



Innovation Qualité / Sonderpreis der Jury 2024: Qualität durch Reflexion

Autorin:

KD Dr. med. Elisabeth Weber, Chefärztin Klinik Innere Medizin Waid

Co-Autor*innen:

Marion Lautner, Coach

Dr. med. Christian Weber, FMH Psychiatrie und Psychotherapie

Der erste Schritt zu guter Qualität in unserer täglichen Arbeit passiert in unserer Klinik Innere Medizin (KIM) hinter verschlossenen Türen: Da wo sich die Kaderärzt*innen treffen und ihre Arbeit gemeinsam und geführt reflektieren, über ihre Kommunikationsfähigkeiten nachdenken, ihren Führungsstil hinterfragen und ihre Ärzt*innen-Patient*innen - Beziehung beleuchten. Da wo "schwierige" Patientensituationen analysiert und besprochen werden, da wo dazu eine gemeinsame Haltung und eine Team - Kultur erarbeitet wird, da wo in einem geschützten Rahmen die eigenen Gefühle Platz finden und besprochen wird, wie wir unsere Assistenz-ärzt*innen führen und anleiten wollen.



Inhaltsverzeichnis

1	Ziel/ Idee	3
2	Ausgangslage	3
3	Hypothese	3
4	Vorgehen/ Projektbeschreibung	3
4.1	Beschrieb Fallsupervision	4
4.2	Beschrieb Oberärzt*innen – Coaching (OA-Coaching)	4
5	(Teil-) Ergebnisse	5
5.1	Messung Patient*innen - Zufriedenheit	5
5.2	Rückmeldung Teilnehmer*innen	6
5.2.1	Oberärzt*innen – Coaching (OA-Coaching)	6
5.2.2	Fallsupervision	6
6	Ausblick	6



3/6

1 Ziel / Idee

Im Zentrum der Arbeit in der Innere Medizin steht die Arbeit mit Patient*innen, die unter chronischen, unklaren und lebenslimitierenden Krankheiten leiden. Gerade für diese Menschen - allerdings nicht ausschliesslich - besteht erlebte gute Qualität gar nicht immer unbedingt in der Frage nach dem medizinischen Outcome (Todesfall, Komplikationen), sondern zu einem grossen Teil in der Interaktion mit dem Spitalpersonal, in der Beziehung mit den Ärzt*innen und in der erlebten Empathie. Unser Projekt will Voraussetzungen dafür schaffen, dass jede Interaktion und alle Begegnungen zwischen Patient*innen und Ärzt*innen bewusst wahrgenommen und empathisch ausgestaltet werden durch die Ärzteschaft. Das Ziel soll sein, den Patient*innen eine gute *Qualität in der Begegnung* zu bieten und dafür die Ärzt*innen anzuleiten sich dafür selber zu reflektieren. Wir etablierten dafür entsprechende Gefässe in unserem Alltag, die den Kader - Ärzt*innen die Möglichkeit geben, den Arbeitsalltag und die Begegnungen zu reflektieren, sich mit den Kolleg*innen im Team abzugleichen, voneinander zu lernen und Sicherheit zu gewinnen im Umgang mit schwierigen und herausfordernden zwischenmenschlichen Situationen.

