

Bericht

“Quality through patients’ eyes”

Peter Berchtold
 Susanne Gedamke
 Christof Schmitz

Hintergrund	2
Zielsetzung.....	2
Konzeptioneller Ausgangspunkt	3
Patientengruppe	3
Interviewergebnisse	5
Ein erstes Fazit: die kompetente Patientin, der kompetente Patient	7
Eine Landkarte	8
Synthese	11
Empfehlungen.....	14
Literatur	16
Anhang.....	17

Zürich, den 3.6.2020

SPO Schweizerische Patientenorganisation
 Häringstrasse 20
 8001 Zürich

Hintergrund

Mit dem Voranschreiten medizinischer Innovationen geht eine rapide Spezialisierung der Medizin einher. Diese Spezialisierung ist sowohl Treiber als auch Folge des Wissensfortschritts der Medizin und bringt als nicht vermeidbare Nebenwirkung die Gefahr von Fragmentierungen der Patientenprozesse mit sich. Damit wird es immer anspruchsvoller, diagnostische, therapeutische und betreuende Aktivitäten in konsistente Prozesse zu integrieren. Die Fragmentierung wird jedoch nicht nur durch die ärztliche Spezialisierung, sondern auch durch die Dynamiken der anderen Gesundheitsberufe vorangetrieben. Gleichzeitig setzt sich immer mehr die Erkenntnis durch, dass Gesundsein und Kranksein, Behandlung und Betreuung sowie Gesundheitsversorgung und Soziales und Bildung keine voneinander getrennten Bereiche, sondern eng miteinander verwoben sind. Mitzudenken ist selbstredend auch, dass sich nicht nur die Medizin, sondern auch ihre Patientinnen und Patienten und die Gesellschaft als Ganzes verändern. Deren Erwartungshaltungen und Verhaltensweisen sind ihrerseits dynamischen Entwicklungen unterworfen.

Auch wenn in den vergangenen Jahren viel über Qualität der Versorgung gearbeitet und diskutiert wurde, scheint die Kluft zwischen den Versprechen der Gesundheitsversorgung und dem, was die Patientinnen und Patienten aus ihrer Sicht schlussendlich an Nutzen und Qualität erhalten, nicht geringer zu werden. Und dies, obwohl die patientenzentrierte Versorgung als "Aushängeschild" von den wichtigsten Akteuren im Gesundheitssystem immer mehr benutzt wird. Die Kluft zwischen Versprechen und tatsächlichem Nutzen für die Patientinnen und Patienten zeigt sich indes beispielsweise in den grossen regionalen Unterschieden vieler Interventionen, die sich weder medizinisch noch durch Patientenpräferenzen erklären lassen, oder in Berichten über schlechte Behandlungsergebnisse, Fehler und unnötige Behandlungen (D'Avena 2020).

Auch in der Schweiz wird die Diskussion, wie die Versorgungsqualität und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten optimiert und künftig gewährleistet werden kann, intensiv geführt. Ein im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit erstellter «Nationaler Bericht zur Qualität und Patientensicherheit im schweizerischen Gesundheitswesen» kommt unter anderem zum Schluss, dass Patientinnen und Patienten stärker in die Steuerung der Gesundheitsversorgung eingebunden und insbesondere, dass Qualität von Behandlung und Betreuung stärker aus der Optik der Patientinnen und Patienten beurteilt und verbessert werden soll (Vincent 2019).

Zielsetzung

Die Qualitätsstrategie des Bundes aus dem Jahre 2009 soll aktualisiert werden und damit Grundlage für die Festlegung der sogenannten 4-Jahresziele, die Qualitätsverträge und das Tätigwerden der Eidgenössischen Qualitätskommission bieten. Dazu soll die Perspektive der Patientinnen und Patienten, der Angehörigen und der Versicherten einbezogen werden.

Die Schweizerische Patientenorganisation SPO wurde vom Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung des Bundesamtes für Gesundheit BAG beauftragt, im Rahmen einer ersten, explorativen Studie solche Perspektiven einzuholen. Das ursprünglich vorgesehene Vorgehen, die Patienten-Perspektiven mit Fokusgruppengesprächen zu erheben, wurde aufgrund der Covid-19-Pandemie verworfen und an deren Stelle eine Erhebung im Rahmen von qualitativen Interviews entschieden. Ziel der vorliegenden Arbeit «Quality through patients' eyes» war es, den Begriff «Qualität» aus dem Blickwinkel von Patientinnen und Patienten zu beschreiben.

Konzeptioneller Ausgangspunkt

In vielen Gesundheitssystemen wird eine zunehmende Orientierungslosigkeit festgestellt und beklagt, dass sich diese in erster Linie durch unterschiedliche und stark interessengetriebene Zielen der verschiedenen Akteure speisen würde. Vor diesem Hintergrund bietet das vor einigen Jahren entwickelte Triple Aim-Konzept, das auch in der Schweiz zunehmend Beachtung findet, einen hilfreichen Orientierungsrahmen. Die Grundidee des Triple-Aim-Konzepts ist es, , «gleichzeitig aus einer Public-Health-Perspektive, einer individualmedizinischen Perspektive und einer Nachhaltigkeitsperspektive Ziele für das Gesundheitssystem zu formulieren» (SAMW 2019) (Mery 2017).

Abbildung 1 zeigt die drei Zielrichtungen des Triple Aim:

1. Ziel 1: ein guter Gesundheitszustand der Bevölkerung, indem sich die Gesundheitsversorgung am Solidaritätsprinzip orientiert und die Bevölkerung eine hohe Gesundheitskompetenz erlangt (Public Health-Perspektive).
2. Ziel 2: eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung für alle Patientinnen und Patienten, indem die Gesundheitsversorgung die Anliegen des Patienten, der Patientin ins Zentrum stellt und evidenzbasiert ist (individualmedizinische Perspektive).
3. Ziel 3: verantwortungsvoller Umgang mit finanziellen, personellen und natürlichen Ressourcen, indem die Gesundheitsversorgung sowie deren Finanzierung effektiv, effizient, transparent, zuverlässig und nachhaltig ist (Nachhaltigkeitsperspektive).

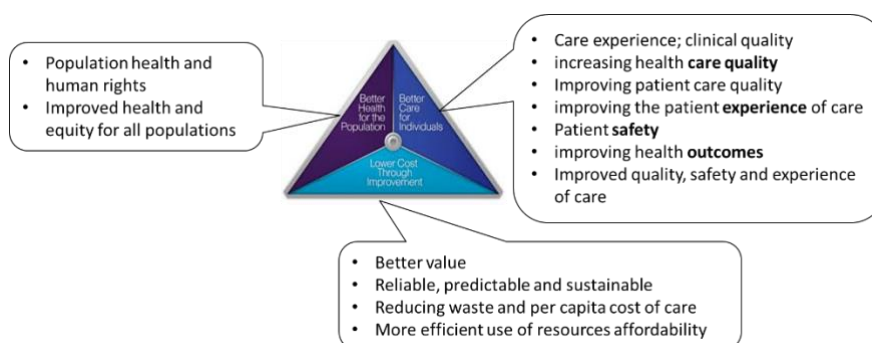


Abb. 1: Triple Aim-Konzept

Den Ausgangspunkt dieser Studie bildet das 2. Ziel des Triple Aim-Konzepts, nämlich zu erheben, was die heutigen Patientinnen und Patienten aus ihrer Sicht unter qualitativ hochstehender Gesundheitsversorgung verstehen. Triple Aim nennt im Kern dazu drei Aspekte (Berwick 2008):

- a) Health outcomes relating to patients' health and functional status
- b) Patient experience relating to patients views about their interactions with clinicians and the care system/processes
- c) Patient safety relating to safety of care interventions, medications, implants etc.

