

Teil 2 der Reihe «DRG H60Z – aber bitte mit Differenzierung»

Die Entwicklung der medizinischen Profession

Dies ist der 2. Teil einer Artikelreihe, in der wesentliche Aspekte der Einführung von Fallpauschalen im Jahr 2012 beleuchtet werden. Dieser zweite Teil widmet sich der Entwicklung der medizinischen Profession. In den weiteren Teilen Anfang 2011 werden die Konsequenzen für Spitäler und Prozessoptimierungen aufgezeigt sowie differenzierte Organisationen beispielhaft vorgestellt.

Christof Schmitz,
Peter Berchtold

Patienten sind Individuen mit somato-psychosozialen Krisen, potentiell unberechenbar. Ihre Behandlung ist immer auch ungewiss und damit nur beschränkt standardisierbar. Genau das unterscheidet die Medizin von anderen Branchen: die Ungewissheit über die Fälle als auch des jeweils nötigen diagnostischen und therapeutischen Wissens. Die Medizin hat gelernt, mit dieser Ungewissheit umzugehen, und drei wesentliche Formen dazuentwickelt. Dieser zweite Teil unserer Artikelserie beschäftigt sich mit diesen drei Formen. Unsere zentrale Hypothese dabei ist, dass Optimierungen medizinischer Prozesse nur dann Erfolg versprechen, wenn sie an diese Entwicklungen anknüpfen. Das ist die Herausforderung angesichts der bevorstehenden DRG-Einführung.

Wird die bevorstehende DRG-Einführung diese intensive Zusammenarbeit begünstigen? Oder wird das neue Vergütungssystem dazu beitragen, dass Kooperation – in Fällen wie diesen entscheidend für die Qualität – erschwert wird? Wir hatten in unserem ersten Beitrag darauf hingewiesen, dass aus der Fülle von Neben- und Folgewirkungen der DRG-Einführungen aus den einschlägigen Begleitforschungen ein Erkenntnis besonders hervorsticht [1]: Ein betriebswirtschaftliches Denken nimmt grundsätzlich an, dass infolge des Wechsels des Vergütungssystems Prozessoptimierungen Platz greifen würden. Dem ist nicht so. Eine Metastudie «found only very sparse evidence for this effect» [2]. Die Gründe für das Schei-

Genau das unterscheidet die Medizin von anderen Branchen: die Ungewissheit über die Fälle und das jeweils nötige diagnostische und therapeutische Wissen.

3 Monate später, Alfred Koller ist wieder im Spital. Diesmal wegen unklarer Fieberschübe. Angesichts der komplexen Gesamtsituation wollten seine Ärzte kein Risiko eingehen. Überhaupt fühlt sich Herr Koller ausgesprochen gut betreut und er staunt, wie viele Ärzte und weitere Fachpersonen in seine Betreuung involviert sind. Gerade gestern hatte ihn seine Frau gefragt, wer für ihn am wichtigsten sei. «Das kann ich so nicht sagen», war seine Antwort und «es sind ganz unterschiedliche Rollen und Funktionen». Sein Hausarzt und sein Gastroenterologe beispielsweise würden ihn unmittelbar begleiten. Ganz anders, aber ebenso wichtig sei seine Hepatologin, welche die weitere Behandlung seines Leberleidens koordiniere, und zwar aufgrund sogenannter Evidenz-basierter Leitlinien, wie sie ihm erzählt habe. Beeindruckend sei, meint Herr Koller, zu sehen, wie intensiv die involvierten Fachpersonen miteinander zusammenarbeiten würden und dass die wichtigen Entscheide gemeinsam – ihn selber eingeschlossen – fallen würden.

tern dieser ökonomischen Grundannahme sind bedeutsam und stossen die Frage an, wo dann Potentiale bestehen, die neue Chancen statt blosser Arbeitsverdichtung offerieren.

