

Der Patient und die Qualität der ärztlichen Leistung

Der moderne Mensch will mitreden – auch bei ärztlichen Entscheidungen. Das hat Auswirkungen auf den Arzt, auf die ärztliche Leistung und auf die Gesellschaft. Patientenbefragungen («Surveys») sind daher als Qualitätsmessinstrument sinnvoll – gerade in unserer Zeit und in der Grundversorgung, wo das «patient empowerment» zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Patientenbefragungen haben methodische Stärken und Schwächen in ihrer Anwendung zur systematischen Qualitätsentwicklung in der ambulanten Praxis. Die Qualität des angewendeten Messinstrumentes ist entscheidend, es muss sorgfältig entwickelt und angewendet werden. Diese Übersicht soll eine Diskussion über das weitere Vorgehen in Bezug auf Patientenbefragungen in Gang zu setzen.

Beat Künzi

1. Ausgangslage

Es konnte nachgewiesen werden, dass Patienten, die ihre Entscheide zusammen mit dem Leistungserbringer fällen, zufriedener sind, sich besser an vereinbarte Empfehlungen halten und bessere Behandlungsergebnisse zeigen als Kontrollpatienten, die «traditionell» betreut werden [1]. Gesellschaftliche Umorientierungen wie «Empowerment» und «Nachhaltigkeit als sinnvolle Nutzung der Ressourcen» unterstützen diese Beobachtungen.

Im Gesundheitswesen der Schweiz, in welchem die medizinische Versorgung auch im internationalen Vergleich unbestritten sehr gut ist, fallen rasch zunehmende Ausgaben und Intransparenz auf. Das nährt Zweifel, ob die Eigenkontrolle des medizinischen Systems noch funktioniert. Viele Untersuchungen zeigen auch grosse Variationen bei hausärztlichen Leistungen, die sich nicht mit Unterschieden bei den Patienten begründen lassen.

Die Qualitäts-Diskussion dreht sich nicht mehr nur um Kosten und Nutzen oder Über-, Unter- oder Fehlversorgung («misuse»), sondern zunehmend auch um Intransparenz, Fehler und um die Abgeltungsform.

Noch glauben viel Hausärzte, dass sich die medizinische Qualität dem Zugriff des Zählens und Messens entzieht [2]. Vielen ist aber klar, dass die Qualität ärztlicher Leistung, ein komplexes, vielschichtig aufgebautes Phänomen, wenigstens in Teilaspekten einer klaren Kontrolle unterzogen werden kann [3]. Ohne Qualitätsmessung wird den Ärzten niemand glauben, dass sie die Patientenbedürfnisse im Interesse der Patienten wahrnehmen und schützen. Das wird sich auf anstehende Restrukturierungen auswirken [4].

Qualitätsdefinition

Eine der umfassendsten Qualitätsdefinitionen stammt von Ware und stützt sich auf 8 Dimensionen: Strukturqualität, Erreichbarkeit, Verfügbarkeit, interpersonelles Verhalten, technische Qualität, Kontinuität, Effizienz/Resultate und Kosten [5]. Die Prioritäten werden allerdings je nach Betroffenheit und Wertesystem des Beurteilers unterschiedlich gesetzt. Qualität ist somit eine variable Eigenschaft, definiert durch die unmittelbar Betroffenen.

Äusserer Rahmen

Das KVG fordert von den Leistungserbringern Rechenschaft und Transparenz über wissenschaftliche Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen (Art. 32 KVG) und verordnet dazu periodische Überprüfungen sowie eine obligatorische Qualitätssicherung (Art. 58 KVG). Die Administration fordert Programme zur Prävention ärztlicher Fehler [6] und die Politiker ebnen den Weg zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges. Für diese politisch begründeten Kostensteuerungsmassnahmen fehlen konsensstaugliche Qualitätskriterien. Hier liegt der Grund, dass sich viele Leistungserbringer dagegen sträuben, medizinische Leistungen transparent zu machen [7].

