

ANQ

Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
„Q-Day 2020“ 16. Januar Bern

„Transparenz um jeden Preis – Ethik und Ökonomie im Spital“

Karl-H. Wehkamp

Socium Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

Universität Bremen

Franz Kafka: „Der Bau“

„Der Bau ist eine Parabel über die Gesellschaft, die permanent Risiken schafft , indem sie diese zu verhindern sucht.“ *

* Aus dem Programmheft einer Inszenierung von Max Simonischek an den Kammerspielen Frankfurt/Main

Teil 1 : Transparenz (über Qualität in Medizin und Gesundheitswesen) um jeden Preis

- Eine Aussage:
 - Transparenz ist so wichtig, dass sie jeden Preis rechtfertigt!
 - Transparenz wovon?
 - Transparenz wozu und warum?
 - Transparenz : Wie?
 - Transparenz: Wer oder was stellt sie her?
- Eine Frage:
 - Ist Transparenz jeden Preis wert?
 - Wie weit soll Transparenz gehen?
 - Transparenz von was und für wen?
 - Was könnte auf dem Spiel stehen?

Transparenz als Patienten- und Bürgerinteresse

- Patient:
 - Wem kann ich vertrauen?
 - Wo und von wem bekomme ich die für mich passende Behandlung?
 - Wo die passende Versicherungsleistung
 - Was wurde mit mir gemacht?
 - Wie transparent sind die Informationen über mich (Datensicherheit)?
 - Was dient (der Wiederherstellung) meiner Gesundheit?
- Bürger und Kritische Öffentlichkeit
 - Wie funktioniert unser Gesundheitswesen?
 - Wer profitiert, wer wird geschädigt?
 - Datenhoheit- Datenschutz
 - Wie sollte es sein?

Transparenz als Geschäftsargument

- Ein lobbyistisches Interesse:
 - Gesundheitswirtschaft / IT / KI/ Digitalisierungsbranche
 - Transparenz als Anliegen des Fortschritts, Verschleierung als Anliegen der Ärzte
 - Leistung: Verknüpfung großer Datenmengen, Versprechen höherer Qualität

„Deutschland drohe den Anschluss zu verlieren, weil zu viele Bedenkenräger sich vor einer neuen Transparenz fürchteten. Damit meint er (Deutschland-Chef des Philips –Konzerns) vor allem jene Ärzte, die sich davor scheuen, ihren Patienten mehr Kontrolle über ihre eigenen Gesundheitsdaten zu geben. ...**Manche Datenschutzargumente seien der Tod der Digitalisierung.** ‚Ich finde das nicht akzeptabel. **Wir leben doch in einer digitalen Welt**‘.“

FAZ Nr. 301 vom 28.12.2019 „Ärzte mögen keine elektronische Patientenakte“

Dominant: Transparenz im Dienst der Gouvernamentalität

- Politik und Management
 - Bedürfnis nach Transparenz durch Daten
 - „Zahlen-Daten-Fakten“
 - Messbarkeit und Repräsentativität
 - „If you can't measure it, you can't manage it.“ (Peter Drucker)
 - Technizistisches Verständnis von Führung
 - Top-Down bevorzugt

Transparenz in Medizin und Gesundheitswesen

- **Auftrag** an die Qualitäts- und Versorgungsforschung
- **Ziel:** „rationale Grundlagen“ für Allokationsentscheidungen auf Makro- und Mesoebene: Politik und Management
- **Hintergrundsfrage:** Effekte und Nutzen von Investitionen/Allokationen/Behandlungen/Medikamenten
 - Gewonnene Lebenszeit von Menschen (Medizin)
 - Gewonnene Lebensqualität von Menschen (Medizin)
 - Betriebswirtschaftliche Effekte für Gesundheitsunternehmen
 - Volkswirtschaftliche Effekte : „Gesundheitswirtschaft“
 - Legitimation von Institutionen, Verbänden, Organisationen

1. Beispiel Weltbank

- Kreditvergabe für weltweite Projekte der Gesundheitsversorgung soll nachweisbaren „Gesundheitsnutzen“ erzeugen.
- Weltbank lässt von der Harvard-School of Public Health das „Quality-“ und „Daly“- Konzept entwickeln
- Weltbank lässt „Krankheitskosten“ ermitteln: „The Global Burden of Disease“-Projekt
- Ziele: Transparenz / Kredite sollen effektiv eingesetzt werden und ein Plus an Gesundheit erzeugen.
- Methode: Messen der Effekte bezogen auf gewonnene Lebenszeit und Lebensqualität
- Zentrale Herausforderung und Schwachstelle: Messen von Lebensqualität