Das Problem der Ungewissheit

Management lehrt, vereinfacht gesagt, dass Prozesse dann optimiert werden können, wenn sich klare Pfade abbilden lassen. In Flow Charts werden konkrete Abläufe nachgezeichnet, (kosten- und qualitätsrelevante) Verzögerungen, Verschwendungen und Störungen analysiert und wenn möglich beseitigt. Das geht dann, wenn mindestens für eine grössere Anzahl der Fälle, klar ist, welche Pfade gegeben sind und welche Schritte gesetzt werden müssen. Genau hier unterscheidet sich die Medizin: in der Ungewissheit über die Fälle als auch des jeweils nötigen diagnostischen wie therapeutischen Wissens.

Wenn, wie in einem Fall nachgerechnet, lediglich für 17% der Patienten die Behandlungsleitlinien funktionieren und alle anderen in unterschiedliche (!)

Korrespondenz:
Dr. C. Schmitz
college M
Freiburgstrasse 41
CH-3010 Bern
Tel. 031 632 30 26
Fax 031 632 30 25
christof.schmitz@college-m.ch

Richtungen abweichen: Wie kann man dann sinnvolle klinische Pfade bauen? Hier liegt die Herausforderung, die die Medizin von vielen anderen Branchen unterscheidet. Patienten sind keine Essen, die ein Catering-Unternehmen – wenn auch just-in-time – für eine Airline zu produzieren hat. Das bleibt berechenbar. Patienten sind Individuen mit somatopsychosozialen Krisen – potentiell unberechenbar. Der vermeintlich einfache Blinddarm kann sich als

nalität: ein Patient, ein Arzt, der sich wissend und verantwortlich einbringt.

- Evidenz: Wissen kann systematisch aufbereitet und leitend werden. Das ist es, was Evidence Based Medicine (EBM) ausmacht. Die Evidenz kann in Leitlinien, klinische Protokolle usw. kondensiert werden.
- Zusammenarbeit: Reicht das Wissen des einzelnen nicht aus, werden andere Spezialisten

Ein betriebswirtschaftliches Denken nimmt grundsätzlich an, dass infolge des Wechsels des Vergütungssystems Prozessoptimierungen Platz greifen würden. Dem ist nicht so.

dringliches onkologisches, die vermeintliche Infektion als komplexes rheumatologisches Problem entpuppen, die klare Therapie durch Nicht-Befolgung des Patienten durchbrochen werden. Das ist das, was jede Ärztin und jeder Arzt verinnerlicht hat: immer wieder neu damit rechnen, dass der Patient «unklar» ist. In der schönen Formulierung von L. Sanders: «In medicine, uncertainty is the water we swim in.» [3]

Drei Formen

Trotz unglaublich vielen und ständig anwachsenden Wissens bleibt der klinische Alltag geprägt durch ein Fehlen diagnostischer und therapeutischer Sicherheit. Krankheiten und ihre Verläufe können unklar, diffus, überraschend oder schlicht unbekannt sein. Wie kann angesichts dieser Unge-

dazu- geholt, ein Netzwerk geknüpft. Zeigt sich die Krankheit weiter komplex, geht es darum, im Dialog mit anderen Wege zu finden. Das entscheidende Wissen wird in der und durch die Kooperation mehrerer gewonnen – kollaborative Medizin.

Diese drei Formen bedeuten – und das ist entscheidend – unterschiedliche Arten des Organisierens und berühren jeweils wichtige professionelle Werte und Verständnisse. Letzteres wird deutlich, wenn man sich an die zum Teil heftigen Auseinandersetzungen erinnert, die z. B. EBM auslöst.

Unsere zentrale Hypothese ist, dass Optimierungen medizinischer Prozesse dann erfolgversprechend sind, wenn sie an diese Entwicklungen innerhalb der Profession anknüpfen. Wir meinen, dass die Potentiale, die hierin stecken, noch vielfach ungenutzt sind. Unsere Hypothese ist gestützt durch Arbeiten von Richard Bohmer [4] sowie jüngere Ansätze in der Organisationsforschung, [5, 6, 7] sowie unsere Beobachtungen in vielen Spitälern und Diskussionen und Interviews mit Kaderärzten unterschiedlicher medizinischer Fachrichtungen. Letzteres mit der Frage zur Einschätzung der Anteile der drei Formen heute und in 10 Jahren (Tab. 1). Wir skizzieren im folgenden die drei Formen und ihre Fragestellungen.