2 Ausgangslage

Zur Qualitätskontrolle an unserer Klinik gehört auch die Bearbeitung der Rückmeldungen unserer Patient*innen. Aufgrund gerade dieser Rückmeldungen wie zum Beispiel "sprechen die Ärzt*innen überhaupt miteinander?"; "ich wusste gar nicht, wer für mich zuständig ist, ich fühlte mich verloren!" wird klar, dass eine hohe Qualität des erlebten Spitalaufenthaltes für den kranken Menschen subjektiv und gar nicht so einfach messbar und vergleichbar ist. V.a. bei chronischen, unklaren und lebenslimitierenden Krankheiten, hängt ein "gutes Outcome" massgeblich von der Gesprächsführung und vom Umgang mit den Patient*innen ab, wohl weniger von messbaren Qualitätsfaktoren wie Komplikationen, Todesfälle, Anzahl Medikamente etc. Diese Tatsache widerspiegelt sich auch in einer Analyse der Schweizerischen Patienten Organisation (SPO) auf der Basis von Interviews mit Betroffenen ([Bericht-Quality-through-patients-eyes-final.pdf \(spo.ch\)](#)) mit dem Titel "Quality through patients' eyes". Je eher eine Patient*in chronisch / unklar krank ist, je eher bewertet sie die Qualität der Betreuung anhand psychologisch-sozialer und weniger anhand biologisch-medizinischer Faktoren. Dafür wurde der Begriff "Patient reported **experience** measures" sog. PREM vorgeschlagen. Wenn wir uns nun in Bereich des Erlebens bewegen, wie verbessern wir da die Qualität? Gerade auch im Spitalsetting, wo häufig wenig Zeit für Beziehungsaufbau und Gespräche herrscht? Wie sensibilisieren wir unsere Ärzt*innen dafür, dass personalisiert und empathisch begleitet wird, damit die Patient*innen sich sicher und verstanden fühlen und eine "gute" Qualität erleben dürfen? Wie leiten wir unsere Assistenzärzt*innen an, sich den Patient*innen entsprechend professionell zuzuwenden? Und da das Erleben unserer Patient*innen untrennbar verknüpft ist mit der (Gesprächs-) Kultur in einem Team, geht es schlussendlich auch um die Frage: wie prägen wir die Kultur in unserer Klinik, in unserem Ärzt*innen - Team hin zu einem offenen, empathischen und überlegten Umgang mit den Patient*innen?

In der Qualitätsstrategie des Bundes ist unser Projekt im Bereich "patientenzentriert" anzusiedeln. Dies als eine der 7 genannten Visionen der Strategie. Im Bereich der systemorientierten Handlungsfelder, fällt auch in der Bundesstrategie der Begriff Kultur. ([Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung \(Qualitätsstrategie\) \(admin.ch\)](#)). In diesem übergeordneten Zusammenhang **patientenzentriert – prägen der Kultur im Team – Qualität des Erlebens – PREM** reiht sich unser Projekt "Qualität durch Reflexion" ein.

3 Hypothese

Je mehr die eigene Haltung reflektiert und im Team abgeglichen und gespiegelt wird, je eher schafft man gemeinsam und aber auch eigenverantwortlich die Patientenbetreuung differenziert, kritisch und empathisch auszugestalten – man gleicht sich ab, man prägt die Kultur im Team, man lernt wie sich die Kolleg*innen bewegen, findet eine gemeinsame Haltung und schafft damit eine hohe individuelle-patientenzentrierte Qualität in den Begegnungen und der Beziehung über einen ganzen Spitalaufenthalt hinweg.

4 Vorgehen / Projektbescrieb

Für eine strukturierte Reflexion unseres Alltages haben wir zwei Gefässe eingerichtet: Es geht dabei einerseits um die Reflexion der Begegnungen, der Ärzt*innen-Patienten-Beziehung und andererseits um die Reflexion in der Führung. Dafür haben wir eine Fallsupervision für Kaderärzt*innen und ein Coaching für das Oberärzteam (sog. OA-Coaching) im Klinikalltag integriert und etabliert. Diese beiden Gefässe finden alle 6-8 Wochen statt. Geleitet und supervidiert werden sie von externen Fachleuten.



4.1 Beschrieb Fallsupervision (Autor: Christian Weber)

Während Supervision und Balintarbeit in der Aus- und Weiterbildung sowie in der lebenslangen Tätigkeit von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie unverzichtbare Elemente einer qualifizierten Berufsausübung darstellen, kommen sie in der somatischen Medizin eher am Rande zum Einsatz. Dies ist insofern ein Mangel, als dass viele Patienten*innen nicht nur körperlich, sondern auch psychisch belastet sind: rund ein Drittel der Patienten*innen im Allgemeinspital zeigen nebst der somatischen Erkrankung auch ein psychisches Leiden (Hepp U, 2018 und 2023). Sie sind damit beeinträchtigt in der Wahrnehmung und in der adäquaten Äusserung von eigenen Bedürfnissen. Dabei sind konflikthafte Erfahrungen aus der Vorgeschichte oft vom Bewusstsein ferngehalten und manifestieren sich in zwischenmenschlichen Beziehungsstörungen mit negativen Affekten, welche die somatische Behandlung erschweren. In diesem Zusammenhang ist bedeutsam, dass sich die Mehrzahl der Klagen über ungenügende Behandlung weniger auf die erhaltene Therapie, als auf fehlendes emotionales Verständnis und mangelnde Kommunikation beziehen (SAMW 2013 und 2023). An diesem Punkt setzt Supervision/Balintarbeit an: In der Begegnung mit Patient*innen sind wir nicht nur objektivierende Beobachter, sondern auch subjektive Partner*innen einer Beziehung. Als Ärzt*innen sind wir in der empathischen Einstellung auf unsere gefühlhaften Reaktionen als Diagnostikum angewiesen, wir können uns ihnen nicht entziehen, und umgekehrt werden sie zur Voraussetzung für eine vertrauensvolle Ärzt*in-Patienten*in-Beziehung (AP-Beziehung).

