



Implementierung des «Erfahrung-Erkenntnis-Spiegels» (EES) bei xundart

Zwischenbericht der externen Evaluation auf der Ebene
«Sprechstunde»

Dr. phil. Andrea Abraham, Andrea Egli MSc, Cynthia Steiner BSc
06.06.2019



Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
2	Methodische Vorgehensweise	3
2.1	Teilnehmende Beobachtung QZ Toggenburg	4
2.2	Inhaltsanalyse «Wegspuren»	5
2.3	Schlussbefragung	5
3	Zwischenergebnisse	6
3.1	Ebene Ärztenetzwerk/QZ: Implementierungsprozess	6
3.1.1	Struktur	6
3.1.2	Befähigung des QZ und der QZ-Mitglieder	6
3.1.3	Miteinander und voneinander lernen / lernende Organisation	6
3.1.4	Vertrauen	6
3.1.5	Verständlichkeit/»Sprache«/Wissensvermittlung und -aneignung	7
3.1.6	Praktikabilität der «Wegspuren»	8
3.2	Ebene einzelne/r Arzt/Ärztin: Persönlicher Prozess, subjektiver Nutzen	9
3.2.1	Qualitätskategorien zur Perspektive «Individualität»	9
3.2.2	Qualitätskategorien zur Perspektive «Beziehung»	9
3.2.3	Qualitätskategorien zur Perspektive «Struktur/Prozess»	12
3.2.4	Qualitätskategorien zur Perspektive «Organisation»	12
4	Zusätzliche Überlegungen	13
4.1.1	Persönliche Zielorientierung	13
4.1.2	Maximale Kontrastierung	13
4.1.3	«Quo vadis» EES?	13
5	Anhang	14
5.1	Fragebogen für Schlussbefragung (Prototyp)	14
6	Abbildungsverzeichnis	17
7	Tabellenverzeichnis	17
8	Referenzen	17

1 Ausgangslage

Von 2014 bis 2018 hat sich das Ärztenetzwerk xundart intensiv mit dem Thema Qualitätsentwicklung auseinandergesetzt und dazu ein Pilotprojekt durchgeführt. Daraus resultierte die Methode «Erfahrung-Erkenntnis-Spiegel (EES)», welche das Qualitätsverständnis von xundart ausführlich beschreibt. Dieses basiert auf einem Modell, welches die drei einander gegenseitig beeinflussenden Entwicklungsebenen Sprechstunde, Arztpraxis und Umfeld umfasst. Des Weiteren beinhaltet das Grundsatzpapier die Implementierungsschritte der erarbeiteten Methode im ganzen Netzwerk. Seinen spezifischen Qualitätsansatz möchte xundart sowohl intern verankern als auch für die externe Positionierung und Legitimierung verwenden. Aus diesem Grund ist es der Wunsch von xundart, den Implementierungsprozess wissenschaftlich begleiten zu lassen. Die Implementierungsmassnahmen, welche 2019 auf der Ebene Sprechstunde stattfinden, umfassen vier Workshops des Qualitätszirkels (QZ) Toggenburg zu den Themen Individualität, Beziehung, Prozess und Struktur, sowie einen abschliessenden Workshop.

2 Methodische Vorgehensweise

Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt in Form einer Evaluation. Diese orientiert sich an den von Beywl et al. (2017) ausgearbeiteten methodischen Schritten.

Die nachfolgende Tabelle und Abbildung liefern eine zusammenhängende Übersicht zu den Zielen der Implementierungsaktivitäten des EES Konzepts (Programmziele), zu den Evaluationszielen, der Fragestellung und den Bewertungskriterien. Evaluiert wird somit nicht das EES Konzept an sich, sondern dessen Implementierung im Ärztenetzwerk am Beispiel des QZ Toggenburgs auf einer bestimmten Ebene («Sprechstunde»).

	Programmziele	Evaluationsziele	Evaluationsfragen	Bewertungskriterien
Ebene Ärztenetz	Implementierung einer Methode der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung, die auf dem Dreischritt Handeln, Reflektieren und neue Erkenntnisse gewinnen basiert.	Überprüfung der methodischen Angemessenheit und des Diffusionspotentials des Implementierungsprozesses im ganzen Netzwerk.	<ul style="list-style-type: none"> - Kann das Programm in dieser Form multipliziert werden oder besteht Anpassungsbedarf? - Wie zufrieden waren die teilnehmenden Hausärztinnen und -ärzte mit dem Programmdesign? 	<ul style="list-style-type: none"> - Praktikabilität - Praxisbezug - Verständlichkeit - Organisation - etc.
Ebene Arzt/Sprechstunde	Schaffen eines Rahmens, in dem die einzelnen Hausärztinnen und -ärzte vier Ebenen ihrer Arbeit im Sinne eines qualitativen Entwicklungsprozesses reflektieren und kontinuierlich optimieren können: die Individualität, die Arzt/Patient Beziehung, der zeitliche Prozess und die Strukturen.	Überprüfung des Nutzens des Programms auf der Ebene der Teilnehmenden: Die Evaluation analysiert ob die von der Netzwerkleitung erhofften Ziele im Bereich der Qualitätsentwicklung aus Sicht der Hausärztinnen und -ärzte erreicht werden konnten.	<ul style="list-style-type: none"> - Was hat das Programm den Hausärztinnen und -ärzten gebracht? Was hat sich für sie im Laufe des Prozesses verändert? - Welche individuellen Ziele haben sich die Hausärztinnen und Hausärzte im Rahmen ihrer «Wegspuren» gesteckt? Konnten sie diese erreichen? - Wie lassen sich die individuellen Ziele in Form von Indikatoren systematisieren und kategorisieren? - Durch welche weiteren Indikatoren könnten sie ergänzt werden? 	<ul style="list-style-type: none"> - Erlebter Nutzen - Zieldefinitionen - Systemisierbarkeit Ziele - Mehrdimensionalität Ziele - etc.

