

Die Qualitätsmessung professioneller Leistungen in der Medizin ist eine Forderung, die in den letzten Jahrzehnten immer lauter hörbar wird. Es geht um eine qualitativ hochstehende, effiziente medizinische Versorgung zu akzeptablen Kosten, und um die Vermeidung von «low-value care». Dementsprechend interessiert das Qualitätsmonitoring auch Gesundheitspolitiker, Ökonomen und Ärztenetzwerkbetreiber, und hat bisher zu einer kaum überblickbaren Menge an Initiativen, Indikatoren und Zertifikaten geführt. Viel Energie wird in die Entwicklung und Validierung von zuverlässigen Indikatoren gesteckt, die nicht nur die Effizienz von Prozessen in der Patientenbetreuung messen, sondern auch relevante Outcomes abbilden sollen. Eine Quadratur des Kreises? Im englischen *National Health Service NHS* macht sich bereits eine gewisse Ermüdung der Hausärzte über exzessives Monitoring breit.

Warum also nicht einmal ein «Quick and dirty»-Ansatz, der nicht als bürokratischer Overkill wahrgenommen wird? Dr. Sibalic et al. bringen in diesem Artikel einen innovativen Vorschlag dazu. Manchmal sind simple Lösungen diejenigen, die in einer festgefahrenen Situation einen Schritt vorwärts bedeuten; mit der nötigen Vorsicht interpretiert – es ist denn auch nicht der Anspruch des Autorenteam, hier valide Indikatoren für ein Qualitätsmonitoring zu präsentieren. Wenn aber zum Beispiel ein Grossteil der Patienten eines Praxisteam (im Vergleich zum Benchmark) unzufrieden mit den Wartezeiten ist und nicht verstanden hat, was der Arzt sagte, kann eine solche «Blitzumfrage» genau die richtigen Aktionen in der Teamleitung auslösen, die es für eine Verbesserung braucht.

Stefan Neuner-Jehle, Chefredaktor *Primary and Hospital Care*

«Keep it simple and smart» – Qualität in der hausärztlichen Grundversorgung

Die «Expressbefragung»: Ein flexibles Evaluationsinstrument

Vladimir Sibalic^{a,b}, Friederike Walz^a, Martin Krüsi^a

^a Hausärzterein St. Gallen; ^b Kollegium für forschende Hausärzte



Einleitung

«Blitzumfragen» bildeten in der sozialen Meinungsforschung in den 1960er Jahren in Deutschland die Basis für die kontinuierliche Survey-Forschung. Subjektive Bewertungen ermöglichten eine konstante Sozialberichterstattung über die Lebensqualität. Solche ad hoc «Quality-of-Life»-Erhebungen waren als Ergänzung zu etablierten Daten der amtlichen Statistik willkommen. Ihre Stärke war die Evaluation von aktuellen Brennpunktthemen neben den sich wiederholenden «Standard-Fragen» [1]. Meinungsumfragen finden heutzutage auch im Abstimmungsbarometer Verwendung. Obwohl sie aus wissenschaftlicher Sicht nicht ganz «lupenrein» sind, weichen die Ergebnisse oft nur wenige Prozent von Abstimmungsergebnissen ab [2]. In der Marktforschung werden Befragungen schriftlich, persönlich oder telefonisch durchgeführt. Die Stärken der Blitzumfrage sind Schnelligkeit und Kostenersparnis. Dem gegenüber stehen die geringe Repräsentativität und das Unpersönliche. Die Nennung des Auswahlverfahrens bleibt aber ein stetes Qualitätskriterium [3]. Untersucht man nun die Meinungsforschung in der Medizin, so scheint die Zufriedenheit der Patienten sowohl in der stationären Spitalbehandlung als auch in der ambulanten Grundversorgung ein unumstritten wichtiger Qualitätsindikator zu sein. Umfangreiche Datenerhebungen sind bei «swissnoso» zur Erfassung von nosokomialen Infektionen bereits Standard [4].