Patientengruppe

Es wurden insgesamt 12 Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten durchgeführt. Die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten erfolgte über den Mitgliederverein der SPO. Eine Vorgabe für das Projekt war, dass die Patientinnen und Patienten aus einem möglichst breiten

Krankheitsspektrum befragt werden. Die untenstehende Tabelle weist die Merkmale der befragten Patientinnen und Patienten im Detail aus:

Geschlecht

weiblich (n=8)
männlich (n=4)

Alter

< 20 Jahre (n=1)
45-55 Jahre (n=3)
55-65 Jahre (n=5)
> 65 Jahre (n=3)

Beruf

Arzt / Ärztin
Psychotherapeut / Psychotherapeutin
Auszubildender / Auszubildende
Musikerin / Musiker
Lehrerin / Lehrer
Pflegefachperson
Marketingfachmann / -fachfrau
Ökonom / Ökonomin

Erkrankung

Akuter Herzinfarkt
Divertikulitis
Brustkrebs
Darmkrebs
Chronisch-rheumatoide Arthritis
Morbus Crohn
Multiple Sklerose
Herzklappendefekt (anfänglich fehldiagnostiziert)
HNPCC (Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer)
Unbekannte Diagnose

Sprachregion

Deutschschweiz (n=10)
Romandie (n=2)

Patientenkategorie

Patientinnen und Patienten (n=11)
Angehörige/r: (n=1)

Die qualitativen Interviews wurden Leitfragen-gestützt und Corona-bedingt online (Zoom Video Communications) geführt. Die Leitfragen (vgl. Anhang) waren derart formuliert, dass die Patientinnen und Patienten dazu eingeladen wurden, ihre Erfahrungen bzw. Erwartungen und Bedürfnisse an die Qualität der Leistungen als «Geschichten» (Patient Narratives) zu erzählen (Grob 2019). Die Interviews wurden aufgezeichnet und in einem zweistufigen Vorgehen ausgewertet, indem sie in einem ersten Schritt auf Muster von Qualitäts-Beschreibungen seitens der Patientinnen und Patienten durchsucht und diese Muster in einem zweiten Schritt systematisiert und vertieft wurden. Dabei wurde die Auswertung im ersten Schritt von Nicht-Interviewern und im zweiten Schritt von allen drei Autoren gemeinsam vorgenommen.

Die interviewten Patientinnen und Patienten können auf einer Achse verortet werden, die auf der einen Seite akute und klare Diagnosen von Monoerkrankungen und auf der anderen Seite chronische und unklare, komplexe Diagnosen enthält. Wir unterscheiden dabei drei Gruppen (Abb. 2).

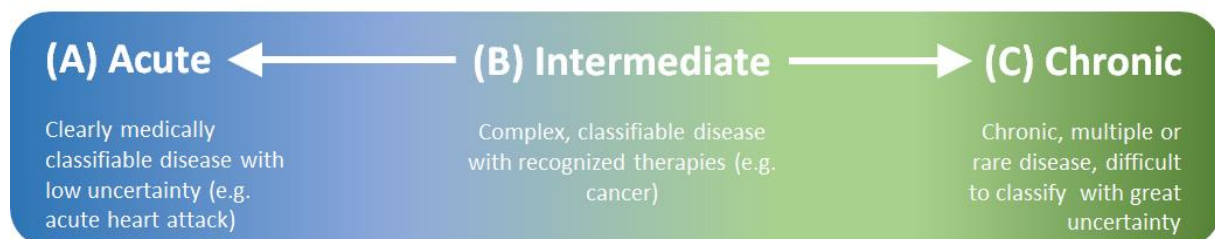


Abb. 2: Spektrum der interviewten Patienten

Entsprechend haben wir die 12 interviewten Patientinnen und Patienten diesen drei Gruppen A-C zugeordnet:

- A. Akute Erkrankungen (n=2): akuter Herzinfarkt, Divertikulitis
- B. Komplexe, medizinisch klassifizierbare Erkrankungen (n=8): Brustkrebs (2), Darmkrebs, chronisch-rheumatoide Arthritis (2), Morbus Crohn, Multiple Sklerose, Herzklappendefekt (anfänglich fehldiagnostiziert)
- C. Chronische oder unklare Erkrankungen (n=2): HNPCC (Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer), unbekannte Diagnose

Interviewergebnisse

In allen Interviews waren differenzierte Beobachtungen und Beschreibungen zu erfahren und es zeigte sich, in welcher umfassender Hinsicht Patientinnen und Patienten ihre Erfahrungen reflektieren und zu reflektieren vermögen. Keine der interviewten Personen war ein prinzipieller Schulmedizin-Gegner oder in sonstige fundamentalistische Kritiken verfangen. Niemand war grundsätzlich unzufrieden, die meisten der befragten Patientinnen und Patienten berichteten jedoch durchmischte Erfahrungen und Gefühle.

Die Narrative der Interviewpartner zeigten in differenzierter Weise die Wahrnehmungen von Patientinnen und Patienten. Auch wenn die Stichprobe klein und keineswegs repräsentativ ist, sind sowohl übergreifende als auch unterscheidende Einschätzungen erkennbar. Nachfolgend geben wir einige der anschaulichen Aussagen wieder. Wir greifen dazu drei Fragen aus den Interviews heraus:

1. Was sind die Erwartungen an eine hohe Qualität? (What does good healthcare look like?)
2. Was hätte man sich anders gewünscht? (What does poor healthcare look like?)
3. Was sind die Erwartungen an die Leistungserbringer? (What attitudes do you expect from healthcare professionals?)

What does good healthcare look like?