Tabelle 1: Evaluationsziele und -fragen

Die Evaluation findet zwischen Februar und Dezember 2019 statt. Die untenstehende Grafik illustriert die Evaluationsphasen und Evaluationsschritte. Bis Ende Mai 2019 konnten die bis dann fälligen Evaluationsschritte planmässig durchgeführt werden.

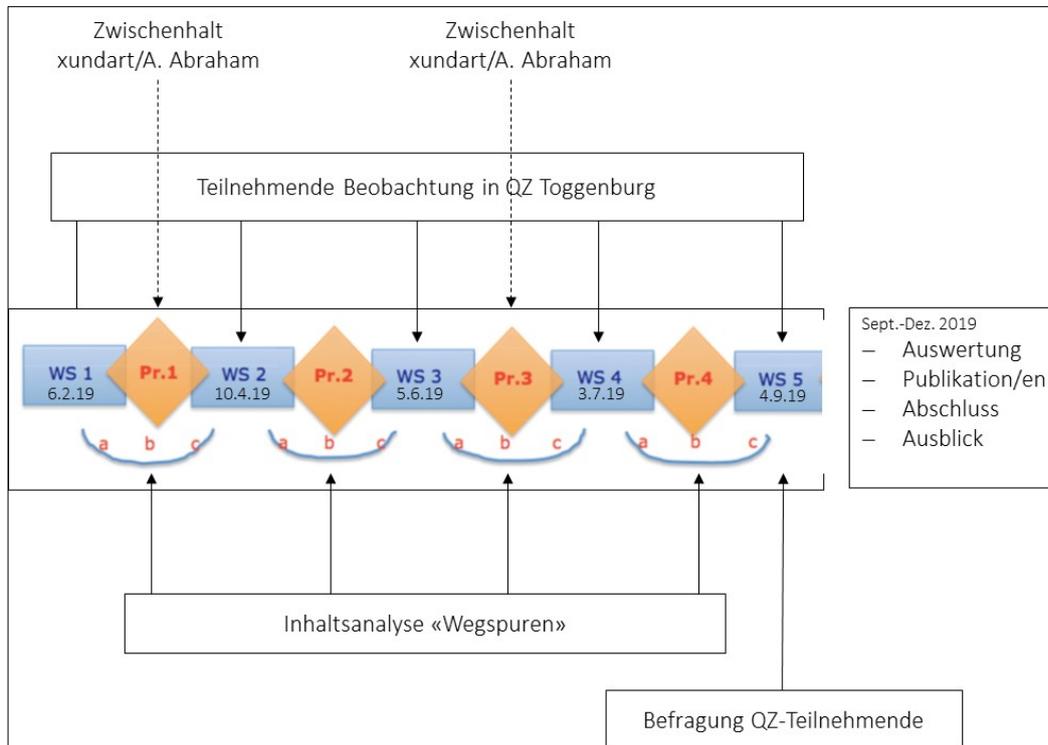


Abbildung 1: Ablauf der Evaluation

2.1 Teilnehmende Beobachtung QZ Toggenburg

Die teilnehmende Beobachtung ist eine in der Sozialanthropologie entwickelte wissenschaftliche Erhebungsmethode. Sie richtet ihren Fokus auf Akteure, Strukturen, Handlungen und Interaktionen (Spradley 1980). Der/die Forschende bleibt dabei in der Regel in der Rolle des/r Beobachtenden eher passiv. Die Beobachtungen werden systematisch verschriftlicht, bei Bedarf durch informelle und formelle Gespräche ergänzt und analysiert. In den QZ Treffen eignet sich die teilnehmende Beobachtung, weil sie ihren Fokus auf die Co-Konstruktion und Verhandlung von Qualität zu richten vermag. Sie fokussiert dabei den Vermittlungs- und Aneignungsprozess des Qualitätsverständnisses von xundart in den dafür eingesetzten QZ Treffen.

Die Notizen der teilnehmenden Beobachtung werden als Datenmaterial behandelt und inhaltlich codiert. Der dabei verwendete Kodierleitfaden besteht einerseits aus den in der Tabelle 1 formulierten Zielen, Fragen und Kriterien, als auch aus induktiv in den Materialien auftauchenden Themen. Die teilnehmende Beobachtung erarbeitet damit Erkenntnisse im Bereich der «formativen» Evaluation (Bate & Robert 2007: 157f), die zur Bewertung und Verbesserung des Implementierungsprozesses genutzt werden können.

2.2 Inhaltsanalyse «Wegspuren»

Datum QZ	n Teilnehmende	Anzahl Wegspuren				
09.02.2019	12/18	33 WS von 12 Personen				
10.04.2019	7/18	11 WS von 6 Personen				
Pseudonym	Anzahl Wegspuren Phase 1	Ebene	Perspektive	Anzahl Wegspuren Phase 2	Ebene	Perspektive
A	2	Sprechstunde	Individualität			
B	2	Sprechstunde	Individualität	2	Sprechstunde	Beziehung
C	4	Sprechstunde	Individualität	2	Sprechstunde/Medizinische Praxis	Beziehung/Prozess
D	2	Sprechstunde	Individualität	1	Sprechstunde	Beziehung
E	4	Sprechstunde	Individualität			
F	1	Sprechstunde	Individualität			
G	4	Sprechstunde	Individualität	3	Sprechstunde	Beziehung
H	2	Sprechstunde	Individualität			
I	4	Sprechstunde	Individualität			
J	2	Sprechstunde	Individualität			
K	4	Sprechstunde	Individualität			
L	2	Sprechstunde	Individualität	2	Sprechstunde/Medizinische Praxis/Umfeld	Individualität/Beziehung/Prozess
M				1	Sprechstunde	Beziehung
	33			11		

Tabelle 2: Anzahl Teilnehmende/QZ und Anzahl «Wegspuren»/Phase

Die «Wegspuren» unterstützen die Teilnehmenden darin, nach dem jeweiligen QZ Treffen die behandelte Thematik im Praxisalltag zu vertiefen und anzuwenden. Sie dienen im Praxisalltag als reflexive und retrospektive Verbalisierungen von Erleben im Rahmen der Sprechstunde (vgl. Bate & Robert 2007: 39, 157). Darüber hinaus dienen sie xundart als Möglichkeit und Versuch, EES-basierte Qualitätsindikatoren oder -kriterien zu entwickeln.