Michael Balint hat als Pionier Gesprächsgruppen mit Ärzt*innen initiiert und geleitet, deren Ziel die Analyse und Aufklärung und damit auch die Verbesserung der AP-Beziehung beinhaltete (Balint M 1957, 1973 und 2001). In solchen Gesprächsrunden finden die berichtenden Ärzt*innen nicht nur Entlastung in der Äusserung von in der Behandlung entstandenen unangenehmen Gefühlen, sondern auch den Raum zu erkennen, dass ihre Gefühle (wie Ohnmacht, Ärger, Misstrauen, Unsicherheit etc.) oftmals Symptome der Krankheit resp. der Persönlichkeit der Patient*innen sind. Die Besprechung und Klärung dieser zumeist wenig bewussten Gefühlszusammenhänge erlaubt ein Verständnis und den Wiedergewinn einer empathischen Grundhaltung gegenüber den Patienten*innen. Ungute Verstrickungen, Aversion, Überengagement oder Resignation können verstanden und im besten Fall mit der Patient*in besprochen werden. Behandlungsabbrüche, Überweisungen oder unnütze weitere medizinische Abklärungen («medizinisches Agieren») können vermieden werden (Busse und Hausinger, 2013). Das in der Balintmethodik vorrangige szenische Verstehen der Patient*in jenseits diagnostischer Kategorien wird in der Supervision ergänzt durch eine psychodynamische Beziehungsdiagnostik mit Hinweisen zum Umgang mit der Patient*in und der Erarbeitung von hilfreichen Interventionen im AP-Gespräch (SAMW 2013 und 2023).

Die regelmässige Teilnahme an einer Supervision leistet damit einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung in der somatischen Medizin auf mehreren Ebenen:

- Persönliche Psychohygiene und Entlastung der Behandelnden
- Wahrnehmung und Einordnung der eigenen Gefühlsreaktionen in der AP-Beziehung
- Erarbeitung eines Verständnisses für die oftmals unbewusste Problematik der Patient*in
- Wiedergewinn der empathischen Grundhaltung als Voraussetzung zur Etablierung eines positiven Arbeitsbündnisses
- Ermutigung im Ansprechen von schwierigen Beziehungskonstellationen
- Verbesserung der Kompetenz im Umgang mit «schwierigen», besonders konfliktbelasteten oder traumatisierten Patient*innen
- Verbalisieren tritt an die Stelle von zwischenmenschlichem oder medizinischem Agieren
- Verbesserung der Fähigkeit, negative Zustände wie Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Angst oder Erregung aushalten zu können

4.2 Beschrieb OA-Coaching (Autorin: Marion Lautner)

Im Spitalsetting werden die Ärztinnen und Ärzte meist ohne vorgängige oder begleitende Führungsschulung in eine Oberärzt*innen - Position befördert. Zum ersten Mal in einer Leitungsposition mit vielen neuen Aufgaben, insbesondere des Führens von Assistenzärzt*innen, kann Druck erzeugen, da man beweisen will, dass die Entscheidung zur Beförderung richtig war.

Das Scheitern der ersten Führungsfunktion führt oft dazu, dass auch gut geeignete Führungskräfte sich aus der Führung zurückziehen. Daher lohnt sich Coaching besonders beim Wechsel in die Führungsrolle (Metz & Rinck 2010).



Beim Coaching handelt es sich primär um Prozessbegleitung. Der Coach definiert sich den Oberärzt*innen (OA) gegenüber nicht als Expert*in für „richtiges“ Managen, sondern die Aufgabe besteht darin, das Selbstmanagement der OA zu mobilisieren und zu helfen, dass sie dieses umfassend nutzen können, damit eine optimale Betreuung der Assistenzärzt*innen gewährt wird, was wiederum der Qualität der Betreuung der Patient*innen zugute kommt.