Welche Methode zur Erhöhung der Transparenz am geeignetsten ist, darüber streiten sich die Experten. Das TQM (Total Quality Management), wie es in der Industrie verwendet wird, kann sicher nicht eins zu eins auf die Medizin übertragen werden. Der Einbezug von Patienten zur kontinuierlichen Qualitätsentwicklung wird als wirksam postuliert [1], muss aber auch wissenschaftlich belegt werden.

HMOs, Patientenorganisationen und Kassen wollen mit einem unabhängigen «Guide

Dr. med. Beat Künzi
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Gemeinschaftspraxis Brunnmatt
CH-3007 Bern

SwissPEP
Programme zur Evaluation
ärztlicher Praxis
CH-3073 Gümligen
Internet: <http://www.swisspep.ch>

Santé» [8] die Qualitäten der Versicherungen und Leistungserbringer transparent machen. Dieser Guide würde zu einem grossen Teil auf Versichertenbefragungen beruhen. Die «Allianz Guide Santé» verspricht sich damit Qualitätsverbesserungen im Gesundheitsmarkt und sieht bessere Marktchancen für Ärzte und Versicherungen – dank einer guten Benotung [9].

2. Die veränderte Rolle des Patienten

Der Patient als kompetenter Experte seines Krankseins. Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts waren Patientenwahrnehmungen bloss relevant im Rahmen ärztlicher Anamnese und Untersuchung [10]. Für die Diagnose waren jedoch allein die Untersuchungsbefunde entscheidend, da sich pathologische Läsionen im Körper nicht «in Worten ausdrücken» könnten. Balint wies darauf hin, dass die traditionelle Suche nach pathologischen Veränderungen nur einen (kleinen) Teil der klinischen Medizin darstellt [11]. Der «Zentrierung auf die Krankheit» stellte er die «Zentrierung auf den Patienten» gegenüber. Erst allmählich wurde erkannt, dass die Patienten mit ihrem persönlichen und kulturellen Hintergrund und mit ihrer Krankheitserfahrung kompetente Experten waren. Mit dem Paradigmenwechsel zum bio-psycho-sozialen Ansatz wurde es zu einer der grundlegenden Aufgaben des Arztes, die Sichtweise des Patienten und die subjektive Bedeutung von Gesundheitsstörungen zu verstehen [12].

Patientenzentriertes Vorgehen bedeutet Klärung:

- der Vorstellung des Patienten, was bei ihm/ihr nicht gut geht (entsprechend dem sog. «Health Belief Model»);
- der mit der Gesundheitsstörung oder Krankheit zusammenhängenden Gefühle;
- der Auswirkungen auf alltägliches Funktionieren;
- der Erwartungen, was nun getan werden sollte.

Zum patientenzentrierten Vorgehen gehört es auch, Entscheide gemeinsam zu fällen und die Meinung des Patienten als Ausdruck des autonomen Individuums zu respektieren [13].

Patientenzentrierung zeigt Wirkung. Eine Meta-Analyse von 36 kontrollierten Studien zeigt auf, dass verhaltenstherapeutische, an den in-

dividuellen Lebensumständen der Patienten orientierte Interventionen deutlich wirksamer sind als didaktische Instruktionen [14].

Die Konzepte des «sozialen Lernens» oder der «kognitiven Verhaltenstheorie» sind dem patientenzentrierten Konzept verwandt. Es geht dabei um Zielsetzung, Selbstbeobachtung, Selbstentwicklung der eigenen Effizienz und um das Erlernen erwünschter Verhaltensweisen [15]. Die Behandlung findet dabei immer mehr zwischen als in den Konsultationen selbst statt.

