

## Rationalitäten in der Medizin und deren Rekonstruktion im Qualitätszirkel

### I. Einleitung

Der naive Leser kommt bei flüchtiger Durchsicht der medizinischen Tagespresse aus dem Staunen nicht heraus: allerorten ist von *Qualitätssicherung* die Rede, Programme zur Verbesserung der Versorgung werden diskutiert (Buchborn 1993, Bundesärztekammer 1993, Fiedler 1993a). Ja, ist denn die Qualität der medizinischen Versorgung nicht gewährleistet? Sind denn nicht die Möglichkeiten von Diagnostik und Therapie in den vergangenen Jahrzehnten geradezu explosionsartig gewachsen – ein Beleg dafür, daß Qualitätsverbesserung kontinuierlich stattfindet?

Paradoxerweise erzeugt gerade der medizinische Fortschritt beständige Verunsicherung. Lehrmeinungen, gerade erst verkündet, werden durch Neuerungen in Frage gestellt. Neue Behandlungsverfahren entwerten durch ihre bloße Existenz potentiell die anderen, die Frage nach der Qualität ist der Weiterentwicklung der Medizin immanent.

Die Pluralität konkurrierender Behandlungsmöglichkeiten setzt Arzt und Patient unter den Druck, bei stets ungenügender Information zu entscheiden. Zwar hat das Neue den Anscheinbeweis des Besseren für sich, doch ist eine kritische Bewertung erst nach praktischer Erprobung möglich. Unter diesen Umständen liegt die Verwechslung von *optimaler Behandlung* und *Maximalversorgung* nahe. Die Entwicklung des medizinisch-industriellen Komplexes hat die Ausweitung von Angebot und Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen zur Folge – und natürlich auch eine Ausweitung der Kosten. Die vielzitierte »Kostenexplosion« entpuppt sich bei näherer Betrachtung als eine multifaktoriell bedingte »Leistungs-explosion«.

Parallel dazu hat sich in den entwickelten Industriegesellschaften das Krankheitsspektrum wesentlich verändert. So nimmt z.B. die Anzahl chronisch Kranker kontinuierlich zu. Chronische Krankheit geht in der Regel mit Beeinträchtigung der Allgemeinbefindlichkeit und Belastungen in der psychosozialen Gesamtsituation einher, die insbesondere in der hausärztlichen Sprechstunde spürbar werden,

von Primärärzten typischerweise aber nicht behandelt werden können. Überforderungs- und Enttäuschungsgefühle bei Patienten und Ärzten sind die Folge, und es kommt zu immer erneuten Arztbesuchen mit immer wieder unzureichendem Ergebnis, Mehrfachbehandlung und Chronifizierung des Leidens. In der Dauerversorgung erweist sich die Macht des Arztes als begrenzt. Der Patient wird zum Mit-Behandelnden. Zum Selbstbewußtsein gezwungen, vielleicht auch getragen von den Emanzipationsprozessen der vergangenen Jahrzehnte, stellen zunehmend Patienten und Patientengruppen die Frage nach der Qualität der medizinischen Versorgung – und sie interessieren sich dabei vor allem für die Verbesserung ihres Alltagslebens (Herzlich u. Pierret 1991).

Entscheidungsdruck angesichts zwangsläufig unvollständiger Information – dies ist ein *allgemeines* gesellschaftliches Problem, das Arzt und Patient unabhängig von der Behandlungssituation verunsichern und darüberhinaus in der Beratungssituation in spezifischer Weise wirken kann. Die Angst, etwas auszulassen, nimmt ständig zu. In dieser Situation werden *Leitlinien* als Sieb und als Rettungsanker gewünscht: als *Sieb*, insoweit sie rationale Entscheidungskriterien liefern, und als *Rettungsanker*, insoweit sie emotionale Entlastung ermöglichen.

Die Forderung nach Leitlinien und Standards wird nicht allein von Ärzten und Patienten gestellt. Auch Versicherer (z.B. Fiedler 1993a und 1993b, Rebscher 1992, Spinnarke 1993), Selbstverwaltungsorgane (z.B. Bundesärztekammer 1993, Kassenärztliche Bundesvereinigung 1993) und Fachgesellschaften zielen damit vordergründig auf die Überwindung von Willkür und die Senkung der Kosten im Gesundheitsbereich an. Im Kern scheint die erhoffte neue Übersichtlichkeit jedoch *auch auf kollektiver Ebene* vor allem der Abwehr von Ängsten vor Kontrollverlust zu dienen. Diese Rationalisierung erfolgt hier durch Bürokratisierung und Standardisierung.

Weder Leitlinien noch Standards entscheiden durch sich selbst über ihre kontextspezifische Angemessenheit. Diese muß konsensuell und auf den Anwendungsfall bezogen geklärt werden. Man braucht Verfahren, in denen die Handlungsregeln nachvollziehbar (re-)konstruiert werden können. In der ambulanten Versorgung haben sich hierfür besonders *Qualitätszirkel* als geeignet erwiesen (Abholz et al. 1992, Bahrs, Gerlach u. Szecsenyi 1994, Ferber et al. 1993, Grol, Mesker u. Schellevis 1988, Häussler 1992).

Natürlich können auch die in Qualitätszirkeln erarbeiteten Leitlinien das Problem der Entscheidungsunsicherheit, das angesichts

des permanenten wissenschaftlichen Fortschritts immer neu produziert wird und im Alltagsleben aufgrund der gesellschaftlichen Umstrukturierungen virulent ist, nicht grundsätzlich lösen. Die große Chance von Qualitätszirkeln besteht aber darin, *erfahrbar* zu machen, wie fallspezifisch Entscheidungen getroffen werden können und wie gegebenenfalls die Unsicherheit ausgehalten werden kann. Konsequenterweise müßten *alle* an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten – auch die Patienten – an Qualitätszirkeln beteiligt werden. In Belgien wird dies bereits erprobt (Schillemans et al. 1989, Schillemans et al. 1993).

Der der gemeinsamen Selbst-Verständigung dienende offene Erfahrungsaustausch ist zugleich Bedingung und Ziel des Qualitätszirkels. Wo dies gelingt, leisten Qualitätszirkel faktisch einen Beitrag zur Entwicklung einer neuen Arbeitskultur. Die Arbeitsweise ärztlicher Qualitätszirkel soll im folgenden exemplarisch dargestellt werden.

## II. Qualitätszirkel

Als *Qualitätszirkel* wird die von Moderatoren unterstützte freiwillige Gruppenarbeit von etwa 10 bis 15 (zumeist niedergelassenen) Ärzte bezeichnet, die in regelmäßigen Abständen (4-8 Wochen) zusammen kommen, um in gleichberechtigter Diskussion (»Jeder ist Experte seiner Praxis«) mit selbst gesetztem Thema ihr Alltags-handeln kritisch zu reflektieren (Bahrs, Gerlach u. Szecsenyi 1994). Der Erfahrungsaustausch erfolgt auf der Grundlage nachvollziehbarer Dokumentationen eigener Praxistätigkeit der Teilnehmer (z.B. Aufbereitung aus Karteikarten, Video- bzw. Tonbandaufzeichnung, Protokollblätter, Zusammenstellungen von Abrechnungsdaten). Die gemeinsame Analyse des *konkreten Alltagshandelns der Teilnehmer* erlaubt die Konfrontation von Wunsch und Wirklichkeit und ermöglicht fallbezogen die konkrete Abschätzung von Handlungsoptionen.

Im deutschen Sprachraum herrscht bislang keine Einigkeit über die Reichweite der in Qualitätszirkeln erarbeiteten Ergebnisse. Je nach Zielsetzung lassen sich derzeit grundsätzlich *regelmodifizierende*, *supervidierende* und *forschende Zirkel* unterscheiden.

*Regelmodifizierende Zirkel* verstehen sich im Sinne praxisbezogener Fortbildung als normdurchsetzende Instanz. Sie gehen davon voraus, daß für ihr Thema grundsätzlich applizierbare Standards zur Verfügung stehen. Diese werden von »hausarztfreundlichen« Experten der Spezialdisziplinen vermittelt und den spezifischen Bedingungen hausärztlichen Handelns angepaßt (Ferber et al. 1993, Sohn 1992).