Ganzheitlichkeit

- «Bezogenheit: hört zu; das was ich sage, hat Einfluss auf das Gespräch; keine Vorträge, sondern bezogene Information»
- «Gespräch, und dass man mich ausreden lässt»
- «Mich als denkende und mitdenkende Person wahrnehmen»
- «Mich als ganzen Menschen sehen (auch wenn ich nur ein Problem an der kleinen Zehe habe)»
- «Genügend Zeit; zumindest ein Zeitversprechen. Aber: Zeit für meine Anliegen, nicht Vorträge halten!»
- «Ich brauche Führung, fachlich wie menschlich (ein informiertes Schaf); wer wird mein Hirte sein?»
- «Ich möchte auf Augenhöhe (mit-) sprechen»
- «Optionen erhalten, die man wählen kann, und dadurch das Gefühl kriegen, dass man etwas bewirken kann. Dadurch kann ich eine Behandlung besser in den Alltag integrieren»
- «Ehrliche menschliche Zuwendung: Zum Beispiel hat eine Krankenschwester ihren ganzen Dienst über Bord geworfen und mir die Hand gehalten»
- Wertschätzung erfolgt einerseits über Kenntnisse der Krankengeschichte, aber auch über Zeit als Verbindlichkeit und sich Zeit nehmen.
«Verständlich formulierte Informationen; mich ernst nehmen, aussprechen lassen»

Anteilnahme / Empathie

- «Ein Lichtblick war, wenn jemand etwas Nettes gesagt hat»

- «Auf meine Bedürfnisse eingehen, mich aufgehoben fühlen»
- «Meine Angehörigen in meine Krankheit miteinbeziehen; wahrnehmen, dass ich nicht nur «Brust» bin, sondern ein Mensch; ich bin nicht nur Patientin, sondern auch Mutter oder Partnerin»
- «Transparenz hat gutgetan, auch wenn es eine schreckliche Situation war»

Fachkompetenz

- «Medizinisches Wissen und gleichzeitig die eigenen Grenzen kennen»
- «Alle Fachpersonen kennen ihre Rolle»
- «Dass die Fachleute die Krankengeschichte lesen und kennen»
- «Engagement: nicht egal, dass ich da bin, Freude an der Arbeit»
- «Sich Gedanken machen, auch zwischen den Terminen»
- «Optionen offen kommunizieren; das gibt mir weniger das Gefühl vom Ausgeliefert sein»

What does poor healthcare look like?

Standardisierung

- «Behandlung nach Schema; Gefühl: ich bin eine Nummer, wenig Bezogenheit, kein guter Match»
- «Auch «evidenz-basiert [i.S. von Schemata] geht mir auf die Nerven»
- «Die Fachleute verschwinden häufig; immer wenn es piepst kommt jemand anderer, der keine Ahnung hat; ich musste auf Fehler kontrollieren»
- «Ich werde als querulatorisch erlebt, wenn Krankheit vom Standardverlauf abweicht»
- «Ich musste immer wach bleiben, ich darf nichts verpassen; ich weiss nicht, was passiert wäre, wenn ich nicht ständig aufgepasst hätte»
- «Fragen stellen ist unerwünscht»
- «Im Spital ist es wichtiger, einfach weitermachen können, den Betrieb aufrecht erhalten steht im Vordergrund; da ist keine Zeit zu schauen, was es für Probleme jenseits des medizinischen Erstproblems gibt»
- «Die Untersuchung geht nur nach medizinischen Kriterien»
- «14-mal punktieren bringt mehr Geld, als die Krankengeschichte zu lesen»
- «Sieben Fachleute nacheinander haben meine blutende Brustwarze nicht angeschaut, sondern nur ihre Ideen formuliert»
- «Jeder war fachkompetent, aber nicht patientenkompetent»

Einseitige Kommunikation

- «Gerade unter Ärzten gibt es viele Machtdemonstration, z.B. das Sitzen hinter einem grossen Schreibtisch»
- «Unwichtige Dingen (Äusserlichkeiten) wurden kommentiert, z.B. «die Brust sieht super aus»
- «Der Arzt hat sich nicht für meine persönliche Situation interessiert (Bsp. krankschreiben oder nicht bei Burnout-Gefahr); keine Fragen zu Arbeitssituation und dem sozialen Umfeld; er müsste mehr auf mich bezogen fragen und weniger Vorannahmen machen»

Fragmentierung

- «Nach dem Termin verschwinden die Fachleute und ich verschwinde als Patient»
- «Abstimmung zwischen Disziplinen ist immer wieder ein Eiertanz; keine Abstimmung zwischen Spezialisten»
- «Disziplinen sind sehr abgeschottet, sie denken Patienten nicht als ganzen Menschen, sondern konkurrenzieren sich untereinander»
- «Da muss immer ICH dran denken; ich weiss nicht, was mit mir passiert wäre, wenn ich mich nicht gewehrt hätte»

- «Ich muss die Hüterin meiner Krankengeschichte sein; die Krankengeschichte wird erst gelesen, wenn das Gespräch beginnt; das macht mich wütend; es braucht Patientenorganisation, damit sich hier etwas ändert»

Verweis auf Psychosomatik mangels Alternativen

- «Ein Kardiologe sagte, meine Beschwerden sind psychosomatisch; dadurch habe ich 3 Jahre verloren»
- «Ich habe eine chronische Krankheit und kenne meinen Körper»
- »Er sagte, das sei psychisch: «Du musst zum Psychologen»; es hat sieben Jahre gebraucht, bis ich die richtige Diagnose bekommen habe; da wären mir viele Probleme im Leben erspart geblieben»
- «Hauptsache, man muss nicht weitersuchen, sondern kann auf Psychologisches schieben»
- «Er sagte: Tu nicht so, es gibt Schlimmeres»
- «Die Schmerzen existieren nicht, du bildest dir das nur ein»

What attitudes do you expect from healthcare professionals?

Ganzheitlichkeit

- Auf Individuum bezogen, ganzheitlich, nicht nur medizinische
- «Gleiche Wellenlänge haben, nicht zu viele Informationen, dafür klar auf mich bezogen»
- «Jemand, der mit mir «mitdenkt»; Sparringpartner: heute haben alle Fachkräfte viel weniger Zeit
- «Gespräch ist heilsam, sollte bezahlt werden»

Anteilnahme / Empathie

- «Verständnisvoll sein; mein Arzt nimmt sich Zeit für mich und erklärt mir alles»
- «Gute Balance von Behandlung; sich nicht zu wichtig nehmen»
- «Anteilnahme und Bezugnahmen auf mein Leben; auch in kleinen Gesten»
- «Ernstgenommen werden, persönlicheres Gespräch; dass es jemand «richtig» ansieht, alles zusammenfasst; überlegt, was man weiter tun kann»
- «Einbezogen werden; dann kann man Führung auch akzeptieren»
- »Dass auch Angehörige gehört werden»

Transparenz und Verständlichkeit

- »Ich muss auch als Laie verstehen können, z.B. wie ein Herzschrittmacher funktioniert»
- «Auch Nebenwirkungen kommunizieren»
- »Ich möchte voll informiert werden; dass ich es verstehe»

Schnittstellenmanagement

- «Wenig Ansprechpersonen – die müssen aber Zeit haben; das muss nicht nur Arzt sein; es braucht aber Vertrauen, dass Rücksprache mit dem Arzt genommen wird» dafür)
- «Abstimmung zwischen Ärzten; nicht über meinen Kopf hinweg»
- «Wenn man merkt, dass zwischen den Besuchen nachgedacht wird»