In einem Betreuungsmodell für chronische Krankheiten – Break Through Series Programm (BTS) [16] sieht das folgendermassen aus:

- *Gemeinsame Problemdefinition:* Patient und Arzt definieren die diagnostizierten Probleme gemeinsam.
- *Zielsetzung und Planung:* Patient und Leistungserbringer einigen sich auf ein realisierbares Ziel, entwickeln einen Plan zur Zielerreichung und orientieren sich dabei an den Stärken und an der Bereitschaft des Patienten.
- *Selbstmanagement, Schulung und Unterstützung des Patienten:* die Patienten sollen diejenigen Fertigkeiten erlernen können, die sie für ihr medizinisches Management und für ihre Verhaltensänderungen brauchen und die dazu notwendige emotionale Unterstützung erhalten.
- *Aktive, langfristige angelegte Nachkontrollen:* Patienten werden in regelmässigen Abständen kontaktiert, der Gesundheitszustand aufgenommen, potentielle Komplikationen erfasst, der Behandlungsplan überprüft und Fortschritte unterstützt.

The «informed choice» – über das Patientenempowerment zum Qualitätsexperten. In einem zunehmend komplexen Gesundheitssystem soll der Patient die klinischen Empfehlungen also nicht mehr nur verstehen («informed consent»), sondern eine adäquate Wahl zu einer angemessenen Lösung erhalten («informed choice»). Zu richtigen Wahl braucht er Unterstützung [17]. Der Arzt muss neue Fähigkeiten entwickeln, mit Ziel- und Interessenskonflikten umzugehen und auch die Kosten in die Überlegungen einzubeziehen. Der Patient behält die Wahl, er entscheidet. Der Arzt fördert die Selbsthilfe und zeigt Möglichkeiten auf. Arzt und Patient orientieren sich an Betreuungsqualität, Rechenschaft und an «Guidelines».

Der Einbezug der Patienten in die Entscheidungsfindung erhöht die Legitimität, Akzeptanz und die soziale Verträglichkeit medizinischer Massnahmen.

Durch dieses «Patientenempowerment» werden Patienten nicht nur zu Ko-Produzenten ihrer Gesundheit, sondern zu erfahrenen Experten – auch in Qualitätsfragen. Entsprechende Instrumente zur systematischen Messung und Förderung patientenorientierter Qualität, Funktionalität und Lebensqualität, sowie der Erfüllung von Grundbedürfnissen gewinnen daher zunehmend an Bedeutung [18, 19].

3. Die Befragung von Patienten

Was bringt die Patientenbefragung?

Zur Evaluation von medizinischer Versorgung bringt die Messung spezifischer Patientenerfahrungen eine ganze Reihe von Vorteilen:

- Patienten sind eine einzigartige Informationsquelle über den Zugang zu medizinischer Versorgung und deren Effizienz [20], sowie über die Qualität der Kooperation unter den einzelnen Leistungserbringern.
- Die Erfahrungen der Patienten wirken sich direkt auf deren Compliance mit der Behandlung und auf die Kontinuität der Arzt-Patienten-Beziehung und damit auf die Resultate der Betreuung aus [1].
- Die Einschätzung der Patienten erweist sich als konstruktiver Ansatz zur Evaluation von medizinischer Qualität, im Gegensatz zu Methoden, die primär nur negative Resultate wie Komplikationen, Fehler oder Mortalität als Anreize zu Verbesserungen nutzen [21].
- Eine Messung ist unmittelbar nach der Behandlung möglich; sie ist kostengünstig, sowie unabhängig von der Qualität anderer Dokumentationen (z.B. KG).
- Der Leistungserbringer lernt durch den systematischen Einbezug der Patientenerfahrungen vermehrt auf die Prioritäten und Bedürfnisse seiner Patienten Rücksicht zu nehmen. Daraus resultiert eine höhere Patientenzufriedenheit und weniger Beschwerden oder juristische Verfahren. Durch systematische Rückmeldung der validierten Patientenevaluation können zudem organisatorische, kommunikative und andere Schwachstellen entdeckt und konkret verbessert werden [18].