*Forschungszirkel* machen jene Probleme (haus)ärztlichen Handelns zum Gegenstand, für die auch die Fachwissenschaften keine Lösungen bereit halten. Experten unterschiedlicher Spezialdisziplinen werden in den Diskussionsprozeß einbezogen, doch hat die Expertise der Zirkelteilnehmer bei der Erarbeitung von Leitlinien Vorrang (Bahrs, Gerlach u. Weiß-Plumeyer 1993, Gerlach, Bahrs u. Weiß-Plumeyer 1994a und b, Häussler 1992, Szecsenyi et al. 1994).

Für *Supervisionszirkel* steht weder Anwendung noch Erarbeitung übergreifender Problemlösungen im Vordergrund. Sie zielen vor allem auf *exemplarisches Lernen* im strukturierten kollegialen Erfahrungsaustausch und greifen dabei auf erfahrene Moderatoren zurück, die gleichsam Experten des *Nicht-Wissens* sind. Bislang vorliegende Erfahrungen weisen darauf hin, daß sich Supervisionszirkel eher als andere Qualitätszirkel auch in eigener Regie organisieren können (Abholz et al. 1992, Bahrs, Köhle u. Szecsenyi 1992, Bahrs u. Szecsenyi 1993, Lichte 1993).

Grimshaw und Russell haben in einer Literaturübersicht plausibel aufgezeigt, daß Leitlinien umso eher die gewünschte Veränderung der Alltagspraxis zur Folge haben, je mehr sie kontext- und patientenspezifisch sind und in einem besonderen Fortbildungskonzept selbst erarbeitet und vermittelt werden (Grimshaw u. Russel 1993). Praxisfern entwickelte Leitlinien ohne konkrete Fallorientierung, wie sie etwa in sogenannten »Konsensus-Konferenzen« entwickelt werden, und eine Verbreitung von Leitlinien durch bloße Veröffentlichung in der Fachpresse bleiben diesen Erkenntnissen zufolge nahezu ohne erkennbare Wirkung. Es kommt daher darauf an, die Fähigkeit zur Konsensfindung im ärztlichen Gespräch bei Ärzten (und Patienten) zu fördern. Die fallbezogene Diskussion im Qualitätszirkel unterstützt diese Kompetenzen: die jeweiligen Behandlungsprobleme und deren Lösung werden herausgearbeitet und Möglichkeiten aufgezeigt, die grundsätzlich zur Verfügung gestanden hätten, aber nicht realisiert wurden. Besondere Bedeutung kommt dann der Klärung der Frage zu, weshalb solche Handlungsoptionen nicht genutzt wurden.

Das Vorgehen im Qualitätszirkel soll im folgenden auf der Basis eines Sitzungsprotokolls aus dem Hannoveraner Projekt »Hausärztliche Qualitätszirkel« exemplarisch veranschaulicht werden. Der hier beschriebene »Mittwochs-zirkel« zielt auf *Forschung und interkollegiale Supervision* und ist zu charakterisieren durch

<i>Gruppenarbeit</i>	(13 niedergelassene Hausärzte)
<i>Freiwilligkeit</i>	(durch Aufruf in Zeitungen animiert)
<i>Erfahrungsbezug</i>	(Videodokumentation in den Zirkelpraxen)
<i>Kontinuität</i>	(3stündig, monatlich, über ca. 2 Jahre)
<i>Problemzentrierung</i>	(Thema: hausärztliche Versorgung von Patienten mit Kreuzschmerzen)
<i>Systematik</i>	(Einbeziehung von Vertretern unterschiedlicher Fachdisziplinen; Protokollierung der Diskussionen)
<i>Fallrekonstruktion</i>	(jeder teilnehmende Kollege stellt mindestens einen Fall vor)
<i>Zielgerichtetheit</i>	(Erarbeitung von fall- und problembezogenen Handlungsleitlinien)
<i>Unterstützung durch Moderatoren</i>	(Mitarbeiter des Projekts »Hausärztliche Qualitätszirkel«)

### III. *Beispiel: Fallbezogene Erarbeitung von Handlungsleitlinien zur hausärztlichen Kreuzschmerzbehandlung*

Die Teilnehmer eines Qualitätszirkels in Hannover (»Mittwochs-zirkel«) hatten beim ersten Treffen im Mai 1992 vereinbart, die hausärztliche Behandlung von Patienten mit Kreuzschmerzen erfahrungsbezogen zu diskutieren, um Leitlinien für das eigene Handeln zu erarbeiten (Bahrs, Gerlach u. Weiß-Plumeyer 1994). Beim zweiten Treffen wurde zunächst im Brainstorming-Verfahren eine Liste der Probleme hausärztlicher Kreuzschmerzbehandlung erstellt (vgl. Bahrs, Gerlach, Szecsenyi 1994, Kapitel 11) und vereinbart, die von den Teilnehmern bislang praktizierten Maßstäbe in Falldiskussionen herauszuarbeiten, darzustellen und gegebenenfalls zu modifizieren.

Wir zeigen die Arbeitsweise hier am Beispiel des zwölften Gruppentreffens und folgen dabei im wesentlichen dem Diskussionsverlauf selbst, um den Erfahrungsprozeß nachvollziehbar zu machen. Natürlich mußte schon aus Darstellungsgründen eine Auswahl getroffen werden: weder vollständige Wiedergabe noch Strukturanalyse der dreistündigen intensiven und kontroversen Diskussion sind hier beabsichtigt. Zur besseren Orientierung sei der Skizze eine kurze Zusammenfassung der Diskussion vorangestellt:

Auch bei dieser Fallvorstellung wurden viele Probleme hausärztlicher Kreuzschmerzbehandlung *konkret* sichtbar, die bei Beginn

des Projekts *allgemein* genannt worden waren. Die Kreuzschmerzen wurden als Verdichtung einer komplexen Lebensproblematik begreifbar, so daß ein allein auf die Schmerzen zentrierter originärer Behandlungswunsch nicht ohne weiteres unterstellt werden kann (Problem des sekundären Krankheitsgewinns). Die komplexe psychosoziale Belastungssituation – aus der Pflegesituation resultierende psychophysische Überforderung der Patientin, Gewissenskonflikte, Unfähigkeit der Ablösung – kann zwar beeinflusst, nicht aber von heute auf morgen »behandelt« werden. Hier ist auch der Arzt überfordert. Die Grenzen ärztlichen Handelns zu akzeptieren und sich in Geduld zu üben, fällt den Beteiligten jedoch auch in diesem Fall schwer. Verstärkte Arztbesuche einerseits und Forcierung diagnostisch-therapeutischer Maßnahmen andererseits sind die Folge – jeweils der Hilflosigkeit (es muß überhaupt etwas passieren) bzw. der Angst (es könnte etwas verpaßt bzw. übersehen werden) geschuldet. Dennoch wurden auch hilfreiche Handlungsstrategien benannt: Vermittlung psychosozialer Unterstützung, wechselseitige Klärung der Erwartungen von Arzt und Patient, biographische Anamnese und Thematisierung der Lebenssituation. Hervorzuheben ist, daß erkennbar auch bei eingeschliffener Dauerbehandlung (Spritzen!) das Gespräch als Therapeutikum zumindest zeitweilig ausreichend sein kann.

*A. Ausschnitt aus dem Protokoll des 12. Treffens der Mittwochsgruppe »Hausärztlicher Qualitätszirkel« am 1.9.1993 in Hannover, 17.00 bis 20.00<sup>1</sup>*

In der Praxis von Frau Dr. Meyering<sup>2</sup> war zur Vorbereitung der Zirkeldiskussion eine Woche lang eine Kamera fest im Sprechzimmer installiert. Für die *Fallvorstellung* wurde ein 18minütiges Beratungsgespräch mit einer 71jährigen Frau ausgewählt.