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern publiziert regelmässig *Funnel Plots* (Trichtergrafiken) zur Veranschaulichung der geleisteten Qualität [5]. Seit Jahren verwenden Schweizer Unternehmen Instrumente wie beispielsweise Swisspep [6] EUROPEP [7], EQUAM [8], QBM [9], MFA [10], BGMQ [11], GMP [12], QMN [13] «quabexu» [14] und ISO 9001 zur Evaluation der Qualität in der medizinischen Versorgung. Neben den vielfältigen, wissenschaftlich etablierten Evaluationsverfahren könnten Blitzumfragen wieder für neue Impulse in der Patientenbefragung sorgen. Ein Ärztenetzwerk könnte ein Brennpunkt-Thema definieren, das in einem Zeitraum evaluiert werden soll. Eine solche Evaluation hat zwar keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie könnte prägnant, niederschwellig und trotzdem aussagekräftig sein. Deshalb sollte diese Studie als explorative Pilotstudie verstanden werden. Ob daraus ein eigenes Qualitätslabel entwickelt werden kann, kann erst beurteilt werden, wenn das ganze Potenzial dieser Art der Expressumfrage in Schweizerischen Ärztenetzwerken untersucht worden ist.

Problem

Die Betreuungszufriedenheit geniesst traditionell einen grossen Stellenwert, nicht nur aus Sicht der Patienten, sondern intrinsisch auch aus Sicht der Hausärzte. Komplexe persönliche medizinische Leistungen, die im engen Vertrauensverhältnis eines Pa-

tienten mit seinem Hausarzt erbracht werden, lassen sich aus Sicht vieler Hausärzte mit standardisierten Fragebögen mit marktwirtschaftlichem Hintergrund kaum treffsicher evaluieren. Zudem fürchten viele Grundversorger die Manipulation ihrer persönlichen Arbeitsweise durch externe Einflüsse unter dem Deckmantel der Qualität, für deren Umsetzung sie sogar selber die Kosten tragen müssten.

Ziele

- 1 Es soll ein netzwerkeigenes, in der Grundversorgung abgestütztes, langfristig tragbares, kontinuierliches Programm mit Hilfe einer «Expressumfrage» aufgebaut werden.
- 2 Die «Expressumfrage» soll bilateral die Zufriedenheit der Patienten, des Praxispersonals und der Ärzte erfassen.
- 3 Die «Expressumfrage» soll eine netzwerkeigene, relevante Brennpunkt-Fragensammlung für Qualitätsumfragen liefern, ohne Anspruch auf externe Validierung und Vollständigkeit.

Fragen

- 1 Ist eine «Expressbefragung» in der Grundversorgung praktikabel?
- 2 Eignet sich eine «Expressbefragung» zur Erfassung der bilateralen Zufriedenheit?
- 3 Kann eine «Expressumfrage» netzwerkrelevante Brennpunkt-Fragen hervorbringen und beantworten?

Methoden

Die Umfrage dauerte von August 2016 bis Juni 2017. Die Patienten wurden jeweils von Montag bis Freitag befragt. Ein Umfragegerät wurde nach einem vorbestimmten Rotationsprinzip von Arztpraxis zu Arztpraxis von Woche zu Woche weitergegeben. Alle Patienten, die einen Kontakt mit dem Arzt hatten, wurden vor Verlassen der Praxis durch die medizinische Praxisassistentin gebeten, die Fragen zu beantworten. Die Patienten haben unbeaufsichtigt, anonym und nicht codiert ihre Stellungnahme ins Abstimmungsgerät eingegeben. Diejenigen Patienten, die keinen Arztkontakt hatten, haben an der Umfrage nicht teilgenommen. Auf die routinemässige Erhebung der täglichen totalen Patientenfrequenz (Denominator) wurde verzichtet. Eine rückwirkende Zuordnung der Daten zu Patienten war nicht möglich. Die Patienten konnten bei jeder Frage aus vier möglichen Antworten (–, –, +, ++) auswählen. Die Antworten waren nicht verbalisiert,

sondern durch vier unterschiedliche Symbole (emojis) auf vier verschiedenen Tasten repräsentiert. Die Ärzte haben ihre Einschätzung nach jeder Konsultation eingetippt. Alle Patienten haben am gleichen Tag die gleiche Frage beantwortet. Es wurde nur eine Frage pro Tag an die Patienten gestellt. Erfasst wurden zu jeder Abstimmungsfrage die Anzahl teilnehmender Ärzte, die Anzahl Patienten, die Qualitätszirkel-Zugehörigkeit jedes Arztes und die Jahreszeit zum Zeitpunkt der Patientenabstimmung.