Ein erstes Fazit: die kompetente Patientin, der kompetente Patient

Auffallend an den Erzählungen der Patienten und Patientinnen ist, dass sie

- sich nicht «anmassen», medizinische Qualität beurteilen zu können. Prinzipiell akzeptieren und schätzen sie die Expertise der Mediziner. Und sie können Kompetenz wahrnehmen, beispielsweise wenn sie positiv registrieren, dass Mediziner «ihre Grenzen kennen»
- als sehr positiv empfinden, wenn sie als «ganzer Mensch» mit ihren Sorgen, situativen Besonderheiten, aber auch Kompetenzen wahrgenommen werden
- es sehr schätzen, wenn sie individuell zugewandtes Engagement erleben
- kritisch reagieren, wenn sie zwischen die Stühle zu geraten drohen, weil die Zusammenarbeit zwischen Spezialisten bzw. das Management von Schnittstellen nicht klappt
- es als sehr unangenehm wahrnehmen, wenn sie in (vorgefasste) medizinische Kategorien gepresst werden
- es sehr kritisch empfinden, wenn sie nur als «Objekt» und als «Es» wahrgenommen werden, wenn über sie verfügt wird, wenn ihre Versuche, sich zu Wort zu melden als störend oder querulierend und wenn ihre körperliche Symptomatik als etwas «Psychisches» abgetan wird.

Eindrücklich ist auch, wie emphatisch Patientinnen und Patienten über Ärztinnen und Ärzte reden.¹ Mit dieser Empathie wird das Augenmerk auch auf die (Anpassungs- und Kommunikations-) Leistung der Patientinnen und Patienten in der Interaktion mit dem medizinischen Personal gelenkt. Patientinnen und Patienten sind nicht einfach Kundinnen und Kunden, die bedient werden möchten (auch wenn eine solche Haltung sicherlich auch zu finden ist), sondern sie erbringen ihrerseits fortwährend eine Anpassungsleistung in den Interaktionssituationen mit dem medizinischen Personal. Man kommt nicht umhin anzunehmen, dass in diesen Situationen vielfach die Kompetenzen der Patientinnen und Patienten für sich und ihre eigene Erkrankung nicht abgeholt bzw. zu wenig genutzt werden.

Die Gruppe der befragten Patientinnen und Patienten war klein und ist natürlich in keiner Weise als repräsentativ zu betrachten. Die interviewten Patientinnen und Patienten sind Personen, die konstruktiv an einer guten Gesundheitsversorgung interessiert und entsprechend bereit sind, ihre Überlegungen zur Verfügung zu stellen. Gerade diese Konstruktivität und die Reflexionsfähigkeit der Befragten machen die Ergebnisse aus unserer Sicht so interessant. Wir gehen auch davon aus, dass wir es mit «modernen» Patientinnen und Patienten zu tun hatten, die über ein gesellschaftlich zeitgemässes Reflexionsvermögen des Umgangs mit der Asymmetrie der Experten-Laien-Situation verfügen. Dieses drückt sich in der Bereitschaft aus, Expertise anzuerkennen und trotzdem auf interaktive «Augenhöhe» zu bestehen. Niemand der Befragten akzeptierte Mediziner im alten, patriarchalischen Sinne und gleichzeitig beanspruchte niemand via Dr. Google o.ä. gleich viel zu wissen. Diesen reflektierten Umgang mit Asymmetrie und Symmetrie nennen wir «modern».

Entsprechend dieser Einschätzung sind die gerade genannten, stark gemeinsamen Punkte informativ, ebenso wie die Differenzierungen zwischen den Narrativen. Dieser wollen wir uns mit der nachfolgenden Landkarte zuwenden.

Eine Landkarte

Die in den Interviews erhobenen Narrative unterschieden sich über die genannten übergreifenden Aspekten hinaus in bemerkenswerter Hinsicht. Als differenzierende Dimension zeigte sich vor allem die Art der Krankheit gemäss der in Abb. 2 dargestellten Achse:

¹ In überwiegender Masse ist in den Erzählungen von Ärzten und Ärztinnen die Rede. Auch Nachfragen zu anderen Berufsgruppen ergaben nur geringe Erweiterungen. Das mag nochmals erklärbar werden, wenn man sich die Bedeutung der Sozialfigur Arzt vor Augen hält (Atzeni 2016)

- Patientinnen und Patienten mit akuten Krankheiten und klaren Diagnosen, also auf der linken Seite des Spektrums (Abb. 2), schildern mehrheitlich positive Erlebnisse und formulieren eine grosse Zufriedenheit mit behandelnden und betreuenden Personen und Institutionen.
- In der mittleren Gruppe waren insbesondere Klagen über fragmentierte Sicht- und Handlungsweisen der Behandelnden auffällig und darüber, nicht als «ganzer Mensch» bzw. als «Subjekt» (wahr-) genommen zu werden.
- Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten oder Erkrankungen mit unsicherer bzw. unbekannter Diagnose, beschrieben Ähnliches und fanden sich stärker noch in der Rolle der «schwierigen Patientin» / des «schwierigen Patienten» wieder: sie mussten sich wehren, nicht als Störenfriede behandelt zu werden und mussten darum kämpfen, ihre Erfahrungen und Kompetenzen einbringen zu können und nicht gleich zum Psychiater geschickt zu werden.

Tabelle 1 stellt dazu exemplarische Zitate zusammen:

A	Acute disease, low uncertainty	«Eine ausschliesslich positive Erfahrung» «Alle waren sehr einfühlsam» «Sie [Hausärztin] wusste genau, was sie tat und warum sie es tat – medizinisch und sozial»
B	Complex but classifiable disease	«Les médecins ont souvent des schémas très précis, mais qui ne correspondent pas à ce que je leur explique» «Ich möchte als ein Subjekt wahrgenommen werden, im holistischen Sinne» «Sie kannten nicht mein komplette Krankengeschichte» «Nach dem Termin verschwinden die Fachleute und ich verschwinde als Patient»
D	Chronic or rare disease, high uncertainty	«Sie hörten mir nicht zu» «Sie sagten, es wäre psychosomatisch» «Je mehr ich wusste, desto mehr wurde ich als Querulant angesehen» «Wenn man zu viel fragt, wird man mundtot gemacht»

Tab. 1: Exemplarische Patientenzitate

Krankheiten und Patientensituationen lassen sich auf dem Spektrum zwischen akut/Monoerkrankung/klare Diagnose und chronische/komplexe/unklare Diagnose unterscheiden. Sie differieren aber auch hinsichtlich ihrer Kombination aus biomedizinischen und psychosozialen Dimensionen. Dieser Unterschied kann an folgenden Extremvarianten verdeutlicht werden: eine Reanimation ist wesentlich biomedizinisch orientiert, weil es hier ganz um Körperfunktionen geht und der Patient oder die Patientin gar nicht mehr ansprechbar ist. Auf der anderen Seite – z.B. in der Palliativmedizin – geht es essentiell um den Einbezug der psychosozialen Dimension, weil hier nur noch wenige medizinische Interventionen möglich sind und in erster Linie Linderung im Zentrum steht. Besonders relevant sind hier die Emotionen und Erwartungen der Patientinnen und Patienten sowie die ihrer Angehörigen oder Nächsten.