*B. Transkript des Gesprächs zwischen Frau Dr. Meyering und Frau Reiter im August 1993 (Kurzfassung)*

Die Verschriftung folgt dem Wortlaut des Gesprächs, unabhängig vom subjektiv gemeinten Sinn. Neue Redebeiträge beginnen am Beginn der Zeile, Unterbrechung wird durch Einrücken des Äußerungsbeginns in der Zeile kenntlich gemacht. Weitere Angaben zur Notation: (.) kurze Pause; (..) mittlere Pause; (...) lange Pause. A: Arzt; P: Patient.

Die 71jährige Frau Reiter befindet sich seit mehreren Jahren in Behandlung von Frau Meyering. Sie hat insgesamt relativ selten die

Praxis aufgesucht, war in der letzten Zeit jedoch häufig gekommen und leidet u.a. an chronisch rezidivierenden Rückenschmerzen. Zwar seien diese einige Zeit nicht so gravierend gewesen – sie habe sich nur gelegentlich eine Spritze geholt –, doch nun sei es “als wenn mir der Rücken durchbricht“. Sie habe auch Schmerzen in der Schulter. Frau Reiter klagt über Unbeweglichkeit und Steife, die Untersuchung ergibt eine deutliche Einschränkung der Beweglichkeit bei erheblich verspannter Muskulatur. Keine Schmerzausstrahlung, keine Beschwerden beim Wasserlassen. Die therapeutische Empfehlung lautet: Schonung sowie Entspannung und Wärme durch heiße Bäder (hinterher mit Wärmflasche ins Bett legen), Einreibungen sowie Kurzwellen.

Das Gespräch scheint mit der Empfehlung »Laufen ist bestimmt gut« auszuklingen, nimmt aber eine überraschende Wendung als Frau Reiter ihre psychosoziale Belastungssituation zum Thema macht.

A85: Ansonsten laufen ist *bestimmt gut*, gerade bei Ischiasbeschwerden

P84: Hm, hm, hm

A86: Also Spaziergänge, nicht gerade auf Asphalt, sondern eher um Witzhausen rum.

P85: Ja, das hab ich mir auch gesagt, aber *wann soll ich das machen?*

A87: Keine Zeit.

P86: Ja

A88: Ja, wegen

P87: Ja

A89: dieser

P88: Ja

A90: Betreuung

P89: Ja

A91: Der alte Herr, ne.

P90: Jetzt wollte ich am Sonntag eigentlich wegfahren, ich weiß noch nicht, ob ich's kann.

A92: Alleine ja?

P91: Ja

A93: Hm. Zur Erholung.

P92: Ja, nee, nach Hause

A94: Nach Hause

P93: Also zu mir nach Hause da, zu den Kindern, die wollen in Urlaub gehen und hätten gern, daß ich dann im Haus bleib die Zeit.

A95: Zum Hüten.

P94: Ja, so ungefähr.

A96: Dann sind Sie wieder engagiert. (*lacht*)

P95: Naja, aber da brauch ich weiter nichts machen, ich mein, für mich kochen, ja, aber weiter nichts.

A97: Also, es wäre doch »ne Abwechslung

P96: Ja, es wär ne Abwechslung

A98: (undeutlich)

P97: Aber ich weiß nicht, ob ich ihn *alleine* lassen kann, der hat doch diesen Stuma oder wie man das nennt

A99: Stoma. Den künstlichen Ausgang, ja.

Durch die Pflege ihres Lebenspartners, Herrn Lehmann, fühlt sich Frau Reiter derart angebunden, daß ihr buchstäblich keine Zeit für sich bleibt. Die häusliche Pflege durch eine Krankenschwester bedeutet keine spürbare Entlastung, weil der »alte Herr« typischerweise nachts Durchfall hat und sich weigert, den Beutel seines künstlichen Darmausgangs selbst abzustreifen. Frau Reiter charakterisiert sich selbst als jemanden, der nicht nein sagen kann, und fühlt sich zur Pflege verpflichtet, obgleich die Partnerschaft offenkundig gelitten hat. Sie möchte, daß Herr Lehmann in ein Heim geht, was er jedoch strikt ablehnt. Auch finanzielle Aspekte mögen eine Rolle spielen: die Heimunterbringung müßte in jedem Falle von den Kindern finanziert werden. Ärztin und Patientin sind sich darüber einig, daß die Belastung für Frau Reiter auf die Dauer zu groß ist.

P135: Ja. Ich hab ihm ja schon gesagt, ich sage, auf ewig, das das *bring* ich gar nicht. Ich werd *auch* nervös

A137: Ja, ist möglich habs Ihnen ja angemerkt, das geht ja schon lange mit der Belastung

P136: Ja, ja, ja.

A138: Haben wir ja schon öfters drüber gesprochen.

P137: Hm

A139: Ähm, (.) Sie haben auch ein gewisses *Alter*, wenn man das

P138: Ich bin 70

A140: Sie werden 71, hm, und irgendwann, hm

P139: Irgendwann ist Schluß, denn ich merke, wenn ich auch in die Stadt meine Tasche trag, mit einem Mal fängt mein Arm an zu zittern und dann kann ich gar nicht (*unterstreicht gestisch das Zittern*)

A141: Ist Erschöpfung, ja.

P140: Das ist, das ist nicht normal, wenn (undeutlich)

A142: Wäre es denn mal ein Kompromiß, wenn Sie jetzt zum Beispiel für *drei* Wochen die *vorübergehende* Unterbringung in einem Pflegeheim organisieren

P141: Hm

A143: und in der Zeit wegfahren

P142: Hm

A144: dann haben Sie ein reines Gewissen, und er merkt wie es ist, wenn Sie weg sind und wie ein Pflegeheim ist.

P143: Hmhm

Eine solche vorübergehende Heimunterbringung – die allerdings selbst finanziert werden müßte – könne für Herrn Lehmann, der ja noch beweglich sei und am Leben teilnehmen könne, überdies eine Abwechslung sein. In dem empfohlenen Heim sei durchaus etwas los. Problematisch sei, daß Herr Lehmann Frau Reiters Überforderung nicht einsehe und ihr vorwerfe, zu Hause angeblich nicht mehr zu können, aber die Strapazen einer Reise auf sich nehmen zu wollen. Frau Meyering dringt nachdrücklich darauf, daß Frau Reiter sich den Urlaub gönnt, damit sie nicht in einem Vierteljahr zusammenbreche. Sie solle darauf bestehen, Frau Reiter habe auch Rechte.

A180: Ja, also ich würde »n bißchen auf die Rechte pochen.

P179: Hm, ja

A181: Sonst ziehen Sie da den kürzeren.

P180: Ja ja, muß ich mal gucken. Schönen Dank. (*Bückt sich und nimmt ihre Tasche*)

### C. Falldiskussion

#### *Blitzlicht: Der erste Eindruck vom Gespräch*

Nach Beendigung der Videovorführung äußerte jeder Teilnehmer in einer kurzen Stellungnahme (»Blitzlicht«) seinen ersten Eindruck. Das Gespräch wurde durchgängig als gelungen empfunden, »ich hätte mich, wäre ich die Patientin gewesen, außerordentlich wohl bei Ihnen gefühlt«. Das Gespräch sei ein schönes Beispiel für hausärztliches Handeln, eine gelungene Mischung von körperlicher Untersuchung und Besprechen der Befindlichkeit. Es sei ein gutes Gespräch,

weil Sie eben nicht nur körperlich untersucht haben, sondern auf die Lebenssituation der Frau eingegangen sind, weil das eben auch klar macht, daß das eben das Charakteristische an *unserer* Tätigkeit ist, daß wir die Leute eben lange kennen häufig und halt mehr tun als da einfach körperlich untersuchen und dann so »n paar therapeutische Maßnahmen aufzuschreiben. Fand ich »n schönes Beispiel.

Bewunderswert sei, wieviel Zeit sich Frau Meyering genommen habe. Anfänglich sei das Gespräch etwas schleppend verlaufen, doch habe sich dann gezeigt, daß sich der Aufwand lohne, denn Frau Reiter sei dadurch ermutigt worden, ihr »eigentliches« Problem zur Sprache zu bringen.

