

Sind standardisierte Schauspielerpatienten geeignet für Qualitätskontrollen in der Allgemeinpraxis?¹

Ein Bericht vom WONCA-Kongress 2003 in Ljubljana

Ruedi Isler, FIHAM Basel

Der Einsatz von standardisierten Schauspielerpatienten in der Ausbildung von Studenten ist weltweit längst eine Selbstverständlichkeit an vielen medizinischen Fakultäten. Für praktische Prüfungen werden Schauspielerpatienten auch routinemässig eingesetzt, seit einigen Jahren auch an der Basler Fakultät. Das Düsseldorfer Institut für Allgemeinmedizin versuchte, meines Wissens zum ersten Mal im deutschen Sprachraum, niedergelassene Allgemeinärzte mittels einer Studie mit Schauspielerpatienten zu evaluieren. Die Anordnung der Studie ist spannend, die Resultate sind sehr kontrovers.

Faire jouer le rôle de patients à des acteurs entraînés à cet effet pour la formation des étudiants est une méthode répandue dans de nombreuses universités médicales. C'est également devenu une routine pour les examens pratiques, comme c'est le cas depuis quelques années à l'université de Bâle. L'Institut de Médecine générale de Düsseldorf a tenté – pour la première fois à ma connaissance dans un pays de langue allemande – d'évaluer les médecins de premier recours au moyen d'une étude avec des patients-acteurs. La réalisation de l'étude est passionnante, les résultats fort controversés.

Schauspielerinnen für die Evaluation von Hausärzten

Die Studie wurde mit 80 Allgemeinpraktikern aus dem Raum Düsseldorf durchgeführt, die sich alle freiwillig daran beteiligten. Sie wussten, dass sie im Laufe des nächsten Jahres mit einem Schauspielerpatienten konfrontiert würden, kannten aber natürlich den Konsultationsgrund nicht.

Zum Studiendesign: Vier junge Schauspielerpatientinnen (Studentinnen verschiedener Studienrichtungen) wurden einem sorgfältig strukturierten Training unterzogen für ihre Rolle, als Patientinnen mit Kopfweh bei je 20 verschiedenen Hausärzten aufzutreten. Das Kopfweh war genau definiert, es war ein seit kurzem aufgetretener Kopfschmerz, der primär ver-

schiedene Deutungen offen liess, aber nicht zu einer Notfallhospitalisation wegen Verdacht auf akute Aneurysmablutung führen sollte. Insgesamt fanden also 80 Konsultationen bei 80 verschiedenen Hausärzten statt.

Die Patientinnen mussten in einem genau strukturierten Interview direkt nach der Konsultation über folgende Punkte berichten: das anamnestiche Vorgehen, durchgeführte klinische Untersuchungen, Laboruntersuchungen, Erklärungen der Ärzte zur Ursache des Kopfwehs, vorgeschlagene und durchgeführte Therapien, aber auch darüber, ob sie sich in der Konsultation wohl gefühlt haben und sich ernst genommen fühlten.

Sind Hausärzte auf ihrer Schiene festgefahren?

Das Resultat war aus Sicht der «Patientinnen» ernüchternd: Sie waren sehr unzufrieden mit den meisten der Hausärzte.

¹ «Presenting the same headache to 20 different General Practitioners, do standardised patients lose their confidence in Primary Care?» Eine Präsentation von M. Sielk et.al., Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich Heine Universität Düsseldorf.

Viele fühlten sich nicht ernst genommen oder fühlten sich in der Konsultation unwohl.

Sie vermissten aber vor allem einen minimal standardisierten Anamnese- und Untersuchungsgang. Oft hatten die «Patientinnen» das Gefühl, dass der Arzt seine Lösung schon parat hatte, bevor er sie wirklich befragt und untersucht hatte: Die einen bohrten sofort nach einer psychischen Ursache, andere diagnostizierten sehr rasch eine Sinusitis, oder der Schmerz wurde umgehend als von der Halswirbelsäule ausgehend identifiziert. Zweimal wurde eine Patientin sogar ohne Erklärung und Vorbereitung einer HWS-Manipulation unterzogen.

Immerhin fühlte sich jede der «Patientinnen» bei einem bis drei der Hausärzte wohl und ernstgenommen und würde diese auch vorbehaltlos weiterempfehlen.

Werden hier Hausärzte in die Pfanne gehauen?

Mein erstes Gefühl nach dem Vortrag war: So werden wir Hausärzte vorgeführt und schlecht gemacht. Eine der wichtigsten Qualitäten wird überhaupt nicht berücksichtigt: unsere Intuition. Diese entscheidet sehr oft in den ersten Augenblicken einer Konsultation über deren weiteren Verlauf und über die Richtung von Befragung und weiterer Abklärung. A propos Intuition: Erstaunlich war für mich, dass nur in zwei (von 80) Konsultationen der Arzt den Verdacht geschöpft hatte, dass es sich um eine Schauspielerpatientin handelte.

Auch stellt sich die Frage, ob junge Studentinnen als Versuchspatientinnen geeignet sind.

Sie dürften noch glauben, dass jedes gesundheitliche Problem eine klare, eindeutige und rasch erkennbare Lösung haben müsse. Natürlich hatten die Probandinnen in ihrer vielstündigen Rolleneinübung alle Details einer korrekten Anamnese und eines standardisierten Untersuchungsganges durchgespielt, hatten also eine gewisse, möglicherweise aber übersteigerte Erwartungshaltung. Auch sind Schauspielerpatienten in einer ganz anderen emotionalen Lage als echte Patienten in Not und Angst, denen schon die Tatsache, dass jemand zuhört, eine Hilfe ist. Die rationale, streng analysierende Haltung der dafür ausgebildeten Schauspieler dürfte wohl zu einer Erwartungshaltung führen, die schwer zu erfüllen ist.