In Anlehnung an eine jüngere Studie (SAMW 2020) tragen wir senkrecht und links zur Achse «akut-chronisch» die Dimension «biologisch-medizinisch» (blau in Abb. 3) und rechts «psychologisch-sozial» (grün in Abb. 3) auf. «Biologisch-medizinisch» meint hier nicht nur Wissen (z.B. über Biomarker oder molekulare Bedingungen von Medikamenten). Gemeint ist die gesamte Palette damit einhergehender medizinischer Skills und Interventionstechniken, die von «schneidend» über «verabreichend» bis hin zu «sprechend» reicht und sich auf den «Körper» des Patienten richten (Saake 2003). Bei «psychologisch-sozial» geht es um die nicht-somatischen, nicht-körperlichen Anteile, die für das Behandlungsgeschehen von Bedeutung sind, wie Verhalten, Compliance, Präferenzen bis zu individuellen Fragestellungen, Emotionen und Sorgen seitens der Patienten bzw. deren Angehörigen.²



Abb. 3: Eine Landkarte

Selbstverständlich sind im konkreten Behandlungsfall immer beide Dimensionen vorhanden – allerdings in sehr unterschiedlichen Ausprägungen. Die Gewichte zwischen den Dimensionen «biologisch-medizinisch» und «psychologisch-sozial» verschieben sich je nach Art der Krankheit und dem Setting der Versorgung. Bei einem bewusstlosen, schwerverletzten Unfallopfer – eine Akutkrise par excellence – dominieren zwangsläufig die biomedizinischen Aspekte. Umgekehrt sind bei chronischen Krankheiten höhere Anteile psychosozialer Dimensionen zu beachten, etwa indem das Verhalten chronischer Patientinnen und Patienten, ihre Selbstsorge, ihre Selbstregulierung, als auch ihre Compliance für den Krankheitsverlauf bedeutsam werden.

Das Schema bietet eine Hilfestellung, um Unterschiede zwischen Krankheits- und Patientensituationen kenntlich zu machen. Wenn wir unsere drei Patientengruppen A, B, C in diese Landkarte einfügen, ergibt sich ein aufschlussreiches Bild (Abb. 4). Akute Patienten links im Schema werden entsprechend einer klaren Diagnose (Herzinfarkt, Divertikulitis) behandelt und sind damit mehr oder weniger eindeutigen medizinischen Kategorien zugeordnet. Innerhalb dieser Kategorien ist das Zusammenspiel der Disziplinen und Berufe (Notfallmedizin, Kardiologie und allenfalls Herzchirurgie im Falle des Herzinfarkts) gut eingespielt und spielen Präferenzen und individuelle Fragestellungen seitens der Patientinnen und Patienten mindestens in der unmittelbaren Akutphase kaum eine Rolle. Es ist klar, was zu tun ist, und die Medizin kann voll aus ihrem Fundus schöpfen. Patientinnen und Patienten fühlen sich in ihrer Notsituation abgeholt und geholfen. Das realistische Ziel ist die zügige Überwindung des derzeitigen Leidens. Wird man zudem noch einigermaßen menschlich behandelt, gibt es keinen Anlass

² In der soziologischen Diktion von Saake (2003) wird hier von «Person» gesprochen.

für Unzufriedenheit. Im Gegenteil, man kann sagen, *hier kann Medizin «at its best» erlebt werden*: klare Diagnose, klare Therapie, überblickbarer und singulärer Zeithorizont.

Ganz anders gelagert sind die Behandlungssituationen von Patientinnen und Patienten mit chronischen, raren oder unklaren Erkrankungen, die rechts im Schema zu verorten sind: diese Patientinnen und Patienten liegen quer zu medizinisch definierten Kategorien, weil sie entweder mehrere Krankheiten gleichzeitig haben und damit auf ein grosses Spektrum an Disziplinen und Berufen angewiesen sind, oder weil ihre Erkrankung nicht oder nicht eindeutig diagnostizier- und zuordenbar ist. Kommt hinzu, dass bei diesen Patientinnen und Patienten ein chronischer, also zeitlich anhaltender Zustand der Fall ist. Ihr Verhalten, ihre Selbstsorge, ihre Compliance etc. haben einen erheblichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf, der sich über einen langen Zeithorizont erstreckt. Mit anderen Worten, diese Patientinnen und Patienten sind sehr viel stärker darauf angewiesen, in ihrer Gesamtheit, biomedizinisch und psychosozial, *als Körper und als Person*, behandelt und betreut zu werden, was für eine hochspezialisierte und fragmentierte Medizin *ausnehmend anspruchsvoll* ist.

Das ist der springende Punkt: die eindrücklichen medizinischen Fortschritte bedingen zwangsläufig eine immer feinere Spezialisierung und erfordern gleichzeitig, über eigene Kategoriengrenzen hinweg denken und handeln, d.h. verschiedene Perspektiven integrieren zu müssen. Damit stösst das medizinische System auf eine elementare Herausforderung: Wie können behandelnde, also diagnostische, therapeutische, sowie wie betreuende Aktivitäten so integriert werden, dass in der Perspektive von Patientinnen und Patienten gute Erfahrungen resultieren?

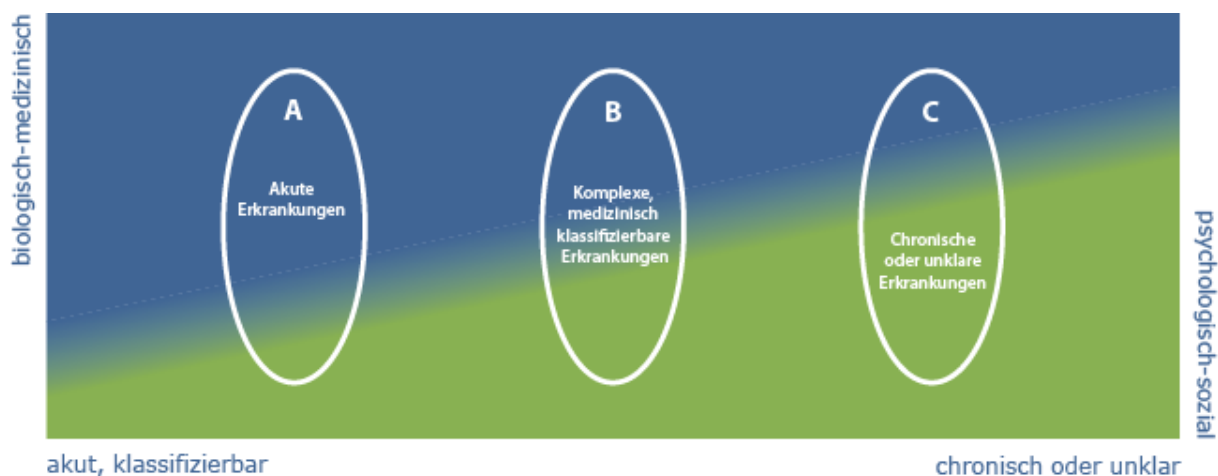


Abb. 4: Landkarte mit Patientengruppen A, B und C

Synthese

Unsere Studienfrage war, wie «Qualität» aus dem Blickwinkel von Patientinnen und Patienten zu verstehen ist? Die Patienteninterviews suggerieren, dass es sowohl eine generelle als auch eine Kontext- und Setting-spezifische Antwort gibt.