Unter den Teilnehmern herrschte darüber Einigkeit, daß das Hauptproblem der Patientin in ihrer Partnerbeziehung zu suchen sei; einige Diskutanden hielten die Rückenprobleme selbst für weniger wesentlich: diese dienten vielmehr als somatische Eintrittskarte für

das von der Patientin gewünschte Gespräch mit der Ärztin. Andere vermuteten, daß Frau Reiter aufgrund von Beziehungsproblemen und Pflege des Lebenspartners auch körperlich am Ende ihrer Kräfte sei. Auffällig sei aber, daß die Patientin die Lösungsangebote der Ärztin nicht aufgegriffen habe. Sie befinde sich in einer Lebensbeziehung, die auf eine Pflegebeziehung reduziert worden sei, und erhalte keine Unterstützung.

### *Weitere Informationen zur Behandlung*

Ergänzend teilte Frau Meyering mit, es seien einige Untersuchungen gelaufen. Urinstatus, Röntgen der Lendenwirbelsäule, Ultraschall des Bauches und Kontrastmitteldarstellung der Bauchspeicheldrüsen- und Gallenwege (ERCP) waren unauffällig gewesen. Danach habe sie die Diagnostik beendet; sie halte nichts weiter für notwendig. Frau Reiter habe Kurzwelle und diverse Injektionen erhalten und sei beim Orthopäden vorgestellt worden. *“Dem fiel auch nichts weiter ein“*. Frau Reiter habe seit Jahren immer wiederkehrende Lumbalgien (»Hexenschuß«), z.T. mit Ausstrahlung in die Gesäßregion. Die Klagen seien monoton gleichbleibend.

Erwähnenswert sei noch, daß Frau Reiter bei ihrem *heutigen* Besuch – d.h. ca. 14 Tage nach der Videoaufzeichnung – berichtet habe, sie habe ihrem Lebenspartner sozusagen die Pistole auf die Brust gesetzt und gesagt, »ich geh jetzt, such Dir ne andere Frau«. Frau Reiter habe ein Haus in Süddeutschland und wolle sich jetzt gern über längere Zeit in ihrer Heimat aufhalten. Wie das ausgehen werde, müsse man abwarten. *»Und daß es so kommt, wollte ich eigentlich nicht, aber ...«*

### *Die Indikation für die weitergehende somatische Untersuchung*

Ogleich das Untersuchungsprogramm nicht beim vorgestellten Gespräch, sondern erst bei einem Folgekontakt veranlaßt worden war, standen gerade diese Untersuchungen zunächst im Mittelpunkt der Diskussion. Später sollte sich zeigen, daß mit dieser Akzentuierung ein Strukturmerkmal des Behandlungsverlaufs in der Diskussion reproduziert wurde.

Frau Meyering führte aus, daß sie bei schweren Lumbalgien *immer* Ultraschalluntersuchungen durchführen würde, und auch ein anderer Zirkelteilnehmer war der Meinung, man solle bei den geäußerten Beschwerden sonographisch untersuchen:

Das ist ne harmlose Sache und man findet eben doch mal was. Ja? So. Gut. (Allgemeines Lachen) Was dann auch operabel ist. Wenn man die Leute schon am Schall hat, guckt man sich natürlich auch den Rest vom Bauch an. So. Und dann ist natürlich Pech, wenn man was findet, was einem suspekt erscheint, dann muß man schon, wenn die Leute noch so fit sind wie die Dame, ja? Die ist ja noch operabel, ja? Die fährt stundenlang Auto, pflegt einen kranken Menschen, und bis auf ihre Rückenschmerzen hat sie sonst nichts. Ja? Da mein ich, muß man weitermachen, das ist ganz klar.

Ein anderer Teilnehmer widersprach heftig: Ultraschall als *fakultative Vorsorgemaßnahme* sei eben wegen der angestoßenen diagnostischen Kaskade nicht ungefährlich.

Das ist nämlich eine noch nicht ausdiskutierte Sache, ob zum Beispiel routinemäßige Sonographien der Menschheit mehr Schaden oder mehr Nutzen bringen. Man muß irgendwie die entdeckten Tumoren mal gegen die Komplikationen der weiteren Diagnostik rechnen. So einfach verhält sich das gar nicht. (...) Ich hab noch keinen Krebs damit gefunden, aber ich hab schon eine Coloskopieperforation dadurch gehabt. Ja, das ist also meine jetzige Bilanz. Muß ich ehrlich sagen.

### *Exkurs: Diagnostischer Overkill*

Die Güte eines Diagnostikers, so ein Zirkelteilnehmer, lasse sich nicht nur an den von ihm veranlaßten Untersuchungen erkennen, sondern auch daran, auf was er verzichte. Ein diagnostischer Overkill – wovon im vorgestellten Fall natürlich nicht die Rede sein könne – sei zu vermeiden. Als Merksatz solle man fiktiv jeden Tag groß über den Schreibtisch hängen: *Du sollst keine Untersuchungen machen, von denen keine Entscheidung abhängt.*

Ein Teilnehmer führte in diesem Zusammenhang vehement aus, daß im medizinischen Bereich – zumindest in Deutschland – weder entscheidungstheoretische noch testtheoretische Prinzipien ausreichend bekannt seien. Technisch exakt bestimmte Indikatoren und der Grad der Normabweichung seien so lange nicht handlungsrelevant, wie nicht angegeben werde, von welcher Apriori-Wahrscheinlichkeit man ausgehe. Die dafür erforderlichen epidemiologische Daten liegen in der Regel aber nicht vor. Es sei ein allgemeines Problem unseres Gesundheitswesens, daß mit Erweiterung der diagnostischen Möglichkeiten auch der Zwang, diese anzuwenden oder bewußt auf sie zu verzichten, wachse.

### *Die Arzt-Patienten-Beziehung*

Nicht jeder hielt eine weitergehende organbezogene Diagnostik überhaupt für erforderlich. Im Vordergrund stehe die Beziehungs-

problematik, dahinter stecke bei der Patientin vielleicht eine Art larvierte depressive Grundstimmung. Frau Reiter neige zur Somatisierung: mal im Rücken, mal im Bauch, wahrscheinlich habe sie auch mal an »ner anderen Stelle was. Frau Meyering bestätigte, daß die Patientin seit Jahren immer wieder mal gekommen sei, jedoch sporadisch, es habe sich immer nur um kurze Kontakte gehandelt.

Das war das erste Mal, daß sie mir eigentlich auf den Wecker ging.

Diese Äußerung löste bei den Zirkelteilnehmern durchgängig große Überraschung aus. »Ich hatte den Eindruck, daß Sie eigentlich so ganz identisch waren.« Offenbar hatte dies Frau Meyering aber doch erhebliche Anstrengung gekostet. Sicher, an dem Morgen habe sie Zeit gehabt. Es störe sie aber, wenn Gespräche so langsam verlaufen. Frau Reiter sei auch wiederholt wegen dieser Beschwerden bei ihr gewesen,

und ich hatte schon 'n paar Granaten gespritzt und also es half nichts, es half nichts, ne, und da wird man dann ja manchmal so ungeduldig, ne, und da wollte ich's mal wissen, damit ich der sagen kann: »So, nun ist wirklich alles in Ordnung!«

Unter den Zirkelteilnehmern herrschte allerdings große Einigkeit darüber, daß die Patient überhaupt erst habe sprechen können, weil ausreichend Zeit zur Verfügung gestanden habe und die Ärztin auf alles eingegangen sei. Dies habe Frau Reiter ermutigt, »jetzt aber mit ihrer Version zu kommen.« Möglicherweise hätte Frau Meyering sie sogar noch mehr erzählen lassen sollen.