«In medicine, uncertainty is the water we swim in»

wissheit Wissen eingebracht werden? Die Medizin hat drei wesentliche Formen entwickelt:

- «Der Doktor»: dieser nutzt sein (Erfahrungs-) Wissen, das er sich in seiner Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie seiner beruflichen Tätigkeit erworben hat und weiter erwirbt. Das ist die klassische, die traditionelle Form der Professio-

Traditioneller Professionalismus

Mit hoher Autonomie agierende Ärzte behandeln Patientinnen und Patienten aufgrund persönlicher

Tabelle 1

Einschätzungen der Anteile der drei Formen heute und in 10 Jahren [10].

	Traditioneller Professionalismus		Evidence-based /systematisch		Kollaborative Medizin	
	Innere Medizin	Operative Fächer	Innere Medizin	Operative Fächer	Innere Medizin	Operative Fächer
Heute	20–40%	20–60%	10–20%	15–40%	40–60%	25–40%
2020	10–30%	20–40%	20%	25–40%	50–70%	35–50%

Fachkenntnisse und Erfahrungen. Dabei versteht sich der Arzt auch als Anwalt seines Patienten. Die Beziehung zum individuellen Patienten ist einer der höchsten ärztlichen Werte, und der Arzt sieht sich dafür auch verantwortlich. Das Rationale dieses Autonomieanspruchs liegt im Schutz der Individualität des Patienten wie in der Bewältigung der Ungewissheit, mit der die klinische Arbeit behaftet ist. Die ärztliche Entscheidungsfindung basiert hauptsächlich auf persönlichem, erworbenem Wissen und Erfahrung bzw. in der Anwendung kognitiver Heuristiken, mit denen Ärzte die Wahrscheinlichkeiten ihrer klinischen Hypothesen einschätzen.

Drei Aspekte setzen den traditionellen Professionalismus unter Druck: zum einen die grosse Bandbreite an Behandlungs-Variabilität und -Qualität, die ein persönlich geprägter Stil der ärztlichen Behandlung mit sich bringt. Zum zweiten der exponentielle Zuwachs an neuem Wissen, der immer mehr die Kooperation mit anderen Spezialisten und auch dem Patienten selbst verlangt. 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 lassen nur wenig Steuerung zu.

Im Spital kommt hinzu, dass die Beziehungsmöglichkeit des einzelnen Arztes zum Patienten prekärer ist, denn sowohl die Eigendynamik hierarchischer Prozesse als auch betriebswirtschaftlich induzierte Effizienzbemühungen wirken distanzierend. Diese Effekte werden sich zweifelsfrei weiter verstärken, und Ärzte werden damit einen (weiteren) Teil ihres Patientenbezugs preisgeben (müssen).

Systematisierte Medizin

Evidenz-basierte Medizin (EBM) versucht, auf der Basis biostatistischer und epidemiologischer Studien auf wissenschaftlicher Grundlage Herr von (zu) grosser Variabilität, unsicherer Qualität als auch ausufernder 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 Kombination mit der klinischen Kompetenz [8]. Dadurch entstand in den vergangenen zwei Jahrzehnten eine neue Form, wir nennen sie «Systematisierte Medizin». Mittels einer wissenschaftlich unterlegten Standardisierung können Prozesse effizienter gestaltet und gemanagt, Fehler vermieden und Ungewissheit reduziert werden. Im klinischen Alltag kondensiert EBM heute bei vielen akuten und chronischen Krankheiten zu Behandlungsleitlinien, die einzelne Diagnose- und Therapieschritte vorschlagen. Abweichungen (beispielsweise bei interkurrenten Störungen oder bei entgegengesetzten Präferenzen seitens eines Patienten) sind möglich, sollen aber begründet werden. Guidelines wollen nicht vorschreiben, sondern mit wissenschaftlichen Erkenntnissen valide Orientierungen für den klinischen Alltag geben.