Generell gilt:

- Patientinnen und Patienten möchten als Individuen ernst genommen und als «Subjekt» behandelt werden. Das ist jenseits jeder Banalität. Es betrifft im Kern *die Art und Weise der Interaktion zwischen Patientinnen/Patienten und dem medizinischen Personal* und wie mit der

Schwierigkeit umzugehen ist, dass in dieser Interaktion gleichzeitig eine Asymmetrie (in Bezug auf die Expertise) und Symmetrie (in Bezug auf die Mündigkeit der Personen) besteht.

- Die Kompetenzen und die Anpassungsleistungen der Patientinnen und Patienten in den Interaktionen mit dem medizinischen Personal sollten nicht unterschätzt werden. Patientinnen und Patienten sind nicht einfach unwissende Laien. Sie suchen ihrerseits einen Umgang mit ihrer Krankheitskrise und verfügen teilweise über langjährige Erfahrungen mit ihrer Krankheit, sowie auch als auch mit den sozial wie psychisch anspruchsvollen Interaktionen mit dem medizinischen Personal.

Differenziert gilt, dass die Erwartungen der Patientinnen und Patienten wie der Professionellen im akuten (echten) Notfall andere sind als im chronischen Fall. Daraus folgen wichtige Differenzierungen:

- Je akuter und klassifizierbarer eine (somatische) Erkrankung ist, desto gewichtiger ist der medizinisch-biologische Teil, und desto weniger steht die psychologisch-soziale Dimension im Vordergrund. Mediziner wie Patientinnen und Patienten verhalten sich dementsprechend.
- Je chronischer und unklassifizierbarer eine Erkrankung ist, desto mehr kommt die Patientin oder der Patient als Gesamtsubjekt ins Spiel, und desto bedeutsamer wird die psychosoziale Dimension im Verhältnis zur biomedizinischen. Damit steigt auch die Erwartung der Patientinnen und Patienten an ihr medizinisches Gegenüber, welches seinerseits diese Erwartungen antizipiert und sein Verhalten anpasst.
- Eine spezielle Rolle kommt der mittleren Position in unserem Spektrum zu, wo es eine gewichtige biomedizinische Dimension mit einer gleichfalls ausgeprägten psychosozialen Dimension zu verknüpfen gilt. Exemplarisch stehen dafür Krebserkrankungen, die biomedizinisch wie psychosozial höchst anspruchsvoll sind, und wo sich die Frage der Integration von diagnostischen, therapeutischen, psychologischen und betreuenden Aktivitäten ganz besonders ausgeprägt stellt.

Für ein Qualitätsverständnis aus Patientenperspektive folgern wir daraus, dass als speziell «gut» wahrgenommen wird, wenn die jeweiligen Akteure des medizinischen Systems in der Lage sind, sich *den Patientinnen und Patienten individuell zuzuwenden und imstande sind, professionelle und disziplinäre Grenzen und Fragmentierungen anzuerkennen und zu überwinden.*

Die Professionen und die Gesundheitsversorgung haben in den letzten Jahrzehnten auf diese Herausforderung in vielfältiger Weise reagiert. Auf *professioneller Ebene* sind z.B. Spezialisierungen wie Geriatrie, Komplementär- und Integrative Medizin oder noch ausgeprägter Palliativmedizin Ausdruck dieser Bewegung. Auf *Interaktionsebene* wird mit Konzepten des «shared decision making» oder «motivational Interview» versucht, bessere Umgänge mit der beschriebenen Problematik zu finden. Auf *Organisationsebene* sind Einrichtungen wie Patient Experience Officers oder Konzepte wie «patient centered medicine» zu beobachten. All diese Beispiele können als Versuche verstanden werden, professionelle und Patienten-Welten besser in Abgleich zu bringen.

Hoch relevant sind selbstverständlich auch die vielen internationalen Initiativen, Versorgungsqualität umfassender und gleichzeitig differenzierter zu messen. Unsere Studienresultate suggerieren auch hier eine wichtige Differenzierung: je akuter und klassifizierbarer eine (somatische) Erkrankung ist, desto wesentlicher sind (medizinisch-biologisch definierte) *Outcome-Parameter*, wie sie im Rahmen der PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) erhoben werden. Und umgekehrt: je chronischer und unklassifizierbarer eine Erkrankung ist, desto weniger vermögen medizinisch definierte Outcome-Parameter die Qualität abzubilden bzw. desto mehr müssen «*Patient-Experiences*» (PREMs, Patient-Reported Experience Measures) herangezogen werden, um Qualität aus Sicht der Patientin oder des Patienten ermessen zu können.

Für PROMs stehen heute bereits sehr differenzierte Mess- und Evaluationssysteme zur Verfügung, wie das Beispiel von ICHOM, International Consortium for Healthcare Outcome Measurement, zeigt. ICHOM hat sich zum Ziel gesetzt, für alle häufigen Erkrankungen sog. ICHOM-Standardsets, d.h. standardisierte und risikostratifizierte Outcome-Evaluationsinstrumente zu erarbeiten und öffentlich zugänglich zu machen.³ Bis heute sind knapp 30 solche Standardsets für verschiedene Erkrankungen und Patientengruppen veröffentlicht worden.

Nicht unerwartet zeigt sich für PREMs ein sehr anderes Bild, indem für chronische Krankheiten nur vereinzelte Arbeiten existieren, und die grosse Mehrheit der Publikationen einzelne Krankheiten oder akute Episoden von chronischen Erkrankungen bzw. Spitalbehandlungen fokussieren (Bull 2019).

Fazit: Perspektivendifferenz und die Leistung der Patientinnen und Patienten

Die Differenz von PROMs und PREMs bringt auf den Punkt, dass professionell wahrgenommene Qualität auf der einen und Patientenerfahrung auf der anderen Seite *zwei grundsätzlich verschiedene Perspektiven* darstellen. «Grundsätzlich verschieden» meint, dass in der professionellen Perspektive Kriterien gegeben sind, die nicht jenen der Patientinnen und Patienten entsprechen (müssen) – und umgekehrt. Etwas kann medizinisch «gut» sein, die Patientin oder der Patient dennoch unzufrieden, beispielsweise weil sie oder er sich nicht «abgeholt» fühlen. Der Patient kann zufrieden sein, obwohl das Outcome – aus professioneller Sicht – nicht gut ist. Die Differenz kann auch in der konkreten Interaktion zwischen Patient und Fachperson rasch virulent werden. Stellen wir uns vor, der Arzt unterbreitet im Rahmen eines Check ups dem 50jährigen, gesunden Patienten den «dringenden Vorschlag», den PSA-Wert zu erheben. Der Patient lehnt ab. Schon geht es los. Der Mediziner fühlt sich in seinem Expertentum infrage gestellt, der Patient fühlt sich nicht gehört und ernstgenommen. Nur schon dieses kleine Beispiel weist uns darauf hin, dass diese Differenz dann zum Problem wird, wenn die Patientinnen und Patienten ihre Stimme geltend machen.⁴ Und das ist es, was in den Interviews zu hören ist: Patientinnen und Patienten erheben ihre Stimme – nicht im Sinne einer Anklage, sondern im Sinne einer begründeten Erwartungshaltung.