Die Bedingungen zur Datenerhebung waren soweit wie möglich standardisiert. Alle Patienten wurden nach der Sprechstunde kurz vor Verlassen der Praxis durch die MPA (medizinische Praxisassistentin) aufgefordert, bei der Umfrage teilzunehmen. Die Tagesfrage war auf ein A4-Blatt in Grossbuchstaben gut leserlich gedruckt und auf dem Gerät festgemacht. Die Patienten konnten ohne Zeitdruck und anonym ihre Stimme abgeben. Eine ausführliche Instruktion zur richtigen Bedienung des Umfragegerätes war nicht geplant und erwies sich als unnötig. Die Patientenfragen waren nicht validiert, sie ähneln aber sinngemäss Teilen des bereits bestehenden, validierten und umfangreichen «EUROPEP»-Fragebogens.

Die Fragen lauteten:

- Montag (ganzer Tag):
Patientenfrage: Wie zufrieden sind Sie mit der Wartezeit?
- Dienstag (ganzer Tag):
Arztfrage: Wie beurteilen Sie die Zumutbarkeit der Wartezeit des Patienten?
- Mittwoch (ganzer Tag):
Patientenfrage: Haben Sie verstanden, was der Arzt Ihnen erklärte?
- Donnerstag (halber Tag):
Arztfrage: Wie gut konnte ich mein Anliegen dem Patienten mitteilen?
- Freitag (ganzer Tag):
Patientenfrage: Wurden Sie vom Arzt ernst genommen?

Zur Auswertung des Abstimmungsverhaltens wurde nicht die Anzahl Klicks (n) pro Taste, sondern das Verhältnis (%) der Klicks zu den anderen Auswahlmöglichkeiten analysiert. Damit wurde eine Verzerrung der Resultate durch grosse Praxen vermieden. Weil für jede einzelne Antwortmöglichkeit (–, –, +, ++) praxisübergreifend der Mittelwert des ganzen Netzwerks berechnet wurde, konnte ein differenziertes Bild für jede Antwort (–, –, +, ++) erstellt werden.

Der Praxis-Score ist eine Verhältniszahl zwischen 0 (Minimalwert) und 100 (Maximalwert), die den Wert der verschiedenen Klicks von Doppelminus = 0 Punkte, Minus = 33/n Punkte, Plus = 66/n Punkte, Doppelplus = 100/n Punkte zusammenzählt und somit das

ordinalskalierte Abstimmungsresultat mit einer einzigen Zahl vereinfacht visualisiert. Der Score zeigt somit die erreichte Leistung der Praxis in Bezug auf die maximal mögliche Performance von 100.

Der Praxis-Score wurde gemäss nachfolgender Formel erstellt:

Resultat	Punkte	Anzahl Resultate (n)
(--)	0	(n1) × 0
(-)	33	(n2) × 33
(+)	66	(n3) × 66
(++)	100	(n4) × 100
$\text{score} = \frac{((n1) \times 0) + ((n2) \times 33) + ((n3) \times 66) + ((n4) \times 100)}{((n1) + (n2) + (n3) + (n4))}$		

Statistik

Zur statistischen Auswertung diente das SPSS-Programm. Die Normalverteilung der Variablen wurde nach Kolmogorov-Smirnow geprüft. Die statistische Analyse erfolgte mit dem T-Test.