Die einzelnen «Wegspuren» werden inhaltsanalytisch ausgewertet. Die qualitative Inhaltsanalyse bezeichnet eine Auswertungsmethode von Textmaterial. Sie analysiert einen Text entlang von Strukturierungsmerkmalen, welche entweder vorgängig definiert werden (deduktiv) oder welche aus dem Text selbst hervorgehen (induktiv). In der Regel kombiniert das Kodierungsverfahren das induktive und deduktive Vorgehen. In der stattfindenden Evaluation eignet sich die qualitative Inhaltsanalyse, da sie Erkenntnisse generiert, welche den einzelnen «Wegspuren» entstammen, aber eine über alle «Wegspuren» hinweg reichende Analyse zulässt. Sie fokussiert dabei, wie sich der Aneignungsprozess der einzelnen Ärztinnen und Ärzte zwischen den stattfindenden QZ mittels der erarbeiteten «Wegspuren» gestaltet.

Die «Wegspuren» zur Perspektive «Individualität» wurden zunächst entlang der im «Wegspuren»-Protokoll vorgegebenen Struktur codiert. Die codierten Stellen wurden zusammengefasst. Diese Zusammenfassungen wurden dann im QZ vom 10.04.2019 präsentiert (s. PDF «Erkenntnisse Phase 1»). Daraus wurden Verfahren, Handlungen und Überlegungen herausgearbeitet, die aus Sicht der VerfasserInnen in den geschilderten Praxissituationen zu positiven Veränderungen, Bewegungen, Richtungswechselns, Entwicklungen oder Verbesserungen geführt haben. Diese wurden zu sogenannten «Qualitätskategorien» geclustert (s. Kapitel 3.2.1).

In jeder Erhebungsphase werden die neuen Daten (Beobachtungsnotizen und Wegspuren) komparativ den erarbeiteten Erkenntnissen gegenübergestellt. So wurden die «Wegspuren» zur Perspektive «Beziehung» kontrastierend zu den bereits erarbeiteten Qualitätskategorien gelesen. Das Qualitätskategoriensystem wurde dabei ergänzt und verfeinert. Sowohl die Beobachtungsnotizen als auch die «Wegspuren» werden mit Hilfe der qualitativen Analysesoftware MAXQDA analysiert.

2.3 Schlussbefragung

Abschliessend werden die Teilnehmenden des QZ Toggenburg einmalig befragt. Dazu schlagen wir einen Online-Fragebogen vor, der mit der Software «Unipark» programmiert, verschickt und ausgewertet werden kann. Die abschliessende Befragung erarbeitet Erkenntnisse im Bereich der «summativen» Evaluation (Bate & Robert 2007:



157f), die der retrospektiven Einschätzung des Implementierungsprozesses und dessen subjektiven Nutzens dienen können. Im Anhang des Zwischenberichts ist ein erster Prototyp angefügt (s. Kapitel 5.1). Der Prototyp zeigt, dass allen QZ Teilnehmenden die gleichen offenen und geschlossenen Fragen gestellt werden. Zu diskutieren und zu prüfen wäre, ob der Fragebogen auch noch auf die einzelnen Personen spezifisch zugeschnittene Fragen enthält. Diese könnten z.B. die letzte Frage der «Wegspuren» (Rückblick, Rechenschaft, Resonanz) abbilden. Beispielsweise:

«Sie haben sich in den Wegspuren damit auseinandergesetzt, wie Sie Ihren Umgang mit fordernden Patientinnen und Patienten verbessern könnten. Hat sich für Sie etwas verändert?»

- Ja: [Beschreibung]
- Nein

Mit diesen personifizierten Fragen kann an den in den «Wegspuren» fokussierten Themen angesetzt werden. Wir erhalten dadurch Informationen dazu, ob der Arzt, die Ärztin in den von ihm/ihr ausgewählten Themen eine eigene Entwicklung beobachtet. Dagegen spricht jedoch der Umstand, dass in der Phase 2 nur noch rund die Hälfte der QZ-Teilnehmenden «Wegspuren» eingereicht haben.

3 Zwischenergebnisse

3.1 Ebene Ärztenetzwerk/QZ: Implementierungsprozess

3.1.1 Struktur

Die Implementierung von EES auf der Ebene «Sprechstunde» arbeitet zum einen mit dem Prinzip der Ergebnisoffenheit, stellt aber gleichzeitig Rahmen, Strukturen, Instrumente und Begleitung zur Verfügung. Die Architektur der moderierten QZ-Workshops ist so gestaltet, dass sich Sequenzen von inhaltlichen und methodischen Inputs, Übungen in Kleingruppen, Diskussionen im Plenum und der Transfer in die Praxis und von der Praxis zurück in die QZ-Workshops über zielorientierte Selbstbeobachtungen und -reflexionen («Wegspuren») unterscheiden lassen. In diesem Aneignungsprozess der EES Methode besteht Raum für die kritische Weiterentwicklung, damit die Methode zur Kultur und Sprache der Netzwerkärztinnen und -ärzten «passt» und von ihnen getragen und gelebt wird.