Genau von dieser Perspektivendifferenz sprechen die Patientinnen und Patienten in den Interviews. Niemand zweifelt die prinzipielle Kompetenz der Medizinerinnen und Mediziner an (nicht einmal jene junge Frau, die sieben Jahre auf ihre Diagnose warten musste). Aber alle reagieren mit Unruhe, wenn sie ihre Fragen, ihre Anliegen nicht aufgenommen finden, wenn sie sich in medizinische Kategorien gepresst und wenn sie sich nicht als Individuen wahrgenommen fühlen.

Outcome und Experience sind also nicht dasselbe, sondern verdanken sich unterschiedlichen Perspektiven. Mit dem Soziologen Armin Nassehi (2018) gesprochen, haben wir es hier mit einer *unaufhebbaren Perspektivendifferenz* zu tun. Sie ist unaufhebbar, aber keinesfalls unbearbeitbar. Die Bearbeitung dieser Perspektivendifferenz ist allerdings anspruchsvoll (Nassehi 2019). Als Mitglieder einer modernen Gesellschaft sind wir gehalten zu lernen, mit solchen Perspektivendifferenzen umzugehen und unsere Erwartungen und unser Verhalten adäquat zu orientieren. Darum lernt die Ärztin oder der Arzt im Spitalalltag gleichzeitig medizinische, ökonomische, rechtliche und ethische Perspektiven und – mehr oder weniger – *Individualität* aufseiten der Patientin oder des Patienten zu

³ <https://www.ichom.org>

⁴ Was unabwendbar ist, nicht nur aus gesellschaftlichen Gründen, sondern auch weil die Medizin bei vielen Krankheiten darauf verwiesen ist, dass Patienten «mitspielen» und zu motivieren sind, ihr Verhalten anzupassen. Das gelingt aber nur, wenn hinreichend wechselseitige Akzeptanz der Fall ist. Darum ist die Art der Krankheit so entscheidend. Im Fall des schweren Herzinfarkts will man den Schmerz loswerden, geheilt werden, nicht die Stimme erheben. Im Fall chronischer Leiden sieht das naturgemäss ganz anders aus.

berücksichtigen. Es gilt mit dieser seltsamen Mischung aus asymmetrischer Expertisen-Verteilung und kommunikativen Symmetrie-Erwartungen einen konstruktiv-professionellen Umgang zu finden. Darum muss auch der Patient oder die Patientin lernen, sich in dieser anspruchsvollen Spannung von Asymmetrie und Symmetrie einzubringen, dass er/sie mit seinen/ihren Erzählungen dem medizinischen Gegenüber *hilft, damit die eigenen Fragen und Sorgen hinreichend Raum finden*.⁵ Kurz, als Patientin oder Patient heisst es zu lernen, dass die Mediziner für sie da sind und ihre Perspektive gleichzeitig eine andere ist.⁶

Vier abschliessende Prämissen für eine gelingende Bearbeitung der Perspektivendifferenzen lassen sich nach der Beschäftigung mit den eindrücklichen Patienteninterviews formulieren: nämlich,

- (1) dass die Differenz der Perspektive der Patientinnen und Patienten, die *Patient experience*, gegenüber dem medizinisch definierten *Outcome*, als relevant anerkannt wird;⁷
- (2) dass ein erfolgreiches «Management» dieser Perspektivendifferenz nur durch dialogische Verfahren – auf Augenhöhe – gelingen kann,
- (3) dass die kommunikativen und interaktionellen Anpassungsleistung der Patientinnen und Patienten in den Situationen der medizinischen Versorgung stärker gewürdigt werden⁸
- (4) dass die Medizin sich der Bedeutung unterschiedlicher Settings⁹ für die *Patient experience* noch bewusster wird und die sich jeweils darin ergebenden Gestaltungsspielräume noch differenzierter nutzt.

Empfehlungen

Zwei Richtungen scheinen uns empfehlenswert zu verfolgen:

In der Bildung

Das Vorhandensein sowie der Umgang mit der beschriebenen Perspektivendifferenz erscheinen uns stark aufklärungs- und bildungsbedürftig. Der Umgang mit dieser Differenz (sei es die der Patientin oder des Patienten, der Pflegenden, der Ärztin oder des Arztes, ...) produziert grosse kommunikative wie interaktionelle Anforderungen. Diese Anforderungen gehen über die Kommunikationsschulungen hinaus, wie sie heute in begrüssenswerter Weise in der Ausbildung von Fachpersonal weitgehend Standard sind. Scharf formuliert: die Patientenperspektive ist durch die Professionellen nicht einzuholen, da hilft auch die Rede vom «ganzen Menschen» nicht weiter, und dieser grundlegende Sachverhalt ist auch durch «gute» Kommunikation nicht wettzumachen. Was es braucht, sind Konzepte und Instrumente, die bessere Übereinkünfte und Abstimmungen zwischen den verschiedenen Akteuren bzw. Perspektiven erlauben, und die in der Lage sind die anspruchsvolle Gleichzeitigkeit von Asymmetrie und Symmetrie zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient – für beide Seiten - noch besser

⁵ Konkret kann man sich diese Schwierigkeit rasch vor Augen führen, wenn man sich erinnert, wie oft man vielleicht schon beim Arztbesuch gezögert hat bestimmte Fragen zu stellen.

⁶ Darum gibt es auch auf ärztlicher Seite viele Erzählungen über unbefriedigende Interaktionen mit Patienten.

⁷ Auch wenn in den professionellen Entwicklungen und Konzepten viele diesbezügliche Hinweise und Versuche zu finden sind, signalisieren die Interviews, wie sehr noch «room for improvement» existiert.

⁸ Ein (nicht ganz ernst gemeintes) Gedankenexperiment aus gegebenem Anlass, um die Sache auf den Punkt zu bringen: Was wäre, wenn das Gesundheitspersonal einmal von den Balkonen klatschen und sich bedanken würde für die Anpassungsleistungen ihrer Patienten an ihre Strukturen und Systeme?

