

Behandlungsqualität von Hausärzten in Einzel- und Gruppenpraxen der Schweiz

C. Berberat, K. Matter-Walstra,
F. Schöni-Affolter, B. Künzi,
A. Busato

Zusammenfassung

Diese schweizerische Studie untersucht Unterschiede in der Zufriedenheit von Patienten mit ihren Hausärzten, die entweder in Einzel- oder Gruppenpraxen tätig sind. Die Daten für diese Auswertung stammen aus den Datenbanken von PEK (Programm Evaluation Komplementärmedizin) und swisspep Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen. Strukturelle Daten von Ärzten und Patienten wurden mittels Fragebogen erhoben. Als Methode der Evaluation der Patientenzufriedenheit wurde der EUROPEP-Fragebogen mit 23 Fragen verwendet.

Die Studie umfasste 763 Ärzte in Einzel- (EP) und Gruppenpraxen (GP) und Fragebögen von 32 700 Patienten. Trotz teilweise unterschiedlicher Strukturen in der Ärzte- und Patientenpopulation ergaben die Auswertungen des EUROPEP-Fragebogens unter Einbezug von verschiedenen Kofaktoren geringe Unterschiede. Bei 5 von 23 Fragen schnitten die EP signifikant besser ab.

Die Resultate dieser Studie über Patientenzufriedenheit in der Schweiz zeigen in bezug auf Arzt und die Praxisorganisation, dass die Patienten mehrheitlich eine hohe Zufriedenheit ausdrücken und es keine deutlichen Unterschiede zwischen EP und GP gibt.

Einleitung

In den letzten Jahren wurden vermehrt Anstrengungen unternommen, um die Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Arzt anhand von Befragungen zu untersuchen. Solche Befragungen können Ärzten eine wichtige Orientierung über die Sichtweise ihrer Patienten geben und bei Unzufriedenheit mögliche Gründe liefern [1–3]. Auch wie die Patienten die Praxisorganisation (Erreichbarkeit des Arztes, Wartezeit bis zu einem Termin u.a.) bewerten, wird oftmals nicht beachtet oder zuwenig wahrgenommen [4]. Gute kommunikative Fähigkeiten eines Arztes haben einen grossen Einfluss auf eine optimale Arzt-Patienten-Beziehung und können eine solche

Qualité du traitement prodigué par les médecins de premier recours dans les cabinets individuels et de groupe en Suisse

Cette étude suisse a pour objet l'examen des différences dans la satisfaction des patients à l'égard de leur médecin de famille, en cabinet individuel ou de groupe. Les données de cette étude proviennent du programme d'évaluation des médecines complémentaires et du programme d'évaluation des cabinets médicaux par l'Institut pour l'évaluation de la qualité et la recherche dans le système de santé (swisspep). Les données structurelles des médecins et des patients ont été recueillies à l'aide de questionnaires. La satisfaction des patients a été évaluée au moyen d'un questionnaire de l'EUROPEP composé de 23 questions.

L'étude a porté sur 763 médecins en cabinets individuels et cabinets de groupe et sur 32 700 patients.