3.1.2 Befähigung des QZ und der QZ-Mitglieder

Ziel der Implementierung ist, dass die Netzwerkärztinnen und -ärzte auf der Grundlage des EES ihre persönliche Qualitätsentwicklung eigenverantwortlich übernehmen können. Sie bestimmen beispielsweise im Rahmen der «Wegspuren» ihre Foki selbst, setzen diese in ihrem Praxisalltag um und diskutieren diese auf freiwilliger Basis mit den QZ Moderatorinnen und Moderatoren und den anderen QZ Teilnehmenden. Mit dem Kennenlernen einer Vielfalt von Modellen und Techniken sollen die Teilnehmenden für die kontinuierliche Qualitätsentwicklung in ihrem Praxisalltag und -umfeld befähigt werden.

3.1.3 Miteinander und voneinander lernen / lernende Organisation

Die Inputs werden in Kleingruppen oder im Plenum diskutiert und vertieft. Nach anfänglicher Zurückhaltung lassen sich Vorteile dieser Arbeitsformen erkennen:

- Durch den Austausch werden Ähnlichkeiten und Unterschiede in den Berufsbiographien und Arbeitsformen deutlich, mit denen sich die Teilnehmenden besser kennenlernen und der eigene Hintergrund kontrastierend reflektiert wird.
- Indem sich die Teilnehmenden die theoretischen Modelle gegenseitig in ihrer «Sprache» und mit praxisbezogenen Beispielen erklären, findet ein gemeinsamer Aneignungsprozess statt.
- Die Präsentation und Reflexion von anonymisierten «Wegspuren» einzelner Teilnehmenden unterstützt das Verständnis zur Verknüpfung von Theorie und Praxis.

3.1.4 Vertrauen

Vertrauen ist eine Grundbedingung für eine erfolgreiche QZ-Arbeit (Abraham & Kissling 2015: 37). Dies gilt umso mehr, wenn ein QZ nicht nur medizinische Wissensvermittlung praktiziert, sondern sich auch mit selbst- und



fremdreflexiven Elementen und persönlichen Themen befasst. Im bisherigen Prozess sind Anzeichen dafür erkennbar, dass dieses Vertrauen nicht vollumfänglich vorliegt:

- Einzelne Äusserungen deuten darauf hin, dass im QZ Spannungen vorherrschen. Es kann vermutet werden, dass diese Spannungen Einfluss haben auf den Vertrauensaspekt im Rahmen der vier QZ-Treffen.
- Aufgrund von kritischen Reaktionen musste geklärt werden, wer Zugang zu den «Wegspuren» hat, und was damit gemacht wird. Aufgrund der theoretischen Grundlagen von EES (Stichwort «Co-Produktion») wären die Selbst- und Fremdreflexion der «Wegspuren» anhand konkreter Fälle im QZ zentral. Dabei kann der Verfasser/die Verfasserin beispielsweise Rückmeldungen zu seiner/ihrer Entwicklung erhalten, die er/sie selbst vielleicht gar nicht wahrnimmt. Die Anonymität kann somit den Lernprozess des Falleigners beeinträchtigen. Der QZ lehnt diese Transparenz jedoch ab und einigt sich auf a) eine kondensierte, anonymisierte Wiedergabe der «Wegspuren» durch A. Abraham und b) auf eine anonymisierte, vertiefte Reflexion ausgewählter «Wegspuren» durch B. Hucher.

3.1.5 Verständlichkeit/»Sprache«/Wissensvermittlung und -aneignung

Es zeigt sich, dass die Vermittlung des im Rahmen eines längeren Prozesses erarbeiteten EES Herausforderungen birgt. Die «Sprache» und Komplexität der Methode und seiner Modelle stösst bei einigen QZ-Mitgliedern auf Unverständnis, Skepsis und passiven Widerstand. Es lassen sich verschiedene konstruktive Umgangsweisen mit diesen Herausforderungen beobachten:

Theorie- und Modellvermittlung und Transfer in die Praxis:

- Veranschaulichung der Theorie an konkreten medizinischen Praxis- und Fallbeispielen und vice versa (theoretische Rahmung der Beispiele). Damit können die «Wegspuren» beispielsweise auf einer Metaebene reflektiert und die damit in Verbindung stehenden Modelle einfacher angeeignet werden. Die Modelle helfen, die erlebte Praxissituation von einer anderen Seite zu betrachten und zu verstehen.
- Gegenseitige Erklärungen der Teilnehmenden mit verschiedenen «Sprachen» und Beispielen.
- Mögliche Herausforderungen der «Wegspuren» proaktiv nennen und die Teilnehmenden damit «abholen».
- Vereinfachung der «Wegspuren»-Vorlage; zusätzliche Möglichkeit, auch erst retrospektiv Konsultationen auszuwählen, über die Reflexion angestellt wird.
- Betonung der Moderation, dass es nicht um «richtige» oder «falsche» Vorgehensweisen geht, sondern um neu entstehende.
- Bereitschaft der Teilnehmenden, ihre «Komfortzonen» zu verlassen und sich auf das Neue einzulassen.
- Die Zeit zwischen den QZ-Workshops ist wichtig, weil hier mittels der Praxisaufgaben/«Wegspuren» die Selbstbeobachtungen und «Experimente» in der Praxis stattfinden.
- Angebot zur Unterstützung zwischen den QZ-Treffen.