Resultate

38 Arztpraxen haben im Zeitraum zwischen August 2016 und Juni 2017 an der Patientenumfrage teilgenommen. Nicht alle Praxen konnten alle Fragen beantworten. 2821 Patienten haben an der Umfrage teilgenommen. Die Beteiligungsrate der Patienten lag über 90%, bei der ärztlichen Frage am Dienstag lag sie bei 100%, bei der ärztlichen Frage am Donnerstag betrug sie 95%. 78% von 640 Patienten aus 34 Arztpraxen waren mit der Wartezeit sehr zufrieden. 63% der Ärzte aus 38 Arztpraxen beurteilten die Zumutbarkeit der Wartezeit ihrer 670 Patienten als sehr gut. 89% von 597 Patienten aus 37 Praxen gaben an, die Aussagen der Ärzte sehr gut verstanden zu haben. 88% der Ärzte aus 36

Arztpraxen konnten ihr Anliegen bei 344 Patienten sehr gut vermitteln. 88% von 570 Patienten aus 38 Praxen fühlten sich vom Arzt vollumfänglich ernst genommen. Vergleicht man die Zufriedenheit über die Wartezeit aus Sicht der Patienten mit derer der Ärzte, stellt man fest, dass die Patienten zufriedener waren. Auch die Frage über die Verständlichkeit der ärztlichen Informationen wurde von den Patienten besser beurteilt. Die Ärzte waren deutlich selbstkritischer (Abb. 1). Der durchschnittliche Netzwerk-Score für die Frage nach der Zufriedenheit über die Wartezeit betrug 89,5. Der Netzwerk-Score für die Frage nach der Zumutbarkeit der Wartezeit der Patienten aus Sicht der Ärzte betrug 80,9. Der Score für die Frage nach dem Verständnis der ärztlichen Erklärungen war 94,3. Der Score, mit dem die Ärzte beurteilen konnten, wie gut sie ihr Anliegen vermitteln konnten, betrug 88,5. Der Score zur Einschätzung der Patienten, in welchem Masse sie sich von den Ärzten ernst genommen fühlten, war 93,7 (Tab. 1).

Diskussion

Im Netzwerk wurde in Form einer Pilotstudie Neuland im Bereich von Patientenzufriedenheitsstudien in Form einer «Expressumfrage» betreten. Es wurde bewusst auf ausführliche und validierte Befragungsinstrumente verzichtet. Diese Art der Evaluation stiess unter den Mitgliedern des Ärztenetzwerks auf grossmehrheitliche Resonanz. Die Expressumfrage wurde bei der überwiegenden Mehrheit der Patienten mit Wohlwollen und Verständnis aufgenommen. Viele Patienten kommentierten ungefragt ihre Abstimmung, was zu interessanten Patientengesprächen führte. Jede Praxis erhielt von der Studienleitung ein Feedback über die eigene Performance und verglich sie mit dem Netzwerkresultat, das sowohl den Mittelwert als auch die Standardabweichung beinhaltet, die als Grundlage für ein relatives Benchmarking dienen könnte (Tab. 1). Die Implementierung des Benchmarking-Prozesses ist nicht abgeschlossen. Auch ein absolutes Benchmarking kommt bei künftigen Evaluationen in Frage. Dazu müssen weitere netzwerkrelevante Zufriedenheitsindikatoren geprüft und Lücken identifiziert werden. Basierend auf den ersten Vergleichsanalysen werden die Netzwerkpraxen im Qualitätszirkel um eine Selbstreflexion mit individueller Zielsetzung gebeten. Die Analyse der Qualitätszirkelarbeit ermöglicht es dem Netzwerkvorstand, neue Brennpunktindikatoren zu definieren.

Gelänge es, die Idee der «Expressbefragung» in anderen Netzwerken weiterzuentwickeln, wäre eine Re-Validierung des «EUROPEP»-Fragebogens oder anderer

Qualitätsindikator						Anzahl Ärzte	Anzahl Patienten
Patient	Zufriedenheit Wartezeit (%)	3	5	14	78	34	640
Arzt	Zumutbarkeit Wartezeit (%)	6	8	23	63	38	670
Patient	Verständlichkeit der Information (%)	2	2	7	89	37	597
Arzt	Verständlichkeit der Information (%)	3	2	21	74	36	344
Patient	Gefühl des ernst Genommen Werdens (%)	3	1	8	88	38	570

Abbildung 1: Häufigkeiten der Einschätzungen zu den fünf Indikatoren in den vier visuellen Kategorien. Rechts: Anzahl antwortender Ärzte und Patienten.