2. Beispiel OECD

- Messen der Ausstattung und Effekte nationaler Gesundheitssysteme und anderer sozialpolitisch gestalteter gesellschaftlicher Bereiche (z.B. Schul- und Bildungssystem, PISA-Studie usw.).
- Ziel: Entscheidungsgrundlagen für Politik , Wirtschaft und Öffentlichkeit, Transparenz
- Methode: Ranking, Benchmarking.
- Schwachstelle: Messung von Qualität , besonders Lebensqualität

3. Beispiel: Nationale Gesundheitssysteme

- Wie sollen Gesundheitssysteme gestaltet , gesteuert und finanziert werden?
- Wie und wo sind Steuer- und Sozialversicherungsgelder so einzusetzen, dass sie den höchsten Gesundheitsnutzen erzeugen?
- Wo liegen Schwachstellen der Versorgung vor?
- Welche Effekte können Innovationen erzielen?
- Entscheidend: Transparenz und Qualität

4. Beispiel Medizin, Psychotherapie, Pflege

- Welche Diagnostiken/Therapien sind die besten, teuersten, billigsten?
 - bezogen auf Wirksamkeit, Lebenszeit und Lebensqualität
 - bezogen auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis
- Was soll gefördert, was beseitigt werden?
- Erforderlich: Transparenz, Qualitätsmessung

Im Zentrum: Transparenz zu „Qualität“

- „Qualität“ als zentrales Steuerungs-/ Allokationsphänomen: „Gute Qualität soll gut bezahlt werden, schlechte Qualität soll niedrig oder gar nicht bezahlt werden.“
- Oder: „Bezahlung soll der Leistung (gemessen als „Qualität“) folgen
- Oder: „Nicht die Menge soll belohnt werden, sondern die Qualität.“

- Fazit: „Qualität“ als zentrales Preissurrogat- wo Marktpreise aus sozialetischen Gründen nicht akzeptiert werden.
- Fazit: „Qualitätsforschung“ von höchster strategischer Bedeutung.

Anspruch an die Qualitätsforschung

- Objektive Daten
 - Repräsentativität
 - Vergleichbarkeit
 - „Belastbarkeit“
-
- Bevorzugte Methodik: Messen , Statistik, Korrelationen
 - Erwartung: Nutzung digitaler Instrumente, Big Data

Ermittlung medizinischer Qualität benötigt LQ

- Die hohe strategische Funktion der Qualitätsmessung erzeugt einen enormen Methodik-Druck, Phänomene präzise zu messen, auch wenn diese sich der naturwissenschaftlich-technischen Objektivierbarkeit entziehen: Lebensqualität
- **Wenn Lebensqualität nicht messbar ist, droht das ganze Messprogramm zu scheitern, denn Effekte der Medizin beziehen sich in hohem Maße auf Verbesserungen oder Minderung der LQ.**
- **Konsequenz: LQ-Messung „um jeden Preis“- auch den Preis der Absurdität**

Unschärfen der Qualitätsmessung

- Definition von **Qualität** (Willkür ; nicht frei von Interessen; angesichts der komplexen und beweglichen Phänomene nur begrenzt sinnvoll)
- Definition von **Gesundheit/ Krankheit**: Nach Interesse und Plausibilität
- **Datenauswahl** und Datenkonfiguration: Interesse, Macht, Zufall
- **Messkonzept**: Objektivierung wichtiger „Qualitätsaspekte“ unangemessen
- Die für jeden Menschen wichtigsten Phänomene sind keine Dinge, keine Objekte, und deshalb nicht ohne Gewalt messbar: Liebe, Würde, Anerkennung, Solidarität
- „Gesundheit“ als adaptives Potenzial kaum seriös messbar
- Medizin/Pflege als Humanpraxis nur in technischer Hinsicht messbar
- Interpretation von Messergebnissen bleibt subjektiv (Was soll als ‚gut‘, was als ‚schlecht‘ gelten).

