergebnissen ermöglicht und damit auch Grundlage zu Weiterentwicklungen bietet. Die Evidenz-Basierung der klinischen Arbeit führt damit zu einem stärkeren Ineinandergreifen von Management und medizintypischen Orientierungen.

Die in den Leitlinien festgelegte Standardisierung von Diagnose und Therapie steht häufig in Konflikt mit den professionellen Autonomieansprüchen und Prämissen

Gefragt ist eine zusätzliche Form des Professionalismus, welche auf komplexe klinische Situationen spezialisiert ist.

einer patientenorientierten, auf das Individuum bezogenen Behandlung. Folge ist, dass viele Leitlinien mit der Begründung, keine Kochbuch-Medizin zu betreiben, nicht oder ungenügend Anwendung finden. Auch ein weiterer Aspekt ist hier wesentlich: Behandlungsleitlinien sind besonders geeignet (und werden hier wohl auch mehrheitlich befolgt) für einzelne akute Behandlungen, wie z.B. orthopädische Eingriffe nach einem Unfall oder einzeln vorkommende chronische Krankheiten, wie beispielsweise Diabetes. Ganz anders präsentiert sich die Situation von Patienten mit drei oder mehr chronischen Leiden – einer Gruppe, welche mittlerweile ein erheblicher Anteil der Bevölkerung der über 65-Jährigen ausmacht. Da Behandlungsleitlinien fast immer aus der (Fach-) Perspektive der jeweiligen Krankheit bzw. der jeweiligen Fachgesellschaften entwickelt werden, nehmen sie nur ungenügend Bezug zu (im Alter häufigen) Begleitkrankheiten. Das heisst auch, dass ein striktes Befolgen von Leitlinien bei einem Patienten mit drei und mehr chronischen Krankheiten (z.B. mit Hypertonie, Diabetes, Osteoporose, Asthma) gefährliche Interferenzen bzw. Nebenwirkungen haben kann [7].

Kollaborativer Professionalismus

Gefragt ist also eine zusätzliche Form des Professionalismus, welche in erster Linie auf komplexe klinische Situationen (zum Beispiel ältere Menschen mit mehrfacher Komorbidität, typische spitzenmedizinische «Fälle») spezialisiert ist, welche eine funktionierende Koordination zwischen vielen Fächern und Berufen gewährleistet und Wissen aus unterschiedlichsten Quellen zu integrieren vermag. Wir und andere nennen diese neue Form «kollaborativen Professionalismus». [5] Zentral ist

Tabelle 1 Formen des medizinischen Professionalismus.

	Traditioneller Professionalismus	Systematisierter Professionalismus	Kollaborativer Professionalismus
Nutzen-Versprechen	Der Beste ist der Richtige	Effiziente Versorgung	Differenzierte Versorgung komplexer Problemen
Prozesse	(Abgestimmte) Einzelleistungen	Sequentiell systematisch (Guidelines)	Iterativ kollaborativ (lernend)
Standardisierung	Tief	Hoch	Mittel
Q-Fokus	Einzelleistung	Prozess	Ergebnis
Optimierungsstrategie	Optimierung der Einzelleistung	Verhindern von Variation	Lernen aus Variation
Mitarbeitende	Bevorzugen Individualität	Bevorzugen Routinen	Bevorzugen experimentieren

hier das Bestreben aller, gemeinsam einen Beitrag zu leisten zur interdependenten Behandlung und Betreuung des Patienten, zur Sicherheit und Qualität der Behandlung sowie gleichzeitig zur Weiterentwicklung der Gesamtorganisation. Dies bedingt effektive, multidisziplinäre und mehrere Ebenen überspannende Problemlösungs-Strukturen, welche auf gemeinsam getragenen Werten und Normen aufbauen, offenen Dialog und Kommunikation gewährleisten (und nicht durch Statusunterschiede eingrenzen) und Fehlererkennung und -beseitigung ermutigen. Die Patientenbehandlung und -betreuung erfolgt im Rahmen iterativer, kollaborativer Prozesse. Deren Charakteristika sind:

- Funktions- und bereichsübergreifende, evidenzbasierte (mittlerer Standardisierungsgrad) Prozesse, welche nicht nur einzelne Behandlungsepisoden, sondern ganze Krankheitsverläufe fokussieren.
- Hohe Patientenorientierung durch Berücksichtigung derer Präferenzen und Einbezug der Patienten in die Entscheidungsfindung (Shared decision making).
- Effektive, multidisziplinäre und mehrere Ebenen überspannende, dezentrale klinische Entscheidungsfindung aller involvierten Institutionen (Hausärzte, Spezialisten, stationäre Bereiche etc.)