Tabelle 1: Netzwerkmittelwerte des Praxis-Scores (0–100) mit Standardabweichung (SD), Standardfehler des Mittelwertes (SEM) und die Signifikanz (p-Wert).

Qualitätsindikator	Score (Netzwerk-Mittelwert)	Standard Abweichung (SD)	Standard- Fehler des Mittelwertes (SEM)	Signifikanz (p-Wert)
Patient Zufriedenheit Wartezeit	89,5	9,8	1,7	0,018
Arzt Zumutbarkeit Wartezeit	80,9	21,1	3,6	
Patient Verständlichkeit der Information	94,3	9,1	1,9	0,030
Arzt Verständlichkeit der Information	88,5	12,3	2,1	
Patient Gefühl des ernst Genommen Werdens	93,7	7,4	1,2	

bestehender Netzwerkfragebögen unter «Expressbedingungen» möglich.

Die einwöchige Evaluation führte nicht zu einer Studienmüdigkeit, weder beim Praxispersonal noch bei den Patienten. Weil das Praxispersonal und die Ärzte diese niederschwellige Befragungsform weiterführen wollen, kann die Frage, ob eine Expressumfrage zur Befragung von Patienten und Ärzten praktikabel sei, mit Ja beantwortet werden.

Die Umfrageresultate lassen den Schluss zu, dass Ärzte ihre Arbeit kritischer als die Patienten reflektieren.

Die «Expressumfrage» dauerte elf Monate. Es stellt sich die Frage, ob jahreszeitliche Schwankungen die Umfrage beeinflusst haben könnten. Die Wartezeit wurde von den Patienten im 1. und 2. Quartal 2017 während der Grippezeit, die gemäss «Sentinella» von der Woche 50 (2016) bis 8 (2017) dauerte, signifikant schlechter beurteilt. Diesbezüglich waren die Ärzte, welche die Umfrage im Winter durchgeführt haben, benachteiligt. Trotzdem äusserten sich Ärzte, die die Studie im 3. und 4. Quartal durchgeführt haben, tendenziell, aber nicht signifikant, kritischer gegenüber der Wartezeit ihrer Patienten. Dieser Punkt floss in die Diskussionen im Qualitätszirkel ein. Bei der Frage nach der Zufriedenheit der Wartezeit hat der Patient vermutlich nicht nur die Wartedauer in Minuten beurteilt, sondern nur seine Bereitschaft bekundet, länger zu warten. Auf der anderen Seite wünschten sich die Ärzte mehr Zeit für die Patienten. Ebenso dürfte es zu unterschiedlicher Deutung gekommen sein bei der Thematisierung der inhaltlichen Verständlichkeit des Patientengesprächs. Deshalb sollten künftig Vertiefungsfragen enger gefasst werden.

Die anderen Fragen waren nach statistischer Analyse keiner jahreszeitlichen Schwankung unterworfen. In der Literatur ist beschrieben, dass der Wochentag die Umfrageergebnisse beeinflusst. Da alle Praxen die gleichen Fragen am gleichen Wochentag stellten, wurde dieses Phänomen nicht weiter untersucht.

Methodologisch bedingt wurden bei der Analyse korrespondierender Fragenpaare (Montag/Dienstag und

Mittwoch/Donnerstag) unterschiedliche Patientenkollektive verglichen. Auf eine statistische Auswertung wurde deshalb verzichtet. Deshalb muss die Frage nach der Eignung zur bilateralen Zufriedenheitsevaluation unter den jetzigen Studienbedingungen nach wissenschaftlichen Kriterien verneint werden. Ein zweites Umfragegerät zur gleichzeitigen Befragung der Ärzte und der Patienten wäre dazu nötig.