Definitionskritik T.W. Adorno

„de- fine“ bedeutet „das/zum Ende“

„abschließend“

passt nicht zu beweglichen, sich verändernden Phänomenen

Definitionsversuche ‚Qualität‘

- Bsp: „Die Qualität gibt damit an, in welchem Maße ein Produkt (Ware oder Dienstleistung) den bestehenden Anforderungen entspricht.“
- Bsp: „Qualität ist die Übereinstimmung von Ist und Soll“
- Bsp: „Vorgaben zur Qualität werden heute über rechnergestützte Systeme bestimmt, die Computer Aided Quality Assurance.“
- **Heymann: „Qualität ist also auch in der Medizin reduziert auf einen Indikator für die wirtschaftlichen Interessen desjenigen, der die aktuellen Vorgaben erstellt hat.“**

- W. von Heymann : Zur Qualität in der Rehabilitation ; Manuelle Medizin
DOI 10.1007/s00337-015-0051-1 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Nicht-Körperliches entzieht sich der Messbarkeit

- Die praktische Heilkunde umfasst *wesentliche* Aspekte, die nicht in der Form von Objekten erfasst werden können, für *gute Medizin* aber unverzichtbar sind: Liebe, Würde, Angenommenwerden, Anerkennung, Respekt, Vertrauen können, Verständnis, Gerechtigkeit, Hoffnung erfahren, Resonanz, alle Aspekte des Erlebens, Tuns und Seins.
- Gute Medizin („Qualität“) ist nicht allein an einem *später* eintretenden Ergebnis zu messen, sondern auch am Erleben des Augenblicks.
- Gelebtes Ethos der Medizin

Kritik Messdogma (Einstein)

“Nicht alles was zählt kann man messen.
Nicht alles Messbare zählt.“

Kritik Repräsentativität

- Was als „repräsentativ“ gilt (und methodisch korrekt sein mag) kann unwahr sein, was als „nicht-repräsentativ“ gilt kann der Wahrheit näher kommen.
- Auch Einzelphänomene (statistisch nicht signifikant) können außerordentlich wichtig und aussagekräftig sein!
- (als hätte es nie den „Methodenstreit“ in der Soziologie gegeben!)

Fazit 1 Teil 1:

- Transparenz über Qualität ist niemals *exakt* messbar.
- Hinter mathematisch exakten Aussagen verbergen sich Interessen.
- Viele Interessen an Transparenz beziehen sich nicht auf Erkenntnis oder Wahrheit, sondern auf Bestimmungs- und Steuerungsmacht und Gewinn.
- Die Methodenwahl entscheidet über das Maß der Transparenz, darüber was beachtet und was verdeckt bzw. ausgeblendet wird.
- Das aus der Management-Wissenschaft stammende Konzept “Quantifizierung von Qualität zwecks Messung und Vergleich“ vernachlässigt die konkrete Feldforschung und verzichtet auf die Wahrnehmung nicht quantifizierbarer Phänomene.
- Da die Messung von Lebensqualität für die gesamte quantifizierende Qualitätsforschung von zentraler strategischer Bedeutung ist, soll mit Macht das Unmögliche erzwungen werden, auch um den Preis der Absurdität. Pseudo-Transparenz ist die Folge.
- Die Beachtung der „Lebensqualität“ im Augenblick der medizinisch-pflegerischen Handlung bleibt ausgespart.

Fazit2 - Teil 1

- Die Quantifizierungs-Ideologie verursacht Schäden:
 - Zeit- und Personalaufwand zur Datengewinnung verschärft den Zeit-, Geld und Personalmangel für die direkte Patientenversorgung
 - Die errechneten und bewerteten Ergebnisse geben ein reduziertes, meist unzutreffendes Bild realer „Qualitäten“ wider.
 - Die Ergebnisse täuschen „Qualität“ und „Sicherheit“ vor, wo beide nicht oder nur unvollkommen vorhanden sind. Patienten und Bürger werden getäuscht.
 - Für eine menschliche, würdevolle Medizin und Pflege wesentliche Aspekte werden nicht beachtet und nicht gepflegt. Management und Politik erzeugen virtuelle Welten, die mit den Wahrnehmungen der Ärzte und Pflegenden nicht kongruent sind und hinsichtlich der erstrebten Qualität eher paradoxe Effekte erzeugen.