Ziel- und Zweckvermittlung der «Wegspuren»:

Für die Bearbeitung der «Wegspuren» müssen die QZ-Teilnehmenden in ihrem Praxisalltag zusätzliche zeitliche Ressourcen bereitstellen. Aus diesem Grund scheint die erfolgreiche Vermittlung zum Sinn und Zweck dieser Arbeit besonders wichtig für ihre Anwendung. Die Moderation nennt deshalb auch eine ganze Palette an motivationssteigernden Faktoren:

Die «Wegspuren»

- dienen der Selbstbeobachtung, dem «Experimentieren» und der eigenen Weiterentwicklung in der Praxis;
- machen Unbewusstes bewusst;
- führen zur Entdeckung neuer Handlungsspielräume, indem aus dem Gewohnten herausgetreten werden kann;
- ermöglichen das Ausprobieren von Neuem und Ergebnisoffenem;
- beschreiben Wahrnehmungen, die weder «richtig» noch «falsch» sind;
- lassen die eigenen Entwicklungsmöglichkeiten entdecken;
- verfeinern die lebens- und arbeitsbezogene Wahrnehmung;
- wirken sich nicht nur auf den Arzt/die Ärztin aus, sondern auch auf den Patienten/die Patientin;
- bieten eine gemeinsame Reflexionsgrundlage im QZ;
- bedürfen der Übung.



3.1.6 Praktikabilität der «Wegspuren»

- Die Aufgabe, sich in ausgewählten Sprechstunden auf einen bestimmten Aspekt zu fokussieren und dabei aber gleichzeitig auch die Konsultation zufriedenstellend durchzuführen, wird als mentale Herausforderung beschrieben.
- Die «Wegspuren» stellen für manchen QZ Teilnehmenden eine zeitliche und/oder inhaltliche Herausforderung dar.
- Es zeigt sich, dass die «Wegspuren» als individuelle Reflexionsinstrumente dienen, aber die vorgeschlagene Strukturebenen (Individualität, Beziehung, Struktur, Prozess) als grobe Orientierung jedoch nicht immer trennscharf verwendet werden.
- Während in der Phase 1 12 von 18 QZ-Teilnehmenden «Wegspuren» einreichten, waren es in der Phase 2 nur noch 6 von 18 (s. Tabelle 2).



3.2 Ebene einzelne/r Arzt/Ärztin: Persönlicher Prozess, subjektiver Nutzen

3.2.1 Qualitätskategorien¹ zur Perspektive «Individualität»

	Qualitätskategorien	Konkretisierende Beispiele aus den «Wegspuren»
1.	Eigener Verhaltensweise als Arzt, Ärztin bewusst sein	Distanziert, streng, empathisch etc.
2.	Emotionen gegenüber Patienten vor Konsultation bewusst sein	Patient löst Aversion aus
3.	Anspruchsvolle Konsultationen inhaltlich und mental vorbereiten	Sprechstunde mit «schwierigen» Patienten bereits am Vortag in Gedanken durchgehen; sich auf spezielle/komplexe Patienten medizinisch und innerlich vorbereiten; am Vortag Agenda durchgehen; gute Vorbereitung führt zu strukturierterer und kürzerer Konsultation
4.	Für anspruchsvolle Konsultationen mehr Zeit einplanen	Wenn möglich mehr Zeit einplanen für Patienten mit mehr Gesprächsbedarf
5.	Drittinformationen sorgfältig einbeziehen ²	Die Konsultation beeinflussende Einflüsse wie z.B. Zusatzinformationen durch MPA oder Handlungsimpulativ zuweisender Fachpersonen; maximale Offenheit trotz Drittinformationen anstreben

Tabelle 3: Qualitätskategorien zur Perspektive "Individualität"

3.2.2 Qualitätskategorien zur Perspektive «Beziehung»

	Qualitätskategorien	Konkretisierende Beispiele aus den «Wegspuren»
6.	Konsultationsziel festlegen	Zu Beginn der Sprechstunde gemeinsames Ziel festlegen und dieses am Ende überprüfen
7.	Mit Patienten gemeinsame Sprache finden	Sprache im linguistischen (z.B. italienisch) aber auch übertragenen Sinn; gemeinsame Arbeitshypothese, gemeinsames Arbeitsbündnis schaffen; «Tempo» abgleichen, sich beim gleichen «Arbeitsschritt» befinden

¹ Qualitätskategorien = in den «Wegspuren» identifizierte Verfahren, Handlungen und Überlegungen, die aus Sicht der Verfassenen in den geschilderten Praxissituationen zu positiven Veränderungen, Bewegungen, Richtungswechsellns, Entwicklungen oder Verbesserungen geführt haben.

² Alles grün Gedruckte entspricht Ergänzungen der Qualitätskategorien aus den «Wegspuren» der Phase 2.