38 Arztpraxen haben teilgenommen, wobei aufgrund von geplanter oder unvorhersehbarer tageweiser Abwesenheit, Ferien- oder Fortbildungsabsenz des Arztes nicht jede Frage beantwortet werden konnte.

Mit dem Praxis-Score wird ein Ranking jeder einzelnen Praxis innerhalb des Netzwerks möglich, auch wenn dessen Berechnungsverfahren bisher nicht validiert ist. Das Praxis-Score-System könnte deshalb zu einem produktiven Konkurrenzverhalten unter den Netzwerkpraxen führen. Eine weitere Stärke der Umfrage besteht in der Möglichkeit der detaillierten Qualitätsanalyse im ganzen Netzwerk, wenn die Scores der Einzelfragen differenziert analysiert werden. Dadurch lassen sich präzisere Folgebefragungen auf Netzwerkniveau planen. Die letzte Studienfrage, ob die Expressumfrage relevante Qualitätsfragen hervorbringen kann, kann unter diesem Gesichtspunkt bejaht werden.

Procedere

Die «Expressumfrage» wird nach dem gleichen Prinzip im Folgejahr mit enger gefassten Fragen weitergeführt. Mit Vertiefungsfragen soll künftig gezielt nach «Leistungslücken» gesucht werden. Die Patientenmeinung zur Relevanz einzelner Fragen wird künftig berücksichtigt. Damit könnte ein relevanter Brennpunktfragenkatalog kontinuierlich aufgebaut werden, der sowohl Meinungen der Ärzte und der Patienten enthält, aber auch Elemente der Selbst- und Fremdbeobachtung berücksichtigt. In dieser Hinsicht stellt die Expressbefragung keine Alibiübung dar, auch wenn nur eine langsame Verbesserung der komplexen Praxisroutinen zu erwarten ist. Mit Einbezug der Grundver-

sorger kann eine wichtige Brücke zwischen pragmatischer Qualitätsentwicklung durch die Hausärzte und wissenschaftlicher Praxisforschung durch etablierte Qualitätslabels geschlagen werden.

Deklarationen

Das Projekt erhielt keine spezifischen Zuschüsse einer Förderorganisation im öffentlichen, kommerziellen oder Non-Profit-Sektor [15]. Alle genannten Autoren erklären, dass sie keine Interessenskonflikte offenzulegen haben [16]. Das Umfragegerät wurde dem Hausärzterverein St. Gallen gemäss den Vereinbarungen eines Mietvertrags von «happy or not» zur Verfügung gestellt [17]. Der Score wurde von «happy or not» entwickelt. Die Resultate gehören dem Hausärzterverein St. Gallen und dürfen zur Publikation verwendet werden. Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text nur die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige beider Geschlechter.

Verdankung

Dank gebührt allen Hausärzten des Hausärztervereins St. Gallen, die bei der Umfrage mitgemacht haben.