Fazit 3 Teil 1

- Die Verfahren zur Qualitätsmessung messen nicht „objektiv“ eine von ihnen unabhängige Welt, sondern sie verändern diese Welt, indem Handlungen, Wahrnehmung und Sprache auf die Messung bezogen werden.
- Verbesserungen der Qualitätsergebnisse spiegeln damit keineswegs sicher *reale* Verbesserungen wider, sondern oft nur eine Verbesserung der Anpassung an die Regeln der Qualitätsmessung.
- Die der Q-Messung vorausgehende Datengenerierung konkurriert in ihrer Bedeutung mit der realen Versorgung des Patienten. Oft schiebt sich die Dokumentation *vor* die Versorgung, manchmal ersetzt sie diese weitgehend.

Teil 2: Ethik und Ökonomie im Spital

- Die Ethik der Heilberufe zentriert sich auf das Wohl und den Schutz des einzelnen Patienten , der immer vor Schaden zu bewahren ist.
- Medizin und Pflege stehen in der Verantwortung gegenüber ihren Patienten. Gegenseitiges Vertrauen ist eine der ersten Grundlagen für „Qualität“.
- Medizin-und Pflegeethik dienen dem Vertrauensschutz.
- Auch QM und QS sollten dem Vertrauensschutz dienen- auf Basis der Ethik, nicht des Gewinns.
- Um Vertrauen herzustellen muss sichergestellt werden, dass Behandlungsentscheidungen ausschließlich auf den Bedarf des Patienten ausgerichtet sind.
- Wenn die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen zu Gunsten betriebswirtschaftlicher Interessen beeinträchtigt wird, geht dieses Vertrauen verloren.

Heinz Naegler
Karl-Heinz Wehkamp

Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung

Krankenhausärzte und
Geschäftsführer im Interview

Mit einem Geleitwort
von Georg Marckmann

Studienergebnis: Aufforderungen an Ärzte

- Belegung maximieren Fallzahlen steigern , Case-Mix-Index maximieren
- aufwendige „unlukrative“ Patienten möglichst vermeiden
- Notaufnahmen bei Überlastung nicht beim Rettungsdienst als Anlaufstelle abmelden
- Verweildauer nach diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG, „diagnosis related groups“) ausrichten
- „kreative Indikationen“ stellen (unnötige Behandlungen)
- Auslastung gewinnbringender Geräte, Prozeduren und Einrichtungen (OP, Endoskopie, Intensiveinheiten, Beatmungsplätze, Spezialdiagnostik, Herzkatheter)
- „Fallsplitting“ (Entlassung und Wiederaufnahme von Patienten statt hausinterne Verlegung)
- Patienten an die Klinik binden, auch wenn sie andernorts besser behandelt werden würden

Studienergebnis: Ziele betriebswirtschaftlicher Vorgaben an Ärzte *

- Erlöse, Jahresergebnis ,Gewinn, Rendite
- Deckungsbeitrag
- Zahl stationär behandelte Patienten
- Zahl diagnostische und therapeutische Leistungen
- Case-Mix-Punkte / Case-Mix-Punkte pro Arzt oder Abteilung
- Zahl der Mitarbeiter möglichst knapp halten (Personalkosten)
- Verweildauer an DRG ausrichten
- Andere Kliniken (Konkurrenz) „platt machen“
-

* nach Aussagen der befragten Geschäftsführer und Ärzte

Studie zeigt: Grundlagen guter Medizin wurden untergraben!

- Zuwendung , Betreuung, Gespräch, zum Patienten (und Angehörigen): *defizitär!*
- Sorgfältige Anamnese und körperliche Untersuchung : *fehlt die Zeit!*
- Sorgfältige Aufklärung des Patienten: *oft mangelhaft!*
- **Einbeziehen des Patienten in seinen Heilungsprozess- auch durch Verstehen der Hintergründe von Erkrankung und Gesundheit): *Wie soll das möglich sein?***
- Unabhängige , reflektierte medizinische Indikationsstellung: *eingeschränkt!*
- Regelmäßige Überprüfung des Therapieziels: *teilweise eingeschränkt!*
- Beobachtende und wenn möglich zuwartende Behandlung. *Erschwert!*
- **Berücksichtigung von Selbstheilungskräften. *Eher nicht!***

„Qualitätsoffensiven“ bei gleichzeitigem Abbau der Basis guter Medizin

- Auswahl der Cheförzte durch kaufmännisches Management
- Ärztliche Einarbeitung, Fort- und Weiterbildung stark reduziert
- Chef- und Oberarztvisiten und Hintergrunddienste erschwert
- Lehrassistenzen bei Operationen und Eingriffen erschwert
- Indikationskonferenzen vielfach vernachlässigt
- Sektionen stark zurückgegangen
- Coaching ärztlicher und pflegerischer Führungskräfte selten
- Gesundheitsschutz des ärztlichen und pflegerischen Personals mangelhaft

Un-Verantwortlichkeit finanzieller Anreize- Thema für das QM?