Die Systematisierte Medizin war und ist einer der grossen Fortschrittsgeneratoren der Medizin und ermöglicht eine Alternative zum «Eminenzbasierten» System des Traditionellen Professionalismus. Und gleichzeitig steht die in den Leitlinien festgelegte Standardisierung von Diagnose und Therapie häufig in Konflikt mit den Prämissen einer Patienten-orientierten, auf das Individuum bezogenen Behandlung. Dieses Spannungsfeld zwischen Individuum und statistisch gerechneter Evidenz ist Quelle vieler Auseinandersetzungen innerhalb der ärztlichen Profession. Die Folge ist, dass viele Leitlinien mit der Begründung, keine Kochbuch-Medizin betreiben zu wollen, wenig oder ungenügend Anwendung finden.

Die Systematisierte Medizin war und ist einer der grossen Fortschrittsgeneratoren der Medizin

Zwei Aspekte setzen dieser Form der systematisierten Medizin Grenzen: Behandlungsleitlinien sind besonders geeignet für einzelne akute Behand-

Tabelle 2

Drei Formen, wie Medizin sich organisiert (und entwickelt hat).

	Traditioneller Professionalismus	Systematisierte Medizin	Kollaborative Medizin
Nutzen-Versprechen	Der beste Arzt ist der Richtige	Effiziente Versorgung	Differenzierte Versorgung komplexer Probleme
Prozesse	(Abgestimmte) Einzelleistungen	Sequentiell systematisch (Guidelines)	Iterativ kollaborativ (lernend)
Standardisierung	tief	hoch	mittel
Qualitäts-Fokus	Einzelleistung	Prozess	Ergebnis
Optimierungsstrategie	Optimierung der Einzelleistung	Verhindern von Variation	Lernen aus Variation
Personal	bevorzugt Individualität	bevorzugt Routinen	bevorzugt Experimentieren

lungen, wie z. B. orthopädische Eingriffe nach einem Unfall oder einzeln vorkommende chronische Krankheiten, wie z. B. Diabetes. Ganz anders präsentiert sich die Situation bei Patienten mit drei oder mehr chronischen Leiden – einer Gruppe, die einen erheblichen Anteil der über 65-Jährigen ausmacht. Da Behandlungsleitlinien fast immer aus der Perspektive einer jeweiligen Krankheit bzw. der Fachgesellschaften entwickelt werden, nehmen sie nur ungenügend Bezug zu Begleiterkrankungen. Ein striktes Befolgen von Leitlinien bei einem Patienten mit mehr als einer chronischen Krankheit (z. B. mit Hypertonie, Diabetes, Osteoporose, Asthma) kann dann sogar gefährliche Interferenzen bzw. Nebenwirkungen hervorbringen [9]. Zudem sind grosse Teile der Medizin nicht systematisierbar, weil die Variabilität der Biologie und der Ausdrucksformen der Krankheiten als auch die Interdependenzen der medizinischen Interventionen zu gross und zu komplex sind. Auch diese Effekte werden sich weiter verstärken, beispielsweise durch die Entwicklung der «personalisierten Medizin», die das Verhältnis zwischen individuellen Besonderheiten und statistisch-epidemiologischer Evidenz neu überdenken lassen wird.

Kollaborative Medizin

Zur Bewältigung komplexer klinischer Situationen (zum Beispiel bei mehrfacher Komorbidität oder typischen spitzenmedizinischen Fällen) hat sich eine zusätzliche neue Form herausgebildet. Diese sucht eine funktionierende Kooperation zwischen Spezialisten herzustellen und Wissen aus unterschiedlichsten Quellen zusammenzuführen. Wir nennen diese neue Form «kollaborative Medizin». Koordination und Kooperation sind seit langem Bestandteil der Medizin, mehr noch, sind Bestandteil des ärztlichen Ethos. Das Konsilium ist klassischer Ausdruck davon.