Literatur

- Rüdiger Jacob, Andreas Heinz, Jean Phillippe Décieux, Einführung in die Methoden der Umfrageforschung. 2013 Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmH, Rosenheimerstrasse 143, 81671 München. ISBN 978-3-486-71498-2/ISBN 978-3-486-73617-5
- Felix Schindler, Ruedi Lüthi. Welcher Umfrage kann man trauen? Tages Anzeiger Blogs 19. Februar 2016. <https://blog.tagesanzeiger.ch/datenblog/index.php/11597/welcher-umfrage-kann-man-trauen>
- Schmalen, Helmut Grundlagen und Probleme der Betriebswirtschaftslehre, Wirtschaftsverlag Bachem. Köln. 1996. <http://www.online-lehrbuch-bwl.de/lehrbuch/kap2/mafo/mafo.PDF>
- Stefan Kuster, Christian Ruef, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Thunstrasse 17, Postfach, 3000 Bern 6. Info@anq.ch. www.anq.ch Auswertungskonzept zu den Daten der Messung ab 2012–2013 ff. der Wundinfektionserfassung mit Swissnoso April 2016 / Version 3.1.
- Generelle Grafikbeschreibung Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken. Juli 2016. http://www.hplusqualite.ch/fileadmin/documents/anq/1/20160726_Generelle_Grafikbeschreibung_de.pdf
- Swisspep Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen p/a Dr. med. Beat Künzi, Brunnmattstrasse 63, 3007 Bern.
- Anja Klingenberg, Ottomar Bahrs, Joachim Szecsenyi. Wie beurteilen Patienten Hausärzte und ihre Praxen? Deutsche Ergebnisse der europäischen Studie zur Bewertung hausärztlicher Versorgung durch Patienten (EUROPEP). Z ärztl Fortbild Qual.sich. (FaeFQ) (1999) 93:437–445 Urban und Fischer Verlag
- Katja Goetz, Sigrid Hess, Marianne Jossen, Felix Huber, Thomas Rosemann, Marc Brodowski, Beat Künzi, Joachim Szecsenyi. Does quality management system improve quality in primary care practices in Switzerland? A longitudinal study. BMJ Open 2015;5:e007443.doi:10.1136/bmjopen-2014-007443
- Stiftung für Qualitätsentwicklung in der ambulanten Medizin, Mattenstrasse 9, 3073 Gümlingen. info@gkaumann.ch
- MehrFachArzt Argomed Aerzte AG, Bahnhofstrasse 24, 5600 Lenzburg, argomed@argomed.ch www.argomed.ch
- BGMQ Gesundheitsförderung Schweiz. Wankdorfallee 5, 3014 Bern und Avenue de la Gare 52 1003 Lausanne
- Good Medical Practice® Schweizerische Vereinigung für Qualitäts und Managementsysteme (SQS). Bernstrasse 103. 3052 Zollikofen. Schweiz
- Quality Management Network GmbH. In der Luberzen 40. CH-8902 Urdorf/ZH
- xundart das Aerztenetzwerk. Wil-Uzwil-Flawil-Toggenburg. Obere Bahnhofstrasse 49. CH-9500 Wil
- Richtlinien zum Umgang mit Interessenkonflikten im Gesuchsverfahren, Schweizerischer Nationalfond, Wildhainweg 3, Postfach 8232, CH-3001 Bern http://www.snf.ch/SiteCollectionDocuments/richtlinien_interessenkonflikte_gesuchsverfahren_d.pdf
- Umgang mit Interessenkonflikten bei der Ausarbeitung von Guidelines und Choosing-wisely-Listen Swiss Academic Communications Vol. 12, No 2, 2017
- Kathrin Jehle, Stephan Hill. Feigenblatt oder Baum der Erkenntnis. Messungen der Patientenzufriedenheit - Standortbestimmung und Ausblick. Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Band 131. Bern 2016. ISBN 978-3-85707-131-7, 320 Seiten.

Korrespondenz:
KD Dr. med. et scient. med.
Vladimir Sibalic
Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin
Parkstrasse 16
CH-9000 St. Gallen
vladimir.sibalic[at]gmx.ch

Anamnestik

Countdown

Die für das Gespräch verfügbare Zeit wird den Patienten zu Beginn der Anamnese mitgeteilt. Etwa fünf Minuten vor dem Ende dieser Periode darf man sie daran erinnern, dass nur noch wenig Zeit übrig bleibt und sie bitten, nur noch die wichtigsten Anliegen einzubringen und dringliche Fragen zu stellen. Reicht hierfür die Restzeit nicht aus, wird man einen neuen Termin festlegen, zuvor aber das weitere Prozedere vereinbaren und sich vergewissern, ob es der Patient richtig verstanden hat.

Es kommt vor, dass Patienten erst nach ihrem Gespräch mit dem Arzt einer Pflegefachfrau oder einer Praxisassistentin das vertraulich mitteilen, was sie dem etwas unkonzentrierten und eiligen Doktor nicht zu sagen wagten. Darf oder soll gar in solchen Fällen die Vertraulichkeit missachtet werden, um wichtige Informationen nutzen zu können?

Bernhard Gurtner



Bildnachweis: © Janko Mikuž | Dreamstime.com