### *Das Problem der Patientin; oder: die Unmöglichkeit zu gehen*

In der Diskussion entstand der Eindruck, daß Frau Reiter durch ihren Partner am für sie notwendigen Urlaub von der Pflege gehindert werde. Es wurden nach Entlastungsmöglichkeiten gesucht. Vielleicht sei »der ältere Herr« durch *seinen* Hausarzt von der Notwendigkeit der Maßnahme zu überzeugen? Frau Meyering könne sich doch mit dem Kollegen in Verbindung zu setzen, der die häusliche Problematik sicher auch kenne. Der Vorschlag wurde jedoch durchgängig abgelehnt: es sei fraglich, ob damit nicht die Schweigepflicht verletzt werde und der Patientin wirklich geholfen würde. Frau Reiter wohne seit Jahren bei ihrem – anfänglich noch gesunden – Partner und könne jetzt »nicht einfach gehen«. Möglicherweise habe Frau Reiter einen solchen Rat zwar *gesucht*: daß sie *nach* der Konsultation ihren Partner unter Druck gesetzt habe, weise darauf hin. Den inneren Reifungsprozeß müsse sie aber *selbst* vollziehen,

den könne ihr Frau Meyering auch mit den besten Ratschlägen nicht abnehmen. *“Ich denke, also Psychotherapie läuft dann am besten, wenn es vom Patienten selbst kommt.“*

### *Das Problem des Arztes*

#### *a) Biomedizin aus Verlegenheit?*

Ein Kollege machte darauf aufmerksam, daß unter diagnostischen Gesichtspunkten Sonographie, ERCP und CT sicher oft, die Knochendichtemessung noch häufiger unnötig erscheinen; im Praxisalltag schlagen aber weitere Rationalitätsgründe durch wie z.B. Erwartung des Patienten, Abrechnungsprobleme und Hilflosigkeit aufgrund begrenzter therapeutischer Möglichkeiten:

Aber natürlich denk ich mir, wenn ich meinen eigenen Praxisalltag seh, da hat man nun eine Patientin, ich weiß nicht, wie man diese jetzt abgerechnet, wie Sie die abgerechnet hätten, und da kam das, was Sie sagten, man braucht ja irgendwann mal, äh oder viele Patienten erwarten dann auf der einen Seite von einem, daß man irgendwelche technischen Leistungen macht, Ultraschall, CT, weiß der Teufel was, es muß ja was passieren. (...) Sie haben es ja nicht zuerst angesetzt, sondern (...) in den Folgekontakten, Sie machen da Ihre drei Granaten, ne, dann wird ihr nichts besser und sagt, es wird ja nichts besser, man selber weiß zwar, daß es vermutlich jetzt gar nicht daran liegt, daß man jetzt falsch behandelt hat, sondern die Grundproblematik, die wir ja auch schon erörtert haben, steht dahinter, aber man muß ja irgendwie was weitermachen. Ich steh dann auch und denk, »was sollst Du jetzt weitermachen, sollst Du noch die fünfte Diclo-Spritze (Schmerzmittel) mal aufziehen und denken, da kommt noch was, oder was machste jetzt, die dreißigste Massage oder so, jetzt mußt Du auch mal sehen«, außerdem belabert die einen ständig wieder, jetzt wird die (undeutlich) dahin legen, Licht aus, Ultraschall. Dann ist Ruhe.

#### *b) Der Arzt als Sozialarbeiter*

Vielleicht wird die »Zufriedenheit für den Tag« die Lösung des Grundproblems nur begrenzt ersetzen. Daß Frau Reiter die im ausführlichen Gespräch möglicherweise gewonnene Einsicht, daß sie ihr Leben ändern müsse, ad hoc umsetzen kann, darf auch kaum erwartet werden. Somit ist die nächste Konsultation absehbar, und Arzt und Patient stoßen gemeinsam – oder je einzeln – an die Grenzen ihrer Kompetenz.

Diese Hilflosigkeit<sup>3</sup> wird z.T. emotional umgelenkt: *Aggression* und *Schuldgefühl* wurden in der Diskussion genannt. Ein Zirkelteilnehmer stellte vor dem Hintergrund der zum Teil militärisch anmutenden Sprache (»Granaten« und »Kanonen«) fest, daß auch die ERCP in gewisser Weise ein – natürlich sachlich motivierbarer –

»aggressiver Akt« sei. Andererseits könne das Genervt-Sein durch den Patienten daraus resultieren, daß der Arzt sich in der Verantwortung sieht, den Patienten von Symptomen zu befreien, was der Patient möglicherweise so gar nicht erwarte. Wenn man sich dann als Arzt dennoch schuldig fühle, weil man nicht den gewünschten Erfolg habe, rühre das *Schuldgefühl im Grunde vom eigenen Berufsbild* her. Man solle sich nicht immer gleich schuldig fühlen, wenn man jemandem die Beschwerden nicht nehmen könne.

Und manchmal gelingt es einem, sich davon zu lösen, und die Patientin hat es eigentlich angeboten, wenn ich mich frage: will die eigentlich ihr Symptom los werden? Dann würde ich nach dieser ganzen Lebenssituation sagen: *Nein!* Sie will dieses Symptom behalten, um diesem Mann zu sagen: Jetzt komm ich mal dran, ich brauche jetzt auch mal Freiheit, ich brauche auch, ich will nach Hause, sie hat ja direkt gesagt: Ich will nach Hause, und ihre Beschwerden sind nicht so schlimm, als daß ich nun sagen würde: laß sie doch nicht ruhig gehen. Wenn sie sich das zutraut, Auto zu fahren mit ihren Rückenschmerzen und ich krieg die nicht weg, die ist ja wahrscheinlich nicht lebensgefährlich krank. Vielleicht, wenn sie wieder kommt, sieht die Sache anders aus.

Herr Stolze wies darauf hin, daß Frau Meyering im vorgestellten Kontakt ganz selbstverständlich eine Fülle allgemeiner Leistungen erbracht habe, die für das Tätigkeitsbild eines *Sozialarbeiters* (oder auch eines Seelsorgers) charakteristisch seien. In der Diskussion wurde herausgehoben, daß es sich gleichwohl um spezifisch (haus-)ärztliche Tätigkeiten handele; beispielsweise habe die Patientin den *ärztlichen* Sachverstand mit dem Präsentiersymptom Kreuzschmerz nachgefragt und dementsprechend, wenngleich auch im metaphorischen Sinne, Rückenstärkung erhalten.

### *Die Gegenübertragung der Gruppe*

In der von mehreren Teilnehmern beklagten Abwendung von der Anschaulichkeit zugunsten einer eher theoretisierenden Debatte über die Bedeutung von Untersuchungsmethoden wiederholte sich die Struktur der Behandlung selbst: gerade die Diskrepanz zwischen der als vorbildlich erlebten Behandlung in der psychosozialen Dimension und der nachgeschobenen Diagnostik war von den Zirkelteilnehmern allgemein bedauert worden.

Dieser zirkulär erscheinende Diskussionsverlauf ist *keine* Besonderheit des hier dargestellten Zirkeltreffens. Er ist aus Balintgruppen gut bekannt, war auch in unseren Zirkeln regelmäßig zu beobachten und ist offenbar notwendiger Bestandteil des Erfahrungsprozesses. Eingefahrene Denkroutinen mögen Wiederholungsschleifen

ebenso begünstigen wie mangelhafte Moderation und spezifische Widerstände der Gruppenteilnehmer: dies sollte natürlich vermieden werden. Die Zirkularität ist jedoch offenbar unvermeidlich, insofern anlässlich der vorgestellten Fälle Grunderfahrungen aus dem Praxisalltag wieder aufleben und affektiv in gewohnter Weise beantwortet werden. Hierin liegt die Chance, Strukturmerkmale des Alltagshandelns bewußt erfahrbar zu machen und über die gedankliche Bereitschaft hinaus auch den emotionalen Antrieb für die Suche nach Alternativen zu fördern. Dies kann sich auf die Behandlung umschriebener Gesundheitsprobleme (z.B. Halsschmerzen oder Leistungsschwäche) ebenso beziehen wie auf praxisorganisatorische Fragen oder den Umgang mit Patienten.