- Partnerschaftlich einbezogene Patienten erhalten ein höheres Selbstwertgefühl, nutzen das Versorgungsangebot sinnvoller, erzielen bessere biomedizinische Resultate zu günstigeren Kosten [1, 22]. Die Rolle und Einbindung der Patienten wird dadurch nicht nur stärker sondern auf verschiedenen Ebenen auch verbindlicher und effizienter.
- Aber das Feedback von Patientenevaluationen allein genügt jedoch nach einer ersten randomisierten und kontrollierten Studie nicht zur Realisierung von Verbesserungen bei Allgemeinpraktikern [23]. Auch eine Kommunikationsschulung allein als einzige Massnahme zeigt bei bereits gut kommunizierenden Ärzten keinen nachweisbaren Effekt [24]. Nur mit einer Kombinationen von mehreren Interventionsmethoden (z. B. Feedback kombiniert mit Arbeit in Kleingruppen) lassen sich Verbesserungen ärztlicher Performance nachweisen [25].

Wodurch werden Patientenbefragungen zu tauglichen Instrumenten der Qualitätsbeurteilung?

Tausende von Patientenzufriedenheitsstudien haben bisher kaum Verbesserungen der Versorgung nachweisen können. In der Schweiz [26] wie in den meisten westlichen Ländern beurteilen um die 80% der befragten Patienten ihre gesundheitliche Versorgung generell als «ausgezeichnet» oder «sehr gut», dies z.T. trotz völlig unterschiedlich funktionierender Gesundheitssysteme. Die Zufriedenheit des Patienten deckt sich aber nicht (notwendigerweise) mit dessen Einschätzung der Qualität. Somit sind einfache Patientenzufriedenheitsmessungen kaum zur Verbesserungen der Versorgungsqualität brauchbar [27].

Um Patientenumfragen zur patientenrelevanten Qualitätsbeurteilung nutzen zu können (und damit auch zu Verbesserungen), müssen besondere Anforderungen an die Validität, Reliabilität, Objektivität und Machbarkeit erfüllt werden.

Validität (Gültigkeit)

Eine hohe Validität bedeutet, dass alle für Patienten relevanten Aspekte erfasst werden. Im Zentrum stehen Fragen zur Erreichbarkeit, der Kontinuität und der Qualität der Versorgung, sowie zu den Erfahrungen akut

und chronisch Erkrankter im persönlichen Kontakt mit den Leistungserbringern. Wichtig sind ferner Bewertungen des Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der finanziellen Aspekte. Auch gesundheitsrelevantes Verhalten kann erfragt werden. Aus der Sicht der Patientenorganisationen in der Schweiz verdient das Preis-Leistungs-Verhältnis spezielle Beachtung [28].

Valide Fragen müssen in einfacher Sprache mit sorgfältig ausgewählten Begriffen abgefasst sein, damit sie eine möglichst neutrale Beurteilung zulassen.

Nur durch einen sorgfältigen und aufwendigen Entwicklungs- und Validierungsprozess entsteht ein valides Instrument zur Messung von patientendefinierter Qualität.

Reliabilität

Die Zuverlässigkeit der Methode, die Wahrscheinlichkeit, dass eine zweite Messung die gleiche Beurteilung ergibt, macht die Resultate möglichst repräsentativ. Voraussetzung dazu sind hohe Rücklaufzeiten. Diese resultieren aus zumutbaren Fragebogen mit klar verständlichen Fragen, die möglichst von allen Patienten ohne grossen zeitlichen und intellektuellen Aufwand beantwortet werden können. Mit einer Mindestzahl von 50–60 Patienten (bei 5 Fragen pro Dimension) kann eine Qualitätsdimension zuverlässig erfasst werden.