- Diabetiker: Amputationen (Fuß, Bein) auf Grund mangelhafter Versorgung. „...ist eine Amputation in unserem System oft lukrativer als eine langwierige sorgfältige Wundversorgung.“ (PD Dr. K.Rittig, FAS Nr.2 vom 17.1.2010)
- Beatmungspatienten: Kassen müssen monatlich bis zu 20.000 Euro für Versorgung in Pflege-WG zahlen. Ohne Beatmung gibt es nur ca. 1000 Euro pro Monat.
- Kostenübernahme für chirurgische Behandlung bei Adipositas bei Mindestgewicht (200 kg). Patienten wurden gemästet, um das Gewicht zu erreichen.

Fazit Teil 2 : Studienergebnis: Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen

- findet statt
- nicht immer und überall, aber systemisch
- zunehmend
- unter Konflikten mit Medizinethik
- Zu Lasten von Patienten und Personal
- ohne dass diese Entwicklungen vom Qualitätsmanagement erfasst wird.
- QM- Komplize oder Kritiker der Entwicklungen ?

Teil 3: Hintergründe- Analysen- Ausblick

- Rückzug des Staates aus traditionell sozialen gesellschaftlichen Teilbereichen zu Gunsten marktwirtschaftlicher Strukturen
- Spitäler und Arztpraxen gelten nun als Kern der „Gesundheitswirtschaft“
- Erzwungene Gewinnorientierung für alle Krankenhäuser
- Steuerung in Politik und Management auf Basis von Messwerten nach Top-Down-Prinzip
- Gesundheitsökonomie wird zur Expertin für Gesundheit erklärt
- Beratungsgesellschaften (nicht alle) raten zu Personalverknappung
- Medizinethik wird marginalisiert oder funktionalisiert (Marketing)

Wann beginnt der Qualitätsdiskurs in Medizin und Gesundheitswesen?

- Er beginnt mit der Übernahme der Bestimmungsmacht über die Medizin durch Management und Politik. Der Eindruck entsteht, als habe es innerhalb der Medizin nie ein Bemühen um beste Versorgung gegeben.
- Politik und betriebswirtschaftliches Management „machen jetzt Medizin“, betonen zugleich die Unabhängigkeit der Ärzte und deren Verantwortung für „Wirtschaftlichkeit und Qualität“.
- Politisch gewollt werden die Krankenhäuser einem marktwirtschaftlichen Wettbewerb ausgesetzt, der gleichwohl ohne Preismechanismus auskommen muss und stattdessen mit Hilfe von Qualitäts-Daten gesteuert werden soll.

„Qualitätsmedizin“ versus „Gute Medizin“

- Der Qualitätsdiskurs verläuft in enger Verbindung mit dem Aufstieg der Gesundheitsökonomie (als Steuerungswissenschaft), dem Wettbewerbsprinzip und der Einführung von Budgetierung und Fallpauschalen.
- Das neue „Marketing“ erfindet die „Qualitätsmedizin“.
- In der Geschichte der Medizin hat der Qualitätsbegriff kaum eine Bedeutung. Wohl aber geht es kontinuierlich um die Verbesserung der medizinischen Versorgung. Statt „Qualität“ spricht man von „guter Medizin“ und vom „guten Arzt“/der „guten Ärztin“.

Brauchen wir das Zentrale-Qualitäts-Komitee?

- „Planwirtschaftliche“ Regulierungen steuern Allokationen und legen zunehmend „Qualitätsstandards“ fest.
- „Neoliberalismus“ und „Sowjetisierung“ bilden ein neuartiges Amalgam.
- Planziele müssen erreicht werden, koste es was es wolle.
- Die Qualitätssicherung wird zum Instrument der “Marktbereinigung” zum Nachteil der kleinen Spitäler.

Warnung vor Gefahren

- „Die ökonomischen Modelle haben-überspitzt gesagt- einen totalitären Charakter. Es sind Versorgungsmodelle, welche die Abläufe vorschreiben, die Tarife festlegen, und auf Überwachung setzen.“ (J.Bircher 2019)
- „Das gegenwärtige System einer sogenannten ‚gemanagten‘ Gesundheitsfürsorge beraubt nicht nur Ärzte ihrer eigentlichen Aufgabe, sondern-und das ist noch viel schlimmer- die Patienten ihrer Persönlichkeit.“ (B.Lown 1996)

Belohnung bei „Qualität“? Abschläge bei Mängeln?