Dieser Aspekt ist unserer Meinung nach unabhängig von der thematischen Orientierung des Zirkels, hat freilich in Balintgruppen besondere Bedeutung erlangt. Balintgruppen setzen die affektive Resonanz der Gruppenteilnehmer systematisch als Erkenntnisquelle ein in der Annahme, daß sich in der gemeinsamen Diskussion – vermittelt über die Arzt-Patienten-Kommunikation – auch Charakteristika der personalen Strukturierung der Patienten selbst reproduzieren. In diesem Sinne können wir hier vermuten, daß die Balancierung von Nähe und Distanz ein zentrales Problem der Patientin darstellt.<sup>4</sup>

### *Entwicklung braucht Zeit*

Unter den Teilnehmern bestand Einigkeit, daß die Annäherungsphase, obgleich zeitraubend oder gar quälend, für Frau Reiter notwendig gewesen sei, damit sie überhaupt Atem holen konnte.

Das ist der Vorhof, in dem sich dann möglicherweise etwas entwickelt, wo sie sagt, »jetzt komm ich mit dem andern auch noch mal raus«. Wenn man fragt, warum sie denn damit rausgekommen ist, ich denke, das lag vor allem auch doch daran, daß sie eben Zeit hatte. Also, das ist leider auch das Problem, Sie sagten ja selber, Sie hatten an dem Tag verhältnismäßig viel Zeit, und das sind Bedingungen, die ein solches Gespräch ermöglichen. Und wenig Zeit haben macht die Sache eher schwierig.

Was in bezug auf das einzelne Gespräch gesagt wurde, gilt in analoger Weise wohl für den Krankheitsprozeß. Die beobachtete »Ja-Aber«-Haltung der Patientin lasse dementsprechend keineswegs schon auf einen Krankheitsgewinn folgern, sondern könne als Ausdruck einer Noch-nicht-Entschiedenheit begriffen werden. Möglicherweise hätte Frau Reiter mit dem Ratschlag im Gespräch selbst noch nichts anfangen können und habe ablehnend reagiert. Aber die Ärztin habe

in Wirklichkeit doch was in Bewegung gesetzt, auch mit Vorschlägen, die im Moment zu früh waren. Für die Patientin.

### *Vorschläge zur weiteren Behandlung*

Die Diskussion zeigte, daß Frau Reiter »ein Riesenanliegen« habe und wirklich Entlastung in ihrer konflikthaften Situation brauche. Aus der Sicht der Patientin sei es nur logisch, daß sie in dieser Situation ihre Ärztin immer wieder aufsuche. Ebenso nachvollziehbar sei Frau Meyerings Reaktion, die unter dem Druck, daß etwas passieren müsse, das ganze Untersuchungsprogramm erneut ergebnislos durchlaufen lassen habe. Aber:

Vielleicht sollten Sie sich mal so diese *ganze* »Liebesgeschichte« in Anführungsstrichen erzählen lassen, von Anfang an.

Wichtig sei es, die Patientin aussprechen zu lassen, welche Ängste sie bei ihren Überlegungen, den Lebensgefährten zu verlassen, empfinde. Frau Meyering könne ihr zwar nicht das schlechte Gewissen nehmen, aber dabei helfen, dieses überhaupt zu verbalisieren. Sie könne Frau Reiter bei der Überlegung unterstützen, inwieweit sie zum Bleiben verpflichtet sei. Die Rolle des Hausarztes könne darin bestehen, der Patientin Mut zu machen, einen Schritt zu gehen.

Es wäre auch wichtig zu thematisieren, welche Rolle der kranke Partner selbst spiele. Eine Zirkelteilnehmerin berichtete von einem analogen Fall: die Beziehung habe auf der Kippe gestanden, weil der Mann sich ein halbes Jahr lang geweigert habe, sein Stoma selbst zu versorgen. Die Frau sei der Meinung gewesen, sie sei zwar wesentlich jünger, aber der Mann könne und solle seinen Dreck selbst wegmachen. Vielleicht könne Frau Meyering dieses Thema ansprechen und so ihre Patientin und den Partner dabei unterstützen, mit dem Problem fertig zu werden.

### *D. Entwicklung von Leitlinien am einzelnen Fall*

Zum Abschluß eines jeweiligen Treffens wird der in der Diskussion erzielte Konsens über das im vorgestellten Fall angemessene Handeln als »Leitlinie« festgehalten, an der man sich auch in vergleichbaren Situationen orientieren kann. Der jeweilige Fall wird also zugleich als spezifisches *Exemplar* und als *Typ* begriffen. In den bisher 16 Diskussionen des »Mittwochsziirkels« wurden so kumulativ »Leitlinien« für das Umgehen mit Patienten mit Kreuzschmerzen in unterschiedlichen Behandlungssituationen erzeugt.

## Am Fall erarbeitete Handlungsleitlinien zur hausärztlichen Kreuzschmerzbehandlung<sup>5</sup>

### Arzt-Patient-Beziehung

- Prüfen Sie, inwieweit das Symptom »Kreuzschmerz« im Sinne einer Kompromißbildung einen Beitrag zur Lösung von Lebensproblemen des Patienten leistet. Welches Kreuz hat der Patient zu tragen?
- Gehen Sie dem Patienten Raum und Zeit, eigene Probleme vorzutragen.
- Unterstützen Sie den Patienten bei der Verbalisierung von Ängsten.
- Berücksichtigen Sie das soziale Umfeld des Patienten.

### Diagnostik

- Verzichten Sie auf Untersuchungen, die *absehbar überflüssig* sind, d.h. ohne therapeutische Konsequenz bleiben (Gefährdung des Patienten durch die Untersuchung selbst, Gefahr der somatischen Fixierung, diagnostische Kaskade und Kostensteigerungen)
- Verzichten Sie bis auf weiteres auf Knochendichtemessungen.

### Therapie

- Berücksichtigen Sie, inwieweit der Patient seine Beschwerden braucht und prüfen Sie, inwieweit es sich um *ersetzbare* Kompromißbildungen handelt.
- Stärken Sie dem Patienten den Rücken, neue Möglichkeiten zur Bewältigung alltäglicher Überlastung zu suchen.

### Eigene Betroffenheit

- Machen Sie sich bewußt, inwieweit Ihre Empfehlungen durch eigene Erfahrungen geprägt sind und verdeutlichen Sie dies gegebenenfalls auch dem Patienten.
- Entwicklung braucht Zeit.

In einer Reihe von Statements wurde darüber hinaus deutlich, in welcher Weise die (hausärztliche) Kreuzschmerzbehandlung faktisch durch das mitgeprägt ist, was dem Arzt *objektiv* (Zeit, Geräte, evtl. Geld) sowie *subjektiv* (Einstellungen, eigene Behandlungs- und Krankheitserfahrungen) zur Verfügung steht.

### Ir-Rationalitäten (haus-)ärztlicher Kreuzschmerzbehandlung

- Wer ein Ultraschallgerät hat, befürwortet eher die Sonographie bei Rückenschmerz-Patienten.
- Wenn man zum Röntgenologen überweist und dieser ein Kernspin hat, wird er es sehr wahrscheinlich einsetzen.
- Wenn der Arzt selbst Angst vor einer ERCP hat, wird er sie weniger befürworten.
- Wenn der Arzt bei sich selbst ein CT machen lassen würde, weil er es für harmlos hält, wird er sich eher für dieses Verfahren aussprechen.
- Wenn ein Arzt über eigene Krankheitserfahrungen verfügt, wird er das empfehlen, was ihm selbst gut getan hat.

- Wenn sich der Arzt unter Zeitdruck fühlt, wird er das Gespräch direktiv gestalten und vorschnell Lösungsvorschläge anbieten.
- Wenn ein Patient immer wieder mit gleichen Beschwerden kommt, wird sich der Arzt unter Handlungsdruck fühlen und Untersuchungen und Behandlungen einleiten, damit »überhaupt etwas passiert«.
- Wenn der Arzt angesichts einer den Patienten überfordernden psychosozialen Belastungssituation nicht helfen kann, tendiert er dazu, die Behandlung auf eine somatische Ebene zu verlagern. Mit wachsender Frustration des Arztes wächst die »Aggressivität« der veranlaßten Diagnostik und Therapie.
- Mit zunehmender Dauer einer ohne sichtbaren Erfolg bleibenden Behandlung wächst die Wahrscheinlichkeit, daß der Arzt Maßnahmen veranlaßt, »um sich selbst was Gutes zu tun« (Abrechnungsproblematik).
- Untersuchungen können unter diagnostischen Gesichtspunkten unnötig, aber therapeutisch wirksam sein.