	Qualitätskategorien	Konkretisierende Beispiele aus den «Wegspuren»
8.	Negativspiralen der Patienten durchbrechen	Fordernder Patient dramatisiert «Bagatellen»: Arzt wählt den Einstieg bewusst nicht über die Krankheits-thematik, sondern was seit letzter Konsultation positiv war
9.	Patientenforderungen und damit verbundenes Leiden in einem Ge-samtkontext verorten	Keine punktuellen und wiederholten, sondern ganzheitliche Abklärungen (z.B. Schmerzzentrum)
10.	Patientenängste begreifen	Geschichte und Gründe hinter den Patientenängsten kennenlernen, z.B. schwierige Erlebnisse bei anderen Ärzten
11.	«Hidden agenda» entziffern	«Hidden agenda» des Besuchs erkennen, d.h. was Patient wirklich möchte und vom Arzt erwartet.
12.	Raum anbieten für Äusserungen zum persönlichen (sozialen, berufli-chen) Wohlbefinden	Wie geht es Patient in seiner Trennungssituation oder in seiner Einsamkeit; Patient scheint am Anfang trau-rig, ist am Schluss erleichtert, nachdem er seine Sorgen deponieren konnte; Patientin „taut auf“, als Arzt sie nach ihren Söhnen fragt
13.	Freie Erzählräume und -struktur anbieten	Patient reflektiert über sein Leben, in welchem die Gesundheit nie prioritär war; Einblick in den Referenz-rahmen des Patienten erhalten; nach neuer Diagnose Gefühle schildern können, ohne bereits Antworten von Arzt zu erhalten; bewusstes Einnehmen einer inaktiven oder aktiven Rolle der Ärztin.
14.	Verbale und non-verbale Wertschätzung erkennen und einsetzen	Patient greift am Ende der Sprechstunde dankbar den Arm des Arztes; Arzt schickt Patient trotz regelmä-siger Entgleitung Blumen ins Spital.
15.	Non-verbale Informationen registrieren und nutzen	Gerade bei neuen Patienten oder in Vertretung ist das non-verbale Feedback wichtig, da unverfälscht.
16.	Paradoxe Gesprächsinterventionen einbauen	Unerwartete Fragen stellen, um festgefahrene Situationen/Sackgassen zu lockern
17.	Patientenverhalten über mehrere Konsultationen hinweg beobachten	Grobes, gereiztes, rüpelhaftes Verhalten über Zeit kann Hinweise geben über persönliche Probleme des Pa-tienten; behandlungsrelevante Erkenntnisse durch akkumuliertes Erfahrungswissen mit Patientin
18.	Geschilderte Symptome physisch untersuchen	Patienten erwarten vom Arzt berührt zu werden



	Qualitätskategorien	Konkretisierende Beispiele aus den «Wegspuren»
19.	Auch in Zwangskontexten Patientenperspektive einbeziehen	Sachliche Beurteilung der Urteilsfähigkeit, auch mit dem Risiko eines begleiteten Suizids.
20.	Behandlungskonsens erarbeiten	Klare Kommunikationsführung; Vorbehalte des Patienten verstehen; gemeinsame Schaden/Nutzen Abwägung machen bei zur Debatte stehenden Behandlungsoptionen; Bedingungen für und Grenzen von Konsens klären (Behandlung für Patient «annehmbar» und für Arzt «durchführbar»); gegenseitiges Entgegenkommen
21.	Form und Mass der ärztlichen Rolle definieren	Minimale Unterstützung mit sachlichen Informationen; «Shared decision making» Prozess; eher begleiten anstatt betreuen; nicht nur ausführende Rolle übernehmen wollen
22.	Unsicherheit offenlegen	Eigene ärztliche Unsicherheit oder Unsicherheit bedingt durch medizinische Wissensbasis zu spezifischer Behandlung
23.	Dem Patienten Raum und Unterstützung für die Lösungsfindung anbieten	Zweifelnden Patienten oder Patienten mit Idealvorstellungen Zeit geben für ihre Ambivalenzen und den ärztlichen Vorschlag anzunehmen; Möglichkeiten geben um Vorstellungen darzulegen ; etwas «offenlassen»; Fokus auf das, was Patientin in die Sprechstunde mitbringt; sich als Arzt zurückhalten.
24.	Ausgewählte Sprechstunden bewusst und begründet überziehen	Je nach Gesprächssituation ist Überziehen langfristig zeitsparend
25.	Für anspruchsvolle Konsultationen zeitnah einen Folgetermin anbieten	Zeichnet sich während der Sprechstunde mehr Gesprächsbedarf/ zusätzliche Themen ab, für die nächsten Tage einen neuen Termin anbieten.
26.	Routinepatienten aufmerksam begleiten	Bei diesen Patienten aufmerksam bleiben, um neue Entwicklungen nicht zu verpassen. Nachfragen, ob es etwas Neues gibt.



	Qualitätskategorien	Konkretisierende Beispiele aus den «Wegspuren»
27.	Patienten neu sehen	Durch Erzählungen aus dem Leben kann das ärztliche Bild des Patienten revidiert und Vertrauen und Empathie aufgebaut werden; Patient in einem «neuen Licht» kennenlernen.
28.	Neutrale Ambivalenz einnehmen gegenüber Patientenmustern	Zulassen, dass es gut laufen mag und zulassen, dass es auch wieder schlecht laufen kann; Patient an «langer Leine» halten und Nachfolgekonsultation vereinbaren; mit Patient Höhen und Tiefen durchstehen

Tabelle 4: Qualitätskategorien zur Perspektive "Beziehung"

3.2.3 Qualitätskategorien zur Perspektive «Struktur/Prozess»

Bis auf zwei Kategorien noch ausstehend (Phase 3).

	Qualitätskategorien	Konkretisierende Beispiele aus den «Wegspuren»
29.	Antizipierende und retrospektive Logiken der Behandlung	Ob man in der Sprechstunde einen Schritt weitergekommen ist, zeigt sich oft erst später; manche Widerstände oder Konflikte versteht Arzt erst retrospektiv
30.	Einzelne Konsultation als Teil eines Prozesses verstehen	In späterer Konsultation auf frühere Konsultation zurückkommen/verweisen

Tabelle 5: Qualitätskategorien zur Perspektive "Struktur/Prozess"

3.2.4 Qualitätskategorien zur Perspektive «Organisation»

Bis auf eine Kategorie noch ausstehend (Phase 4).

	Qualitätskategorien	Konkretisierende Beispiele aus den «Wegspuren»
31.	Brückenbauen zu Spezialisten	Direkte Kontaktaufnahme mit Spezialisten (nicht über Patienten); via Gespräch Austausch suchen (vs. Mail)

Tabelle 6: Qualitätskategorien zur Perspektive "Organisation"



4 Zusätzliche Überlegungen

4.1.1 Persönliche Zielorientierung

Bei den Evaluationsfragen (s. Tabelle 1) zeigt sich bzgl. der Fragen zu den individuellen Zielen eventuell ein Anpassungsbedarf. Bei den bisher analysierten «Wegspuren» arbeiten die Ärztinnen und Ärzte nicht mit festen Zielen, sondern mit bestimmten Themen und Fragestellungen, die sie in ausgewählten Sprechstunden näher beobachten und reflektieren. Es stellt sich deshalb die Frage, ob der Zielbegriff hierfür adäquat ist.