Objektivität

Eine Leistungsbeurteilung ist dann objektiv, wenn der Einfluss der subjektiven Eigenschaften der Beurteilenden auf ein Minimum reduziert werden kann. Dies gelingt angesichts der allgemeinen Tendenz der Patienten (speziell der chronisch Kranken [29]) zu positiven Urteilen [30] nur durch eine sorgfältige Auswahl und Formulierung der Fragen.

Machbarkeit

Anwendbarkeit im Sinne der Akzeptanz, Zumutbarkeit und Verständlichkeit sowie die Brauchbarkeit, d.h. Sensitivität und Nutzen bzw. Kosten-Nutzen-Verhältnis [31] für alle Beteiligten sind zentrale Anforderungen an die Machbarkeit einer Evaluation. Fragebogen sollen mit wenig Aufwand und Erklärungen einsetzbar sein (Direktabgabe, Postversand, Telefonbefragung usw.). Die

Resultate der Befragung sollen einem möglichst breiten Publikum (Individuen, Leistungserbringer- und Patientengruppen, Versicherern usw.) einen nachgewiesenen oder zumindest offensichtlichen Nutzen bringen: z.B. mehr Transparenz und Anregungen bezüglich patientenrelevanter Qualität im Quer- und Längsvergleich. Damit können Versicherte und Patienten Qualität direkt und positiv mitsteuern. Vergleiche der eigenen Resultate mit den Besten (i.S.d. sog. «Benchmarking») können dabei Verbesserungspotential aufzeigen und Lernprozesse weiter unterstützen.

Letztlich misst sich die Nützlichkeit einer Methode nur an den damit induzierten Verbesserungen und an der Sensitivität des Instrumentes, diese Veränderungen auch nachweisen zu können. Das Schwergewicht liegt damit nicht in der perfekten und einmaligen Messung von Qualität, sondern in der kontinuierlichen Umsetzung patientenrelevanter Verbesserungen.

Aus Sicht der Schweizerischen Patientenorganisationen (SPO) sind denn auch «qualitativ gute Patientenbefragungen in der Lage, wertvolle Impulse bezüglich Behandlungsqualität im allgemeinen und Prozessqualität im speziellen zu liefern» [28].

Grenzen und Spannungsfelder von Patientenevaluationen ...

... *im Rahmen der individuellen Patientenbedürfnisse.* Es gibt kein fehlerfreies Instrument zur Messung der Qualität medizinischer Versorgung. Die Bedürfnisse der Patienten variieren beträchtlich und werden sich immer einer einheitlichen Definition entziehen. Individuelle Bedürfnisse werden in unserem liberalen Staat soweit als möglich geschützt und gefördert. Mit anderen Worten, diese grosse Variationsbreite genießt gleichsam staatliche Protektion [32]. Deshalb sollen nur sorgfältig entwickelte «State-of-the-art»-Instrumente angewendet werden, auch wenn dies mit Mehraufwand verbunden ist. Unvorsichtige Messungen und Methoden bergen die Gefahr, den Institutionen und Leistungserbringern zu schaden.

... *betreffend Akzeptanz durch die Leistungserbringer.* Nicht jede Messung der Patientenzufriedenheit eignet sich zur Systemverbesserung. Heute stehen einige sorgfältig ent-

wickelte und validierte Instrumente zur standardisierten Messung patientendefinierter Qualität ambulanter Betreuung zur Verfügung [18, 19]. Einige Instrumente erlauben den Patienten auch die medizinisch-technische Qualität ihres Arztes zu beurteilen. Viele Ärzte trauen ihren Patienten diesbezüglich kein kompetentes Urteil zu. Trotzdem beeinflusst die Patientenmeinung sowohl das Therapieverhalten wie auch die Compliance stark. Sich konsequent in die Sicht des Patienten hinein zu versetzen ist für Fachexperten oft ungewohnt und führt nicht selten zu heftigen Diskussionen. Die Auseinandersetzung damit ist anspruchsvoll, vermittelt jedoch einen wertvollen Anstoss zu einer neuen Qualitätskultur.