Die Gruppe trifft sich in regelmässigen Abständen und bringt eigene Themen ein, die sie beschäftigt. Der sichere Raum, wo vertrauliche und heikle Themen offen besprochen werden können und Zeit für Reflexion bietet, wird von den Oberärzt*innen sehr geschätzt und trägt Sicherheit in den Spitalalltag. Da der Arbeitsalltag oft zu voll und dicht ist, wird selten die Zeit gefunden für einen Austausch zu Herausforderungen in der Führung. Das Führungcoaching stärkt das Vertrauen untereinander, um in herausfordernden Situationen auch abseits des Coachings sich kurz und unmittelbar auszutauschen.

Folgende Fragestellungen und Themen wurden im Führungcoaching behandelt:

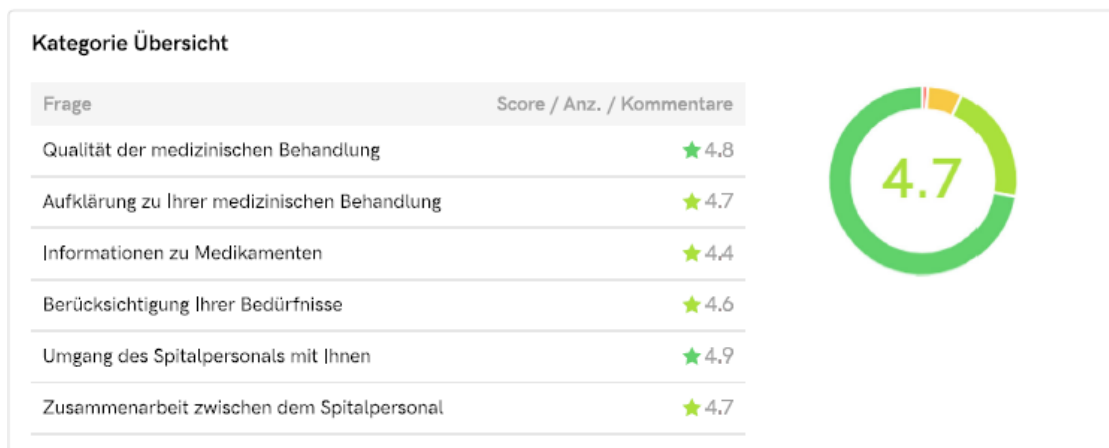
- neues Rollenverständnis (Wechsel von Assistenz*ärztin zu Oberärzt*inA zu OA)
- Umgang mit der «Einsamkeit» in der Führungsrolle, Feedback zu spezifischen Situationen vorbereiten
- Umgang mit weniger leistungsstarken Assistenzärzt*innen sowie
- die Auseinandersetzung mit Hierarchie, Motivation, Stress, Kommunikation, Arbeitsorganisation, Patient*innen Betreuung, Dilemmata und die «Flucht» ins Operative

5 (Teil-) Ergebnisse

5.1 Messung Patient*innen - Zufriedenheit

Mit Augenmerk auf den Punkt "Umgang des Spitalpersonals mit Ihnen" (aus unseren internen Patient*innen-Rückmeldungen) steht ein Messwerkzeug zur Objektivierung des "Erfolgs" dieser Gefässe bereit. Dies kann im Verlauf verglichen und analysiert werden.

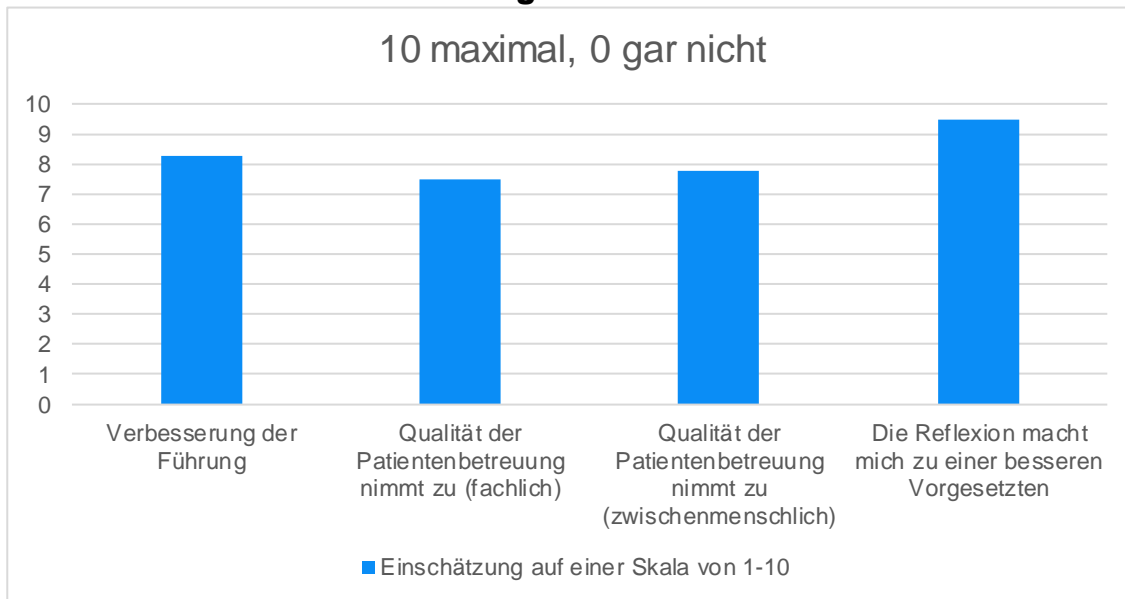
Exemplarischer Auszug monatliche Rückmeldungen Klinik Innere Medizin Waid (maximale Bewertung 5):