### E. Zur Reichweite der entwickelten Leitlinien

Die Handlungsorientierungen werden als *vorläufig* verallgemeinerbar angesehen. Sie haben sich auch weiterhin an der Erfahrung zu bewähren. In der Alltagspraxis wie bei kommenden Diskussionen im Qualitätszirkel ist also beispielsweise zu prüfen, ob die Maxime »jedem solle ausreichend Zeit, seine eigenen Probleme vorzutragen, gegeben werden«, haltbar ist. Das konkrete Handeln kann von den Leitorientierungen *abweichen*, wenn dies *fallspezifisch begründet* werden kann (Abholz 1992).

Leitlinien können grundsätzlich von jedem Fall ausgehend – wenn auch nicht erschöpfend – in bezug auf typische Merkmale entwickelt werden. Andererseits ist jeder Fall individuell und kann nicht schematisch behandelt werden. Die Handlungsleitlinien sollen praktikable und in der täglichen Praxis hilfreiche Orientierungen geben, sind aber nicht als einklagbarer Standard zu verstehen. *Allgemeinste Maxime ist, daß das Handeln – beispielsweise im Qualitätszirkel – nachvollziehbar gemacht werden kann.*

Handlungsleitlinien können nicht so detailliert sein, daß jedes Spezialproblem erfaßt wird. Ziel ist es, zu gewährleisten, daß man in 95 % der Fälle das richtige tut und abwendbar gefährliche Verläufe (Braun, Mader u. Danninger 1990) *immer* erkennt und mit den Mitteln der Praxis auch bewältigen kann.

#### IV. Rationalitätsebenen

Das vorgestellte Beispiel einer Falldiskussion in einem Qualitätszirkel deutet an, wie im Rahmen der Auseinandersetzung mit einem konkreten und komplexen Versorgungsproblem potentiell verallgemeinerbare Leitlinien aus der Praxis heraus entwickelt werden können. Unsere Darstellung ist exemplarisch, nicht allumfassend: je nach Interesse und Qualifikation der Teilnehmer, Themensetzung, Dokumentationsform, Besonderheiten des Falles und Geschichte der Gruppe haben sich auch andere Vorgehensweisen herausgebildet und bewährt. Unabhängig vom jeweiligen Arbeitsstil besteht das große Problem darin, den Begriff der Leitlinie hinreichend weit zu fassen, um die in der Diskussion erkennbaren unterschiedlichen Ebenen der Rationalität darstellen zu können.

Zumeist liegt der Schwerpunkt auf medizinisch-technischen Aspekten ärztlichen Handelns, d.h. auf dem Umgang mit der Krankheit im engeren Sinne. Die Formulierung solcher *themenbezogenen Handlungsrationale* ist dann riskant, wenn diese falsche Sicherheit vermitteln und dazu verleiten, die fallspezifische Entscheidung zu ersetzen. Weil das Alltagshandeln immer schon – implizit oder explizit – regelgeleitet ist, gibt es aber keine prinzipielle Alternative.

Der Umgang mit dem kranken Menschen ist für Ärzte zwar Routine, aber durchaus nicht selbst-verständlich. Personale Aspekte ärztlichen Handelns finden, obgleich regelmäßiges Thema von Falldiskussionen, dennoch seltener ihren Niederschlag in Handlungsorientierungen. Die eigentliche Leistung des Qualitätszirkels ist daher vor allem in der *Steigerung der Wahrnehmungsfähigkeit* zu sehen, die auf dem Wege der Fallrekonstruktion diskursiv erworben wird. Es handelt sich hierbei um ein *problemübergreifendes Handlungsrationale*, das auch den Umgang mit sich selbst und somit die Identitätsbildung betrifft.

Institutionelle Rahmenbedingungen der Krankenversorgung (z.B. Kooperationsformen, Finanzierung, Zuständigkeit, Qualifikationsvoraussetzungen) können immer wieder zum Thema im Qualitätszirkel werden. Konkrete Handlungsorientierungen resultieren jedoch nur insoweit, als die Zirkelteilnehmer die Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit selbst setzen können. Allerdings wird die *Ausbildung professioneller Identität* unterstützt, was praktische Konsequenzen für die Arbeit von und in Berufsverbänden haben kann.

Schließlich können auch gesellschaftliche Aspekte ärztlichen Handelns zum Thema werden. Wenn vom Fall ausgehend die Frage

danach gestellt wird, ob bzw. in welchem Umfang das Problem des Patienten im Rahmen der medizinischen Versorgung gelöst werden kann und soll, steht implizit die gesellschaftliche Funktion von Krankheit und Behandlung zur Diskussion. Wenngleich im Qualitätszirkels keine Antworten erwartet werden können, kann das Fragen im weiteren handlungsleitend werden und zur *Ausbildung politischer Identität* beitragen.

#### V. *Rationalität der Lebenspraxis oder Rationalität der Verwaltung?*

In der gemeinsamen Verständigung wird, wie Habermas in seiner Theorie der kommunikativen Kompetenz dargelegt hat, die aufs Zweck-Mittel-Kalkül reduzierte Vernunft überschritten und die *Rationalität der Lebenspraxis* selbst zum Maßstab.

Wahrheit ist der eigentümliche Zwang zu zwangloser universaler Anerkennung; diese aber ist gebunden an eine ideale Sprechsituation, und das heißt Lebensform, in der zwanglose universale Verständigung möglich ist. (...) Die Idee der Wahrheit, die sich am wahren Konsensus bemißt, impliziert die des wahren Lebens. Wir können auch sagen: sie schließt die Idee der Mündigkeit ein. Erst die formale Vorwegnahme des idealisierten Gesprächs als einer in Zukunft zu realisierenden Lebensform garantiert das letzte tragende kontrafaktische Einverständnis, das uns vorgängig verbindet und an dem jedes faktische Einverständnis, wenn es ein falsches ist, als falsches Bewußtsein kritisiert werden kann. (Habermas 1977: 297f; ähnlich: Habermas 1971: 138-141)

Der herrschaftsfreie Diskurs im Qualitätszirkel zeigt als Vision eine Lebensform auf und macht sie für Augenblicke konkret erfahrbar. "Der Weg ist das Ziel." (Abholz et al. 1992) Darin besteht für viele seine Anziehungskraft. Nicht von ungefähr heben viele Teilnehmer das positive Kontrasterlebnis hervor, im Qualitätszirkel jenseits von Hierarchien und Konkurrenzgefühlen sich verständigen zu können.

Doch wir leben nicht im herrschaftsfreien Raum. Mancherorts werden Qualitätszirkel als Forum zur *Durchsetzung* von Standards mißverstanden. In falscher Allgemeinheit droht Konsens nicht hergestellt, sondern oktroyiert zu werden. Patienten sind in diesem Verständnis Objekte, an denen Handlungsabläufe nach dem Stand der Wissenschaften zu exekutieren sind.

Qualitätszirkel stehen am Scheideweg. Wenn sie nicht fallrekonstruktiv arbeiten, sondern sich auf die Subsumption von Fällen unter präexistierende Schemata beschränken, werden sie zum Kontrollorgan. Funktionabel gemacht hören sie auf zu funktionieren und werden zum Hemmnis statt zum Mittel einer Qualitätssicherung.