... betreffend die unterschiedlichen Ansprüche und Erwartungen der Leistungserbringer und -finanzierer. Ein weiteres Spannungsfeld der Evaluation der ärztlichen Leistung besteht zwischen den Leistungserbringern und den Leistungsfinanzierern.

Die Leistungserbringer wollen eine möglichst differenzierte (und damit teurere) «Outcome-Messung», damit ihre Qualität fair und repräsentativ dargestellt werden kann.

Die Leistungsfinanzierer wollen eine einfache, «griffige» Qualitäts-Messung, welche rasche Entscheidungsgrundlagen liefert und wenig kostet (v.a. wenn sie die Messung als Teil der Leistungsfinanzierung bezahlen müssen). Sie erheben einen Anspruch nach externer Kontrolle.

Die Leistungserbringer stehen der Transparenz und externen Kontrolle eher zwispältig gegenüber. Sie bevorzugen einen geschützten Rahmen, damit «Fehlurteile» verhindert werden (z.B. betreffend eine weitere Kontrahierung!) und damit der Verbesserungsprozess aus intrinsischer Motivation heraus geschehen kann. Sie möchten ein betriebsinternes Klima aufbauen, welches Lernprozesse zwangfrei und ohne demotivierenden Sanktionsdruck zulässt (interne Kontrolle).

... betreffend die Publikation der Resultate. Die Leistungserbringer möchten ihre guten Resultate andererseits gerne veröffentlichen. Die Veröffentlichung von Qualitätsdaten, wie diese nun auch in der Schweiz heute etwa mit dem «Guide Santé» gefordert wird, muss allerdings Teil einer wohlüberlegten und um-

fassenden Strategie zur Qualitätsentwicklung bleiben, wenn sie mehr Nutzen als Schaden bringen soll [33]. Denn die Qualität medizinischer Versorgung kann auf verschiedenen Ebenen gemessen werden, auf der Ebene eines Individuums (z.B. eines Arztes), einer Versorgungseinheit oder eines ganzen Netzes. Die Publikation dieser Qualitätsdaten bleibt dementsprechend sehr problematisch und erscheint aus heutiger Sicht am ehesten noch für Vergleiche von Versorgungsnetzen als sinnvoll.

Die Forderung nach Transparenz bleibt ein nicht aufzuhaltender Trend. Die Ärzteschaft muss dazu beitragen, dass die Schaffung von Transparenz ein kontrollierter Prozess mit dazu geeigneten Instrumenten bleibt, mit dem Ziel der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung und nicht der (heute angestrebten) Identifizierung von schwarzen Schafen [21].

4. Ausblick

Die Qualität medizinischer Versorgung kann sich nicht mehr nur an den Erfolgen der Spitzenmedizin und damit am Einsatz für Minderheiten orientieren. Alle Patienten erwarten aus ihrer medizinischen Behandlung einen direkt greifbaren Nutzen, den sie an der Erfüllung von Grundbedürfnissen oder am Zugewinn von Funktionalität und Lebensqualität erkennen.

Eine vermehrte Patientenorientierung ist daher nicht nur als Ergänzung zur traditionellen Perspektive der Professionellen zu sehen, sondern im Sinne einer strategischen Ausrichtung. Welches sind heute und in Zukunft die fundamentalen Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien? Die Orientierung an den Patienten bedeutet nicht, dass die Fachperspektive an Bedeutung verliert. Notwendig ist jedoch Transparenz bezüglich der Abdeckung fundamentaler Bedürfnisse der Mehrheit der Patienten.

Das ideale Qualitäts-Messinstrument dazu wird es allerdings nie geben und die bisherigen Steuerungsinstrumente reichen nicht aus. Nicht nur in der Schweiz stehen sowohl die Gesellschaft als auch die Profession der ganzen Entwicklung heute noch recht hilflos gegenüber [34].