Kollaborative Medizin reicht allerdings viel weiter und bedeutet eine intensiviertere Form der Zusammenarbeit, die sich strukturell, prozessual als auch kulturell ausdrückt. Zentral ist 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. Die Patientenbehandlung erfolgt im Rahmen iterativer Prozesse, deren besondere Charakteristika sind: multidisziplinäre und mehrere Ebenen überspannende klinische Entscheidungsfindung aller involvierten Institutionen (Hausärzte, Spezialisten, stationäre Bereiche usw.) sowie funktions- und bereichsübergreifende (Evidenz-basierte) Prozesse, welche nicht nur einzelne Behandlungsepisoden, sondern ganze Krankheitsverläufe fokussieren. Diese Charakteristika werden gestützt durch gemeinsam getragene Werte und Normen, die offenen Dialog und Kommunikation gewährleisten (und nicht durch Status-Unterschiede eingrenzen) sowie zu

Fehlererkennung und -Beseitigung ermutigen. In dieser Form inbegriffen ist eine hohe Patienten-Orientierung durch Berücksichtigung derer Präferenzen und deren Einbezug in die Entscheidungsfindung (Shared decision making).

Die Herausforderungen dieser Form ergeben sich dort, wo auf der einen Seite klinik- oder disziplinbezogene Identitäten, Vorteile und Selbstverständnisse betroffen sind und zum anderen Zusammenarbeit zum Delegieren von Verantwortung und Entscheidung instrumentalisiert wird.

Diese drei Formen – zusammengefasst in Tabelle 2 – sind aus der Herausforderung entstanden, im Gefolge neuer, komplexer medizinischer Entwicklungen klinische Situationen zu organisieren. Sie beschreiben differenzierte Formen professionellen Handelns, die klassischen Prozessoptimierungs-Ansätzen entgehen. Im nächsten, dritten Teil dieser Artikelserie werden wir der Frage nachgehen, welche unterschiedlichen Organisationsprinzipien diese drei Formen zur Folge haben und welche organisationalen und weiteren Konsequenzen für Spitäler daraus zu ziehen sind.

Literatur

- 1 Berchtold P, Schmitz C. Eine Zukunft für Spitäler. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(48):1914–6.
- 2 Brügger U. Impact of DRGs – Introducing a DRG reimbursement system: A literature review. SGGP Schriftenreihe. 2010;98(42).
- 3 Sanders L. Every Patient tell a Story. New York: Crown; 2009.
- 4 Bohmer R. Designing Care. Harvard Business Press; 2009.
- 5 Adler SP, Kwon SW, Heckscher C. Community, Market, and Hierarchy in the Evolving Organization of Professional Work: the Case of Medicine. Draft. Organization Science 2008;19(2).
- 6 Macoby M. Health care organizations as collaborative learning communities. In: The Firm as a Collaborative Community. Oxford University Press; 2006.
- 7 Heckscher C. et al. Collaboration and the Quality of Health Care Delivery. Draft; 2009 (www.heckscher.com).
- 8 Reilly BM. The essence of EBM. Brit Med J. 2004; 329: 991–2.
- 9 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):716–24.
- 10 Angaben aus strukturierten Interviews mit 15 Kaderärzten aus Universitäts- und Kantons-spitälern. Die Angaben sind nicht repräsentativ, sondern haben explorativen Charakter. In den Interviews interessierten uns insbesondere die Fragen, ob diese Differenzierung aus medizinischem Blickwinkel Sinn macht, welche Anteile der drei Formen heute erlebt und für die Zukunft prognostiziert werden, sowie welche organisatorischen Konsequenzen zu erwarten sind, wenn zukünftig nur in einer derart differenzierten Betrachtungsweise hohe Behandlungsqualität und Kosteneffizienz zu gewährleisten wären.