Entwicklung und Umsetzung von Leitlinien vollzieht sich durch die Personen und Institutionen hindurch. Schon Viktor von Weizsäcker bemerkte drastisch:

...und ich würde mich nicht wundern, wenn, so wie die Französische Revolution die Aristokraten und die Priester umgebracht hat, nun eines Tages die Ärzte und die Professoren umgebracht würden, und zwar nicht obwohl, sondern weil sie sich auf die unpersönliche Wissenschaft versteiften.“ (v. Weizsäcker 1956: 344)

Korrespondenzadresse

Dr. Ottomar Bahrs, Beethovenstraße 11a, 37085 Göttingen

### Anmerkungen

- 1 An dem Zirkeltreffen nahmen 12 niedergelassene Hausärzte, die drei wissenschaftlichen Mitarbeiter des Projekts (Dr. Bahrs, Dr. Gerlach und Dr. Weiß-Plumeyer) sowie Dr. Stolze (anonymisierter Name) als Experte für gynäkologische Fragen teil. Alle Namen, biographische Angaben und Orte der genannten Ärzte und Patienten wurden anonymisiert.
- 2 Transkription durch Matthias Thamm und Ottomar Bahrs, Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover, August 1993. Gekürzte Fassung, das gesamte Gespräch enthält 184 Redeäußerungen der Ärztin und 182 Redeäußerungen der Patientin.
- 3 Wie schwer diese Situation *insgesamt* auszuhalten ist, wird daran deutlich, daß die Vorstellung der Unveränderbarkeit gerade nach einem Gespräch, das doch offenbar Konsequenzen gehabt hatte, so massiv im Raume stand.
- 4 Margret Mahler *et al.* (1978) haben in ihrer Arbeit über die psychische Geburt des Menschen gezeigt, wie psychomotorische und emotionale Entwicklung korrespondieren. So transportiere das *Laufen* das Problem von Nähe und Distanz, da es entwicklungsgeschichtlich zunächst ein Weg-Laufen (in der Regel von der Mutter) sei. Dementsprechend ließe sich vermuten, daß Frau Meyers Vorschlag, Spazieren zu gehen, intuitiv an einen blockierten Wunsch der Patientin, sich weg zu bewegen, anknüpfen und Frau Reiter somit den dann möglicherweise therapeutisch wirksamen Themenwechsel anbieten konnte.
- 5 Überarbeitete Fassung des beim 12. Treffen des Hannoveraner »Mittwochs-zirkels« formulierten Konsenses.

### Literaturverzeichnis

- Abholz HH (1992): Schwierigkeiten der Evaluation allgemeinmedizinischer Arbeit. In: Häussler B, Schliehe F, Brennecke R, Weber-Falkensammer H (Hrsg.): Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen. Band 2: Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung und medizinische Rehabilitation. Springer, Berlin Heidelberg, 182-187
- Abholz H-H, Dreykluft H-R Meyer, B: Bericht über einen Qualitätszirkel. Z Allg Med 1992; 68: 468-472

- Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J (Hrsg.): *Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für den niedergelassenen Arzt*, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1994
- Bahrs O, Gerlach FM, Weiß-Plumeyer M (1994): Zur Etablierung Hausärztlicher Qualitätszirkel in Niedersachsen. In: *Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): Qualität in der ambulanten Gesundheitsversorgung*. (im Druck)
- Bahrs O, Köhle M, Szecsenyi J: Das Videoseminar – Ein symptomübergreifender Supervisionsansatz. *Qualitätszirkel von Allgemeinärzten und Sozialwissenschaftlern. Psychol Med* 1992; 3 (4): 23-29
- Bahrs O, Szecsenyi J (1993): Patientensignale – Arztreaktionen. Analyse von Beratungsgesprächen in Allgemeinpraxen; in: Lönig P, Rehbein J (Hrsg.): *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*, Walter de Gruyter, Berlin New York, 1-26
- Braun RN, Mader FH, Danninger H: *Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo 1990
- Buchborn E (1993): Der Ärztliche Standard. *Deutsches Ärzteblatt* 90: A1-1992-1996 [Heft 28/29]
- Bundesärztekammer (Hrsg.) (1993): Qualitätssicherung Ärztlicher Berufsausübung. Entschliebungen zu Tagesordnungspunkt II des 96. Deutschen Ärztetages. *Deutsches Ärzteblatt* 90: B-1087-1091 [Heft 20]
- Ferber Lv, Alberti L, Köster I, Krappweis J: *Pharmakotherapieberatung in ärztlichen Qualitätszirkeln*. *Hessisches Ärzteblatt* 1993, 12-16
- Fiedler E (1993a): Qualitätssicherung Ärztlicher Berufsausübung. Die Ersatzkasse 6: 237-239
- Fiedler E (1993b): *Strukturreform Stufe III. Wettbewerbliche Orientierung in der gesetzlichen Krankenversicherung*. *Deutsches Ärzteblatt* 90: B-2316-2319 [Heft 47]
- Gerlach FM, Bahrs O, Weiß-Plumeyer M (1994a): Hausärztliche Qualitätszirkel – Wurzeln, Konzepte, Perspektiven. (Teil 1) *Fortschritte der Medizin* 112:57-59 [Heft 7]
- Gerlach FM, Bahrs O, Weiß-Plumeyer M (1994b): Hausärztliche Qualitätszirkel – Wurzeln, Konzepte, Perspektiven. (Teil 2) *Fortschritte der Medizin* 112: 56-61 [Heft 8]
- Grimshaw JM, Russel IT: Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993, 342: 1317-1322
- Grol RPTM, Mesker PSR, Schellevis FG (1988): *Peer review in general practice. Methods, standards, protocols*. University Department of General Practice, Nijmegen
- Habermas J: Der Universalitätsanspruch der Hermeneutik; in: Habermas J, *Kultur und Kritik*, Frankfurt 1977, 264-301
- Habermas J: Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz; in: Habermas J und Luhmann N: *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie*, Frankfurt 1971, 101-141
- Häussler B: Qualitätssicherung der psychosozialen Versorgung in der ambulanten kinderärztlichen Praxis auf Basis von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung; in: Häussler B, Schliehe F, Brennecke R, Weber-Falkensammer HW (Hrsg.): *Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung und Rehabilitation. Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen*, Bd. 2, 165-181. Springer, Berlin Heidelberg Tokyo New York 1992

- Herzlich C und Pierret J: Kranke gestern, Kranke heute – Die Gesellschaft und das Leiden; Beck, München 1991
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (1993): Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV) gemäß § 135 Abs. 3 SGB V. Deutsches Ärzteblatt 90: B-1148-1151 [Heft 21]
- Lichte T (1993): Qualitätszirkel – Auch für Hausärzte auf dem Land; Der Praktische Arzt, 13, 34
- Mahler M, Pine F, Bergmann A: Die psychische Geburt des Menschen – Symbiose und Individuation. Fischer, Frankfurt 1978
- Rebscher H (1992): Der Medizinische Dienst als innovatives Element der Strukturreform im Gesundheitswesen. In: Bieback (Hrsg.): 3 Jahre GRG – Bilanz einer gescheiterten Reform. Asgard, St. Augustin
- Schillemans L, Grande L de, Remmen R (1989): Using quality circles to evaluate the efficacy of primary health care. In: Conner RF, Hendricks M (Hrsg.): International innovations in evaluation methodology. New directions in program evaluation 42. Jossey-Bass, San Francisco, 19-27
- Schillemans L, Remmen R, Maes R, Grol R (1993): Quality circles in primary health care: possibilities and applications. In: University of Newcastle upon Tyne (Hrsg.): Quality and its applications 1993. University of Newcastle upon Tyne, 393-398
- Sohn W (1992): Qualitätssicherung durch Handlungsleitlinien für niedergelassene Allgemeinärzte; in: Häussler B, Schliehe F, Brennecke R, Weber-Falkensammer HW (Hrsg.): Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung und Rehabilitation. Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen, Bd. 2, 128-134. Springer, Berlin Heidelberg Tokyo New York 1992
- Spinnarke J (1993): Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) und die "unabweisbaren Bedürfnisse" des Gesundheitswesens. Ein Ausblick auf die Zukunft der Sozialmedizin. Die Ersatzkasse 8:335-341
- Szecsenyi J, Bär H, Claus E et al: Halsschmerzpatienten in einem hausärztlichen Qualitätszirkel – Bestandsaufnahme und Erarbeitung einer Handlungsleitlinie. Fortschr Med (im Druck)
- Weizsäcker, V v: Pathosophie. Vandenhoeck&Rupprecht, Göttingen 1956