5. Visionen über eine effiziente medizinische Versorgung

Diese basieren auf Patientenorientierung und -bedürfnissen [35]: Als Basis zukünftiger Betreuung werden kontinuierliche «heilende» Beziehungen wichtiger als episodische Konsultationen; Behandlungsunterschiede ergeben sich dabei aus patienten-orientierten Vorgehen und nicht mehr aus der ärztlichen Behandlungsfreiheit. Die Kontrolle der Betreuung liegt beim Patienten und wird nicht mehr an den Fachmann delegiert. Die dazu notwendige Information muss den Patienten frei zugänglich sein und darf nicht mehr in der Krankengeschichte eingeschlossen bleiben; dabei ist dem Patienten Transparenz ebenso wichtig wie Diskretion. Entscheide basieren zunehmend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und weniger auf der individuellen Ausbildung und Erfahrung des zugezogenen Helfers. Sicherheit und «primum nihil nocere» werden so zu einer Systemeigenschaft und bleiben nicht länger individueller Verantwortung überlassen. Bedürfnisse werden langfristig antizipiert und ersetzen notfallmässiges Reagieren. Die systematische Elimination nicht zwingend notwendiger Aufwendungen bringt mehr als Kostenreduktionsdenken; bisher externe Spezialisten finden neue Kooperationsformen innerhalb zukünftiger Betreuungsmodelle.

Und zum Schluss

Patienten und Bürger sind heute keine Gesundheits-Analphabeten mehr. Mit geeigneten Patientenbefragungen werden sie zu vollwertigen Partnern: Indem sie kreativ zur weiteren Entwicklung dieser Vision beitragen und ihre Betreuung dementsprechend verantwortungsbewusst beurteilen und steuern – damit unser komplexes System möglichst vielen Gesundheit und Zufriedenheit bringt [35].

Literatur

- 1 Rao JK, Weinberger M, Kroenke K. Visit-specific expectations and patient-centered outcomes: a literature review. *Arch Fam Med* 2000;9:1148–55.
- 2 Schweizer T. Medizinische Qualität. *Berner Hausärzte* 1/97.
- 3 Streit R. Was wollt Ihr eigentlich kontrollieren, was wollt Ihr sichern? Gedanken zur Qualitätskontrolle. *Schweiz Ärztezeitung* 1993;74:1525–6.
- 4 Blumenthal D. Quality of care – what is it? *N Engl J Med* 1996;335:891–4.
- 5 Ware JE, Snyder MR, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with care. *Evaluation and Program Planning*. 1983;6:247–63
- 6 Elsener R, Krähenbühl E. Gesundheitswesen: Ärztefehlern den Kampf angesagt. *Neue Luzerner Zeitung*, a10. April 2001.
- 7 Blumenthal D. The origins of the quality-of-care debate. *N Engl J Med* 1996;335:1146–9.
- 8 Mehr Wettbewerb durch Transparenz – «Guide Santé» zur Beurteilung von Leistungserbringern. *Andreas Weber und Felix Huber. Neue Zürcher Zeitung*, 26.09.2001.
- 9 Guide Santé für Patienten und Konsumenten. Transparenz und Mitbestimmung im Gesundheitsmarkt. SDA, 21.11.2001.
- 10 Meland Eivind. Patient centered method and self directed behaviour change. <http://www.uib.no/isf/people/patient.htm>
- 11 Balint M. *The doctor, his patient and the illness*. London: Pitman Medical, 1956.
- 12 McWhinney IR. Doctor-patient communication. In: McWhinney IR, ed. *A textbook of family medicine*. New York, Oxford: Oxford University Press; 1989: 87–110.
- 13 Brown JB, Weston WW, Stewart MA. Patient-centred interviewing. Part II: finding common ground. *Can Fam Physician* 1989;35:153–7.
- 14 Mazza SA. Does patient education in chronic disease have therapeutic value? *J Chron Dis* 1982;35: 521–9.
- 15 Interventions to improve adherence to medical regimens in the elderly. Center for the Advancement of Health. Washington, DC: 1999. (http://www.cfah.org/pdfs/research_interventions.pdf)
- 16 Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med* 1997;127:1097–102.
- 17 Ethics Manual. Fourth Edition. American College of Physicians, 1997. www.acp-asim.org/ethics/ethicman.htm
- 18 Cleary PD. The increasing importance of patient surveys. *BMJ* 1999;319:720–1.
- 19 Wensing M, Mainz J, Grol R, et al. A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe. *Eur J Gen Pract* 2000;6:82–7.
- 20 Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Qual Rev Bull* 1992;18:356–60.
- 21 Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Measuring quality of care. *N Engl J Med* 1996;335:966–70.
- 22 Iezzoni L. *Risk Adjustment for Measuring Health Care Outcomes*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press;1994.
- 23 Vingerhoets E, Wensing M, Grol R. Feedback of patients' evaluations of general practice care: a randomised trial. *Quality in Health Care* 2001;10:224–8.
- 24 Brown JB, Boles M, Moolooly JP, Levinson W. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 1999;131:822–9.
- 25 Wensing M, Van der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovations in primary care: which interventions are effective? *Br J Gen Pract* 1998;48: 991–7.
- 26 Wick A, Künzi B: Gibt es den typischen Allgemeinpraktiker? *Schweiz Rundsch Med Prax* 1993;82:10–5.
- 27 Cleary P. Satisfaction may not suffice! *Int J Technol Assess Health Care* 1998;14:35–7
- 28 Bossart M. Qualitätssicherung aus Patientensicht. *NAQ-News. Schweizerische Ärztezeitung* 1997;78: 749–50.
- 29 Wasserman J, Boyce-Smith G, Hopkins DS, Schabert V, Davidson MB, Ozminkowski RJ, Albright A, Kennedy S.