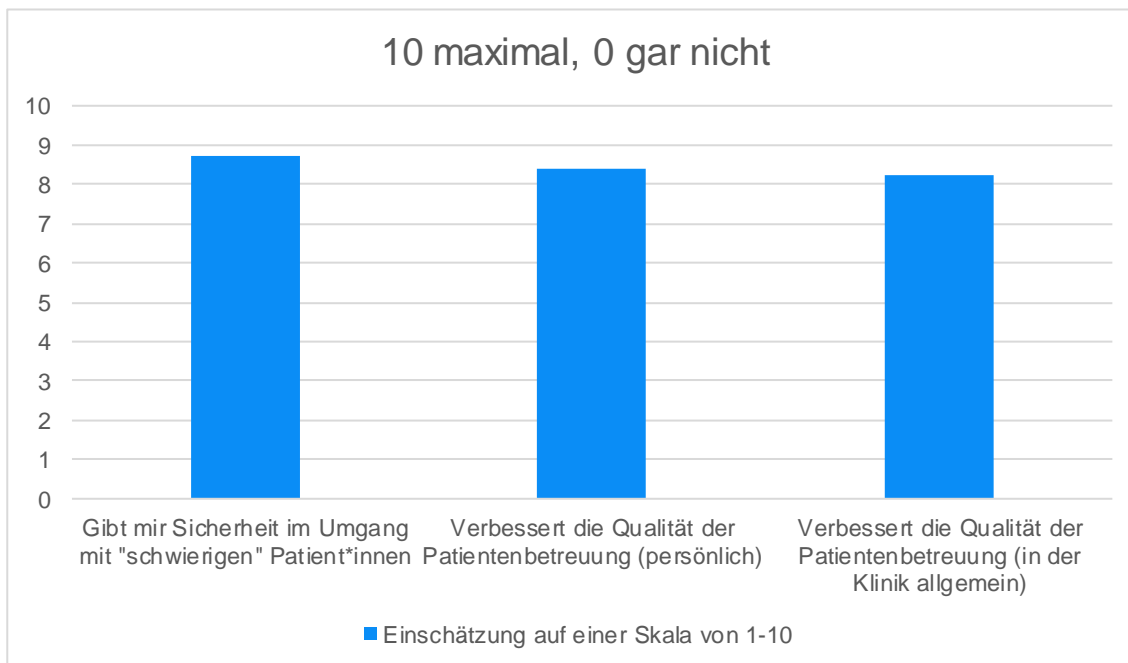
6/6

5.2 Rückmeldung Teilnehmer*innen

5.2.1 Oberärzt*innen – Coaching



5.2.2 Fallsupervision



6 Ausblick

Wir gehen davon aus, dass mit der Weiterführung dieser Gefässe eine Steigerung der Patientenzufriedenheit und damit ein nachweislicher Effekt auf die Qualität aus Patient*innen - Sicht (Patient reported experience measures, PREM) erreicht werden kann. Messbar wird dies in der Erhebung der Rückmeldungen der Patient*innen sein. Wir werden die Rückmeldung strukturiert verfolgen, analysieren und auswerten. Ziel ist es, diese Erfahrungen und Analysen aus unserer Klinik publik zu machen und damit in der somatischen Medizin einen Impuls zu setzen für einen etwas anderen Zugang zu Qualitätsverbesserung.