- Diagnostische und therapeutische Sicherheit entsteht in erster Linie durch kollaboratives Arbeiten und Lernen aus beobachteten Abweichungen
- Prozess-Variabilität mit Unterschieden in der Anwendung diagnostischer und therapeutischer Massnahmen ist Folge adaptiver Lernprozesse

Konsequenzen für Spitäler

Die drei Formen des medizinischen Professionalismus (Tab. 1) sind letztlich aus der Frage entstanden, wie im Gefolge neuer, komplexer medizinischer Entwicklungen, klinische Situationen zu organisieren sind. Auch wenn die Professionalismus-Formen damit drei unterschiedlichen Entwicklungsstadien und -richtungen entsprechen, geht es dabei nicht um die Frage, welche die Richtige ist, sondern mit welcher Form bzw. welcher Kombination eine klinische Situation organisiert werden muss, um die bestmögliche Behandlungsqualität, Patientensicherheit und Effizienz zu erreichen. Es geht also um eine differenzierte Ausrichtung (Alignement) auf unterschiedliche Versorgungsinhalte bzw. unterschiedliche Bedürfnisse von Patientinnen oder Patienten (Abb. 1). Je mehr medizinische Kenntnisse vorliegen, je komplexer Behandlung und

Abbildung 1 Differenzierte Ausrichtung des traditionellen, systematisierten und kollaborativen Professionalismus.

Krankheiten	Traditioneller Professionalismus	Systematisierter Professionalismus	Kollaborativer Professionalismus
Screening Prävention			
Einfache, selbstlimitierende Krankheiten			
Einfache Krankheiten, Unfälle			
Einzelne chronische Krankheiten			
Komplexe, multimorbide Krankheiten			

Betreuung werden und je mehr die Lebenserwartung ansteigt, desto bedeutsamer und erfolgskritischer werden solche Differenzierungen für Spitäler und natürlich auch andere Organisationen des Gesundheitswesens. Um auf die von Obama zitierten Organisationen zurückzukommen: «Intermountain Healthcare» ist in den USA führend in der konsequenten Implementierung evidenzbasierter Versorgung, während «Geisinger Health System» und die «Mayo Clinic», eines der weltbesten Universitäts-spitäler, höchst erfolgreich auf das kollaborative Modell setzen.

Auch in der Schweiz beginnen Organisationen an diesen Themen zu arbeiten, zum Beispiel wenn Universitäts- und Zentrumsspitäler diverse Boards oder interdisziplinäre und klinikübergreifende Zentren im Sinne neuer kollaborativer Formen aufbauen. Oder wenn sich kleinere, spezialisierte Häuser eine Standardisierung auferlegen. Zukünftig erfolgreich werden aus diesem Blickwinkel jedenfalls jene Organisationen sein, welchen eine differenzierte Übereinstimmung zwischen den Anforderungen und Präferenzen der von ihnen betreuten Patienten auf der einen Seite und den Zielen sowie Werten der Orga-

nisationsform der medizinischen Praxis auf der anderen Seite gelingt. Nicht zu übersehen ist dabei, dass es sich hier um ein äusserst komplexes Entwicklungsgeschehen handelt. Einmal hat die medizinische Profession zu lernen und den Übergang vom traditionellen bis hin zum kollaborativen Professionalismus zu bewerkstelligen. Das ist eine Transformation, die sich mit vielen innerprofessionellen Kräften auseinanderzusetzen hat. Nicht umsonst sind viele kollaborativen Formen alles andere als einfach durchzusetzen und oftmals sorgsam zu schützen vor den Angriffen und Kämpfen innerhalb der eigenen Profession. Nicht genug damit, verlangen die verschiedenen Professionalismen eine zunehmende Bedeutung der Organisation – und geraten damit ins Terrain des Managements. Hier zeigt sich, dass auch das Management seinerseits zu lernen hat. Kollaborative Formen sind für den Mainstream heutiger Management-Verständnisse ihrerseits eine echte Herausforderung [8]. Damit muss sowohl die Medizin als auch das Management viel über sich selbst lernen – und gleichzeitig über den anderen. Verständlich, dass man sich da leicht wechselseitig in die Quere kommen kann.

Literatur

- 1 http://www.whitehouse.gov/the_press_office/Remarks-by-the-President-to-a-Joint-Session-of-Congress-on-Health-Care/
- 2 Groene O, Skau JK, Frølich A. An international review of projects on hospital performance assessment. *Int J Qual Health Care*. 2008 Jun; 20 (3): 162–71.
- 3 Gasche U.P. Die Spitäler müssen umdenken. Interview mit Elizabeth Teisberg. *Der Bund* 9. 10. 2009.
- 4 Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001). *Managing the care of health and the cure of disease – part I: Differentiation*. *Health Care Management Review*, Winter, 56–69.
- 5 Macoby M. Health care organizations as collaborative learning communities. In: *The Firm as a Collaborative Community*. Oxford University Press 2006.

- 6 Reilly BM. The essence of EBM. *Brit Med J* 2004;329: 991–992.
- 7 Cynthia M. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases. *JAMA*. 2005;294(6):716–724.
- 8 Heckscher, C., Adler, P.S., (Edt.), *The Firm as a Collaborative Community*. Oxford University Press 2006.

Korrespondenz:

PD Dr. Peter Berchtold

Dr. Christof Schmitz

College-M

Freiburgstrasse 41, 3010 Bern

www.college-m.ch