- A comparison of diabetes patient's self-reported health status with hemoglobin A_{1c} test results in 11 California health plans. *Manag Care* 2001;10:58–62, 65–8, 70.
- 30 Langewitz W, Wössmer Buntschu B, Kiss A, Lang Th. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient – Standortbestimmung ihrer Qualität und Verbesserungsmöglichkeiten. *Schweiz Med Wochenschr* 1992;122:475–80.
- 31 Plsek PE, Wilson T. Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *BMJ* 2001;323:746–9.
- 32 Brunner HH. Formen der Rationierung medizinischer Leistungen. Unter besonderer Berücksichtigung der gegenwärtigen Situation in der Schweiz. *Schweiz Ärztezeitung* 1997;78:292–9.
- 33 Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. Public disclosure of performance data: learning from the US experience. *Quality in Health Care* 2000;9:53–7.
- 34 Grol R. Improving the Quality of Medical Care: Building Bridges Among Professional Pride, Payer Profit, and Patient Satisfaction. *JAMA* 2001;286:2578–85.
- 35 Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press;2001.

Apropos

Meine Motivation, hier mitzuwirken ist, dazu zu schauen, dass nicht alles immer komplizierter wird und dass man die Freude an unserem Beruf nicht verliert.

Ein Teilnehmer an der Kadertagung auf dem Bürgerstock 2001/BK

«Einer der wichtigsten Indikatoren für die Qualität ist die Zufriedenheit der Patienten. Im letzten Quartal des vergangenen Jahres erhielt im Spitalzentrum Biel jeder stationäre Patient einen detaillierten Fragebogen, dieses Jahr soll die Erhebung eventuell auf den ambulanten Bereich ausgeweitet werden. «Diese Angaben geben uns wichtige Hinweise, wo wir den Hebel ansetzen können, und sie ermöglichen Vergleiche mit andern Spitalern», erläutert Nyfeler.»

Artikel über die Arbeit von Jürg Nyfeler als Vollzeit-Qualitätsmanager im Spitalzentrum Biel. Der Bund, 1. Februar 2002/BR