4.1.2 Maximale Kontrastierung

Die «Übersetzungs»-Notwendigkeit, welche sich bei der Implementierung des EES im QZ Toggenburg exemplarisch zeigt, ist für xundart eine grosse Chance. Auf diese Weise kann sich xundart auf die Testung, Weiterentwicklung und Diffusion des EES inner- und ausserhalb des Netzwerks vorbereiten. Indem xundart die «maximale Kontrastierung» mit unterschiedlichen Denksystemen aktiv sucht, kann xundart das Anerkennungspotential von EES bei Krankenkassen, BAG etc. ausloten.

4.1.3 «Quo vadis» EES?

Die Zwischenergebnisse am Beispiel der QZ-Arbeit auf der Ebene «Sprechstunde» zeigen, dass mit der Implementierung des EES qualitätsbezogene Eigen- und Gruppenprozesse in Gang gesetzt werden können, die sich wissenschaftlich beschreiben lassen. Die Inhaltsanalyse der «Wegspuren» verdeutlicht, dass diese der persönlichen Weiterentwicklung dienen, aber auch Themen beinhalten, die für andere Ärztinnen und Ärzte von Nutzen sein können. Aus diesen Prozessen lassen sich Qualitätskategorien ableiten, die sich im Rahmen eines nachfolgenden Projekts mit Einschluss der Ebenen Arztpraxis und Umfeld zu einem Leitfaden, Indikatorensystem, u.a.m. weiterentwickeln lassen können. Die herausgearbeiteten Qualitätskategorien sind somit noch keine «validierten» Grundlagen für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren.

Bezüglich dieser weiteren Schritte stellen sich jedoch eine Reihe von Fragen:

- Welche Haltung gegenüber Indikatoren will xundart einnehmen (vgl. Grünewald 2017)?
- Bringen diese Indikatoren einen Mehrwert gegenüber bereits bestehenden Indikatorensystemen?
- Welche Anforderungen müssen die Indikatoren erfüllen, damit sie von Akteuren wie dem BAG oder den Krankenkassen anerkannt werden?
- Wie sehen bzgl. EES die nächsten 5 Jahre aus? Welche Pläne bestehen für die weitere Implementierungsphase? Wann ist diese abgeschlossen? Wie sieht der EES Regelbetrieb aus? Ab wann und wie tritt xundart mit EES gegen aussen?

Zwei Ansätze könnten die Einzigartigkeit des EES zusätzlich stärken:

- a) Seit einigen Jahren etablierte sich das «Mindfulness»-Paradigma (Achtsamkeit) und hielt u.a. Einzug in die Themenfelder Organisationsentwicklung und Führung (Stichworte «mindful leadership», «corporate mindfulness»). Beim EES scheint Qualitätsentwicklung stark mit diesem Fokus in Verbindung zu stehen (vgl. Bju-rström 2012).
- b) Gerade im Zuge der in der Schweiz zunehmend erkannten Chance des «user involvement» Ansatzes, stellt sich die Frage nach der Rolle der Patientinnen und Patienten bei der Implementierung von EES. Die gegenwärtigen Ansätze beziehen sie indirekt in den Prozess ein (z.B. in dem sich eine Ärztin auf eine ausgewählte Konsultation fokussiert). Interessant und innovativ wären Ansätze, welche z.B. unter dem Begriff «Experience-based co-design» (Greenhalgh et al. 2005) subsumiert werden: Patientinnen und Patienten würden damit nicht nur im Rahmen einer Befragung zu ihrer Wahrnehmung und Haltung («perception», «attitude») in das EES einbezogen, sondern dieses aktiv mitgestalten.



5 Anhang

5.1 Fragebogen für Schlussbefragung (Prototyp)

Fragebogen-Ebene	Item
Begrüssung	<div data-bbox="469 495 646 582"> Berner Fachhochschule</div> <div data-bbox="1177 495 1404 600"> Das Ärztenetzwerk <input type="button" value="17%"/></div> <div data-bbox="1305 488 1404 510">Previewmode</div> <p data-bbox="454 645 686 672">Herzlich Willkommen!</p> <p data-bbox="454 703 1260 725">Wir bitten Sie folgende Fragen zu beantworten und danken Ihnen für Ihre Teilnahme und Unterstützung.</p> <p data-bbox="454 739 1125 761">Bei Fragen und Anliegen dürfen Sie mich gerne kontaktieren: andrea.abraham@bfh.ch</p> <p data-bbox="454 779 598 817">Freundliche Grüsse Andrea Abraham</p> <div data-bbox="853 920 1005 943"><input type="button" value="Vorschau beenden"/></div>
Persönliche Daten	<div data-bbox="469 965 662 1052"> Berner Fachhochschule</div> <div data-bbox="1209 965 1420 1070"> Das Ärztenetzwerk <input type="button" value="17%"/></div> <p data-bbox="454 1093 766 1120">Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.</p> <p data-bbox="470 1124 774 1146"><input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> anderes</p> <p data-bbox="454 1169 877 1191">Wie lange ist es her seit Ihrem Staatsexamen?</p> <p data-bbox="470 1196 638 1272"><input type="radio"/> 5 - 10 Jahre <input type="radio"/> 11 - 20 Jahre <input type="radio"/> mehr als 20 Jahre</p> <p data-bbox="454 1299 925 1321">Über welche Facharzttitle und/oder Zusatztitle verfügen Sie?</p> <div data-bbox="459 1330 1129 1433"><input type="text"/></div> <p data-bbox="454 1456 949 1478">Wie viele Patienten/Patientinnen betreuen Sie aktuell?</p> <p data-bbox="454 1487 1056 1509">Anzahl Patienten/Innen <input type="text"/></p> <p data-bbox="454 1536 782 1559">In welcher Praxisform arbeiten Sie?</p> <p data-bbox="470 1563 949 1639"><input type="radio"/> Einzelpraxis <input type="radio"/> Gruppenpraxis <input type="radio"/> Andere <input type="text"/></p> <div data-bbox="917 1675 981 1697"><input type="button" value="Weiter"/></div>