Intuition versus Guidelines?

Aber auch als intuitiv arbeitender erfahrener Hausarzt konnte ich mich einigen Folgerungen nicht verschliessen: Eine Anamnese bei einer neuen Patientin sollte zumindest so offen sein, dass die häufigsten Kopfschmerzursachen in Betracht gezogen werden. Eine körperliche Untersuchung ist auf jeden Fall durchzuführen, wobei eine gewisse Standardisierung der Untersuchungsmethoden wünschbar und auch nötig ist, wenn man wesentliche Ursachen nicht verpassen will: Messen des Blutdrucks, Untersuchen der Sinusdruckpunkte, Untersuchen der zervikalen Muskulatur. Die Verwendung von geeigneten Guidelines kann dabei eine grosse Hilfe sein.

Die Tatsache, dass sowohl Anamnese- wie Untersuchungsgang von Arzt zu Arzt vollständig differierten, irritierte die Schauspielerinnen am meisten ...

... am zweitmeisten die völlig unterschiedlichen (oder schlicht fehlenden) Erklärungen zur Ursache der Kopfschmerzen und zum beabsichtigten weiteren Untersuchungsgang sowie zu den vorgesehenen Therapiemassnahmen.

Einmal mehr – Patientenzufriedenheit versus «objektive» Qualität

Die Details dieser erst kürzlich durchgeführten Untersuchung müssen noch analysiert und statistisch erfasst werden: Beispielsweise ist noch nicht ausgewertet, welche Untersuchungen wie oft durchgeführt wurden, wie lange sich die Ärzte im einzelnen Zeit gelassen haben und was im Detail zur Zufriedenheit oder Enttäuschung der Patientinnen geführt hat.

Die Hauptpunkte, die für die Zufriedenheit ins Gewicht fielen, überraschen uns nicht. Es sind die bekannten Anforderungen, die unsere Patienten zu recht an uns stellen:

- sich Zeit nehmen
- den Patienten ernst nehmen
- am Problem des Patienten interessiert sein
- Erklärungen abgeben
- freundlich sein
- alles Wichtige fragen und untersuchen
- den Eindruck von Kompetenz vermitteln

Wenn wir diese Punkte in jeder Konsultation berücksichtigen, werden die Patienten mit uns zufrieden sein, ohne Zweifel.

Für die Qualität aus unserer Sicht sind aber noch an-

dere Punkte wichtig: Wir sollen ja auch mit unseren *zeitlichen* Ressourcen haushälterisch umgehen, also innert nützlicher Frist zu einem Entscheid über das weitere Vorgehen kommen. Auch müssen wir mit den *finanziellen* Ressourcen vernünftig umgehen, also unnötige technische Untersuchungen vermeiden.

Nicht derjenige ist der beste Arzt, der einfach alles macht!

Die eigentlichen objektiven Daten dieser Studie (was haben die Hausärzte genau gefragt, untersucht und angeordnet an weiteren Untersuchungen) waren zum Zeitpunkt des Kongresses in Ljubljana noch nicht ausgewertet. Der Bericht von Sielk bezog sich lediglich auf einen Nebenarm der Studie, nämlich auf das subjektive Erleben der Schauspieler-Studientinnen in der Sprechstunde der Ärzte. Es wird interessant sein, dieses subjektive Erleben mit den endgültigen objektiven Daten zu vergleichen. Aber wir wissen es alle: Das subjektive Gefühl des Sich-Wohlfühlens eines Patienten in unserer Sprechstunde entscheidet ganz wesentlich mit über den Erfolg und weiteren Verlauf einer Arzt-Patienten-Beziehung.

Fazit

■ *Evaluation der hausärztlichen Qualität ist sehr schwierig.* Das zeigt sich immer wieder. Wir kennen zwar viele Methoden, welche Kriterien der hausärztlichen Sprechstunde messen, beispielsweise die Kon-

sultationszeit, Wartezeit, Erreichbarkeit und viele andere gut messbare Parameter. Die Resultate einer Vielzahl entsprechender Studien sind sogar international vergleichbar. Die wirkliche Qualität eines Hausarztes bleibt aber schwierig quantifizierbar, da sie sich ja aus Wissen, Können, Erfahrung, Kommunikationsfähigkeiten im Umgang mit den Patienten und vielen anderen Kriterien zusammensetzt.

■ *Evaluation ist wichtig.* Deshalb ist jeder Ansatz spannend, der nicht nur Äusserlichkeiten misst, sondern versucht, eine hausärztliche Konsultation als Ganzes zu erfassen. Das Düsseldorfer Team hat mit grossem Aufwand versucht, eine Sprechstunde als Ganzes zu evaluieren, auf die Feinauswertung bin ich gespannt.

■ *Evaluation mit Schauspielerpatienten ist interessant.* Vielleicht könnten weitere Studien mit Schauspielerpatienten durchgeführt werden, vorerst aber eher mit «einfacheren» Krankheitsbildern wie beispielsweise Muskelschmerz in der Wade, Reflux-Symptomatik, Karpaltunnelsyndrom ...

■ *Evaluation mit Schauspielerpatienten ist kostspielig.* Eines ist somit klar: Für einen routinemässigen Einsatz zur Evaluation von Hausarztpraxen dürfte diese Methode kaum in Frage kommen.

Ich gratuliere auch unseren Düsseldorfer Hausarzt-Kollegen zu ihrem Mut, sich einer solchen Evaluation zu stellen. Immerhin haben fast 80% der angefragten Kollegen mitgemacht.

Dr. med. Ruedi Isler
Gemeinschaftspraxis
CH-4418 Reigoldswil
ruedi.isler@unibas.ch