- Präzise Qualitätsdaten strategisch entscheidend für „Regulierung des Gesundheitsmarktes“
- Entscheiden über Wohl und Wehe des Spitals
- Transparenz hinsichtlich Gefahren, Fehlern und Mängeln wird geschäftsschädigend!
- Wenn Transparenz wirtschaftlich bestraft wird, sind keine ehrlichen „Qualitätsdaten“ zu erwarten

Teil 4: Was tun?

- Am Anfang sollte das Ziel stehen!
- Das Ziel heißt „Gesundheit“ !
- Ein klarer Begriff von „Gesundheit“ ist notwendig.
- J.Bircher: Gesundheit als biologisch gegebenes und lebensgeschichtlich erworbenes Potenzial!
- Ein Potenzial ist nicht wie ein Objekt (Zustand) herzustellen, sondern zu fördern und zu entwickeln.
- Medizin und Pflege: während das biologische Potenzial naturwissenschaftlich-technisch behandelt wird, verlangt das persönlich erworbene (zu erwerbende) Potenzial die gesamte Bandbreite existenzieller zwischenmenschlicher Beziehung.

Was tun? Patient im Mittelpunkt?

- Wenn die Sorge um den **Patienten im Zentrum** ärztlicher und pflegerischer Arbeit stehen soll,
- dann muss für das Management die **Mitarbeiterschaft im Mittelpunkt** stehen.
- Ohne gutes und motiviertes Personal keine gute Medizin und Pflege.
- Ohne gute Medizin und Pflege keine Qualität.
- Echte Qualität braucht ein Management mit einem Gespür für die Seele in Medizin und Pflege.
- **Unternehmenskultur** entscheidet- nicht Daten, auch wenn Daten wichtig sind!

Unternehmenskultur

- Die Stimme und die Stimmung der Mitarbeiterschaft wahrnehmen
- Dialogverhältnisse
- Angst abbauen (Angst- ein großer Feind der ‚Qualität‘)
- Machtmissbrauch von Vorgesetzten verhindern
- Demütigungen vermeiden
- Kritiker schützen (statt verfolgen und beseitigen)
- Die Unternehmensleitbilder wirklich ernst nehmen
- Ethik-Strukturen und Ethik-Management

Grundlagen guter Medizin explizit sichern!

- Vertrauen des Patienten gewinnen!
- Anamnesen mit Sensibilität, Aufmerksamkeit, Exploration von Hintergründen (statt Abhaken vorgefertigter Kategorien)
- Zeit für sorgfältige körperliche Untersuchung
- Gesprächsverbindung mit Patienten herstellen und pflegen
- Sprachliche Kompetenz der Ärzte und Pflegenden sicherstellen
- Junge Ärzte einarbeiten, anleiten, coachen, weiterbilden
- Visiten sicherstellen und kompetent durchführen
- Indikationsstellungen und Entscheidungen kollegial , kooperativ und kritisch gestalten

Qualitative Methoden- Feldforschung- Ethikprojekt

- Oberstes Ziel: Gute Medizin und Pflege- die Ressourcen vom QM und QS auf die direkte Förderung vor Ort konzentrieren, Ärzte und Pflegende in Bemühen um gute Versorgung direkt unterstützen.
- Zuhören, schauen, beobachten, sprechen!
- Unsinnige Datenproduktion einstellen.
- Ethik zur Basis nehmen- nicht Gewinn!
- Qualitative Forschung, „Mixed Methods“.
- Skepsis gegenüber Präzisionsanspruch.

Beethoven-Jahr 2020

- Wir lieben die Musik Beethovens. Sie enthalte alle Dimensionen des Menschlichen. Dass auch Technik eine ‚Seele‘ haben muss ist für ihn selbstverständlich- und wir feiern den Komponisten dafür.
- In der Medizin, der Pflege, im Spital geht es nicht minder um das Allermenschlichste, unser Leben!
- Wenn das so ist, so muss die Seele der Heilkunde die Quelle guter Medizin und Pflege sein.
- Das wäre die Grundlage aller echter Qualität, die sich apriori als Qualität einem Aufgehen in Skalen und Messwerten widersetzt.