Bitte äussern Sie sich bezüglich folgender Aussagen.

	trifft nicht zu	trifft mittelmässig zu	trifft zu
Ich habe die Inhalte der QZ- Treffen verstanden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auf meine Anliegen wurde eingegangen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe die Aufgabenstellung der Wegspuren verstanden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte die Wegspuren einfach in meinem Praxisalltag einbauen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durch die QZ-Treffen und Wegspuren erlangte ich zum Thema "Individualität von Arzt und Patient" Kenntnisse...

	trifft nicht zu	trifft mittelmässig zu	trifft zu
über meine Verhaltensmuster.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
über meine Arbeitsweise.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
über meine beruflichen Wertvorstellungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
über mein berufliches Entwicklungspotenzial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
über verschiedene Möglichkeiten zur Selbstreflexion.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Entsprechende Fragen werden auch zu den Perspektiven Beziehung, Prozess und Organisation gestellt.

Haben Sie persönlich von den QZ-Treffen profitiert?

- Ja, weil...
- Nein, weil...

Wie beurteilen Sie die Moderation der QZ?

- nicht zufrieden, weil...
- teils teils zufrieden, weil...
- zufrieden, weil...

Wie empfanden Sie das Klima in den QZ-Treffen?

Entsprachen die Inhalte der QZ-Treffen Ihren Erwartungen?

Haben Sie Verbesserungsvorschläge für die Qualitätszirkeltreffen?

Haben Sie persönlich von den Wegspuren profitiert?

- Ja, weil...
- Nein, weil...

Haben Sie Verbesserungsvorschläge für die Wegspuren?

[Weiter](#)

<p>Nutzen & Auswirkungen auf den Praxisalltag</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">  <div style="text-align: right;">  <div style="text-align: right;"> 17% </div> </div> </div> <p>Bitte kreuzen Sie die Bereiche an, in denen Sie eine Wirkung von diesem Qualitätsprogramm erkennen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Selbstreflexion <input checked="" type="checkbox"/> Sprechstunden Vorbereitung <input type="checkbox"/> Sprechstunden Durchführung <input type="checkbox"/> Arzt-Patient Interaktion <input type="checkbox"/> Zusammenarbeit im Praxisteam <input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte nennen Sie den Bereich: <input style="width: 150px;" type="text"/> <p>Wie zeigt sich für Sie die Wirkung des Qualitätsprogramms in den genannten Bereichen?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> Weiter </div>
<p>Allgemeine Rückmeldungen</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">  <div style="text-align: right;">  <div style="text-align: right;"> 17% </div> </div> </div> <p>Haben Sie Anregungen für die weitere Qualitätsentwicklung bei Xundart?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> Weiter </div>
<p>Abschluss</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">  <div style="text-align: right;">  <div style="text-align: right;"> 100% </div> </div> </div> <p>Sie haben es geschafft! Herzlichen Dank, dass Sie diesen Fragebogen ausgefüllt haben.</p> <p>Ihre Daten werden vertraulich behandelt und anonymisiert verarbeitet.</p> <p>Bei Fragen oder Problemen können Sie sich gerne an mich wenden.</p> <p>Vielen Dank und freundliche Grüsse Andrea Abraham andrea.abraham@bfh.ch</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> Vorschau beenden </div>



6 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2: Ablauf der Evaluation

4

7 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Evaluationsziele und -fragen	3
Tabelle 2: Anzahl Teilnehmende/QZ und Anzahl «Wegspuren»/Phase	5
Tabelle 3: Qualitätskategorien zur Perspektive "Individualität"	9
Tabelle 4: Qualitätskategorien zur Perspektive "Beziehung"	12
Tabelle 5: Qualitätskategorien zur Perspektive "Struktur/Prozess"	12
Tabelle 6: Qualitätskategorien zur Perspektive "Organisation"	12

8 Referenzen

Abraham, Andrea; Kissling, Bruno (2015): Qualität in der Medizin. Briefe zwischen einem Hausarzt und einer Ethnologin. Muttentz: EMH Ärzteverlag.

Bate, Paul; Glenn, Robert (2007): Bringing User Experience to Healthcare Improvement: The Concepts, Methods and Practices of Experience-Based Design. CRC Press.

Beywl, Wolfgang; Kehr, Jochen; Mäder, Susanne; Niestroj, Melanie (2017): Evaluation Schritt für Schritt. Planung von Evaluationen. Münster: Hiba.

Bjurström, Erik (2012): Minding the contexts of mindfulness in quality management. *International Journal of Quality & Reliability Management* 29(6): 699-713. <https://doi.org/10.1108/02656711211245674>

Greenhalgh, Trisha; Glenn, Robert; Bate, Paul; Macfarlane, Fraser; Kyriakidou, Olivia (2005): Diffusion of Innovations in Health Service Organisations: a systematic literature review. Wiley-Blackwell.

Grünewald, Lars (2017): Was sind Massstäbe? Und was haben sie mit Qualität zu tun? *bsa Journal* 3: 5-8.

Spradley, James P. (1980): Participant Observation. Belmont: Wadsworth,