⁹ Beispielsweise entlang der Achse akut – chronisch.

bewältigbar machen.¹⁰ Folgende drei Gedankenanstöße könnten erste Schritte zu solchen Konzepten sein:

- Man könnte sich erstens vorstellen, ein Programm zu entwerfen, welches vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung der Arzt-Patienten-Verhältnisse eine Übersicht über moderne und aktuelle Konzepte wie «shared decision making», «patientenzentrierte Medizin», etc. vermittelt. Das Ziel dieses Programms wäre, die «Kontingenz», also die Möglichkeit unterschiedlicher Gestaltung des Arzt-Patienten-Verhältnisses zu verdeutlichen und zu zeigen, wie sehr diese von gesellschaftlichen, professionellen, organisatorischen und kommunikativen Dynamiken beeinflusst sind – und weiter in Entwicklung befindlich sind. Man könnte sich vorstellen, dass ein solches Programm für angehende Medizinerinnen und Mediziner eine informative und hilfreiche Sache sein und zu mehr Ideen der Gestaltung dieser Verhältnisse führen könnte.
- Zweitens gäbe es die Möglichkeit, dass interaktionsbezogene Ansätze wie beispielsweise das «motivational interview» in den Aus- und Weiterbildungen der Medizinal- und Gesundheitsberufen systematischer gelehrt werden könnten, weil sie Versuche darstellen, eben mit dieser Perspektivendifferenz einen Umgang zu finden.¹¹
- Drittens wäre es denkbar, dass speziell in der Weiterbildung aufgrund zunehmend vielfältiger Erfahrungen eine systematischere Auseinandersetzung (z.B. in Form von Supervision) mit dieser Perspektivendifferenz stattfinden könnte.

In der Praxis

Die Bedeutung der unterschiedlichen Krankheits- und Patientensituationen für das Erleben und die Qualitätswahrnehmung der Patientinnen und Patienten (s. Spektrum) weisen darauf hin, dass differenziertere, professionelle Ansätze angesagt sind. Es geht also nicht um «die Medizin» als Ganzes, sondern *um spezifische Settings, und wie in ihnen diagnostische, therapeutische und betreuende Aktivitäten differenziert und zugunsten guter Patientenerfahrungen integriert werden*. Nicht nur die Perspektivendifferenzen zwischen Patientinnen/Patienten und Professionellen sind dabei relevant, sondern auch die Unterschiede zwischen den verschiedenen Krankheitsgruppen und Versorgungssettings sowie auch den diversen Kulturen der medizinischen Fächer und Berufsgruppen.

Die beschriebene Differenzierung zwischen PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) und PREMs (Patient-Reported Experience Measures) bietet dafür eine gute Basis. Die PREMs wären als eine wichtige Ergänzung medizinischer Outcome-Messungen zu fördern. Offensichtlich wären diese inkl. differenzierter Erhebungsinstrumente krankheitsspezifisch zu entwickeln. Auf Organisationsebene könnte anstelle der wenig aussagekräftigen Patientenzufriedenheits-Messungen systematischer auf *Patient experiences* fokussiert werden, um professionell und organisatorisch relevantere Daten erheben zu können.

¹⁰ Wenn man so will, ist hier das Dilemma der Moderne zu sehen: Indem «Personen» ins Spiel kommen, wird das Handling von Kommunikation und Interaktion viel aufwendiger. Wir bringen uns selbst ins Spiel, das erzeugt aber wesentlich höheren und anspruchsvollen Kommunikationsbedarf.

¹¹ So wichtig Kommunikationsschulungen sind, so begrenzt bleiben sie insofern als sie suggerieren können, dass, wenn der Experte richtig spricht, die Sache gut ist, aber zu wenig belichtet bleibt, welche gemeinsame Leistung die Interaktion zwischen Arzt/Pflege/ ... und Patientin/Patient bedeutet und wie mit dieser Gemeinsamkeit (symmetrisch) bei Bestehen eines Wissensasymmetrie umgegangen werden kann.

Literatur

- Atzeni G., (2016), Professionelles Erwartungsmanagement. Zur soziologischen Bedeutung der Sozialfigur Arzt. Baden-Baden: Nomos
- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. (2008) The Triple Aim: Care, Health, And Cost. Health Affairs 27, no.3:759-769
- Bull C, Byrnes J, Hettiarachchi R, Downes M. A systematic review of the validity and reliability of patient-reported experience measures. Health Serv Res. 2019; 00: 1-13
- D'Avena A, Agrawal S, Kizer KW, Fleisher LA, Foster N, Berwick DM. Normalizing High-Value Care: Findings of the National Quality Task Force. NEJM Catalyst May 1, 2020
- Grob R. What Words Convey: The Potential for Patient Narratives to Inform Quality Improvement. Milbank Quarterly 2019; 97: 176-227
- Mery G et al. What do we mean when we talk about the Triple Aim? A systematic review of evolving definitions and adaptations of the framework at the health system level. Health Policy 2017; 121: 629–636
- Nassehi A (2018) Die letzte Stunde der Wahrheit: Kritik der komplexitätsvergessenen Vernunft. kursbuch-edition
- Nassehi A, Saake I, Barth N. (2019) Die Stärke schwacher Verfahren Zur verfahrensförmigen Entdramatisierung von Perspektivendifferenzen im Kontext der Organspende. Zeitschrift für Soziologie 48(3): 190–208
- Saake I (2003), Die Performanz des Medizinischen. Zur Asymmetrie der Arzt-Patienten-Interaktion. Soziale Welt, 54. Jahrg., H. 4, pp. 429-459
- SAMW, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems. Swiss Academies Communications 2019, 14 (2)
- Vincent, C. und Staines, A. Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit im Schweizer Gesundheitswesen. Bern: Bundesamt für Gesundheit, 2019

Anhang

Leitfragen Interviews

1. Was sind die wichtigsten Dinge, die Sie sich bei einem Aufenthalt im Spital oder einer Praxis bzw. im Kontakt mit Ärzten, Pflegenden u.a. erwarten?
2. Wenn Sie über die Dinge nachdenken, die Ihnen am wichtigsten sind, wie schneiden Ihre Behandelnden und Betreuenden ab?
3. Nun möchten wir uns auf das konzentrieren, was in den letzten 12 Monaten in Ihren Erfahrungen mit Ihrem Leistungserbringer und seinen Mitarbeitern gut gelaufen ist. Bitte erzählen Sie mir, was und wie es ablief und wie es sich für Sie angefühlt hat.

Wenn Sie nochmals an jene Situationen zurückdenken, die Sie als gut erfahren haben, worauf kam es dabei an, was waren die wichtigen Elemente?

4. Als Nächstes möchten wir uns auf alle Erfahrungen mit Ihrem Leistungserbringer und seinen Mitarbeitern konzentrieren, von denen Sie sich wünschten, dass sie in den letzten 12 Monaten anders verlaufen wären. Bitte erzählen Sie, was und wie es ablief ist und wie es sich für Sie angefühlt hat.

Wenn Sie nochmals an jene Situationen zurückdenken, die Sie als weniger gut erfahren haben, worauf kam es dabei an, was waren die wichtigen Elemente?

5. Gibt es sonst noch etwas, das Sie sich gewünscht hätten oder etwas, das Sie sich anders gewünscht hätten?
6. Wenn Sie sich Ihre Behandlung und Betreuung in der Zukunft vorstellen, was und welche Verbesserungen wären Ihnen ganz besonders wichtig?
7. Und eine letzte Frage zu Ihrer Person, die Sie natürlich nur beantworten, wenn Sie wollen:
 - was ist Ihr Alter?
 - was ist Ihre Krankheit?
 - was ist/war Ihr Beruf?