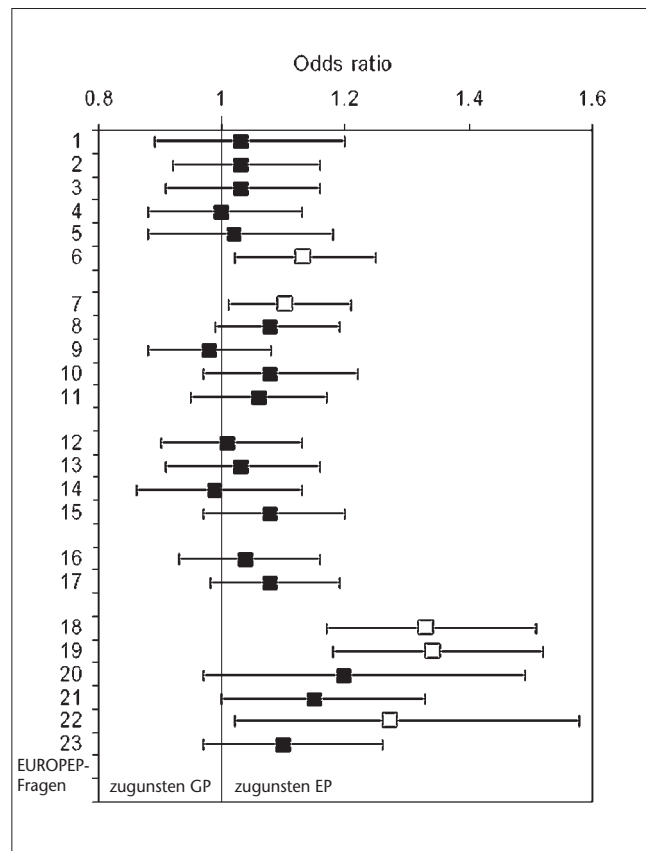
Malgré les structures en partie différentes de la population de médecins et patients envisagée, les résultats du questionnaire de l'EUROPEP, tenant compte de divers cofacteurs, montrent d'infimes différences. Pour 5 des 23 questions, les médecins en cabinets individuels obtiennent un résultat nettement meilleur.

Les résultats de cette étude sur la satisfaction des patients en Suisse montrent par rapport au médecin et à l'organisation du cabinet que la plupart des patients sont satisfaits et qu'il n'y a que peu de différences entre les médecins en cabinets individuels et en cabinets de groupe.

Korrespondenz:
PD Dr. med. vet. MSc André Busato
Institute for Evaluative Research
in Orthopaedic Surgery
Stauffacherstrasse 78
CH-3014 Bern
Tel. 031 631 59 62/64
Fax 031 631 59 31

andre.busato@memcenter.unibe.ch

Abbildung 1
Odds ratios EUROPEP.



festigen [5–7]. Die verschiedenen Erfahrungen der Patienten in bezug auf ihren Arzt und die Praxis sowie die allgemeine Patientenzufriedenheit können die Bewertung sowohl der Arzt-Patienten-Beziehung als auch die der Praxisqualität mit beeinflussen. Jede Arzt-Patient-Interaktion hinterlässt eine Erfahrung und formt die Meinung des Patienten gegenüber seinem Arzt [8]. Keating et al. zeigten, dass sich negative Patientenerfahrungen auf das Vertrauen und die Wertschätzung des Arztes auswirkten. Dabei handelte es sich vor allem um jene schlechten Erfahrungen, die sich auf die Kommunikation zwischen Arzt und Patient beziehen [8].

Gruppenpraxen haben in den letzten Jahren in vielen Ländern an Zahl und Beliebtheit zugenommen, so arbeitet beispielsweise ein Drittel der amerikanischen Ärzte in Gruppenpraxen. Verschiedene Studien aus Amerika zeigten, dass Gruppenpraxen in bezug auf Produktivität bessere Ergebnisse erzielten als Einzelpraxen [9]. Ärzte in Gruppenpraxen haben oftmals den Vorteil, dass sie in Teilzeitstellen arbeiten und somit Familie und Freizeit mit ihrer Arbeit besser ins Gleichgewicht bringen können. Auch die Praxis-

kosten können aufgeteilt werden. Ein weiterer Vorteil beim Arbeiten in Gruppenpraxen ist die Möglichkeit, sich unter Kollegen auszutauschen und, wenn nötig, Rat zu suchen [9, 10]. Vergleiche von verschiedenen Praxistypen weisen darauf hin, dass Einzelpraxen kürzere Konsultationen haben als grössere Praxen, wie z. B. Gruppenpraxen (umgerechnet auf Patient/Arzt) [11]. Die Länge der Gesprächsdauer zwischen Arzt und Patient scheint aber für die Patientenzufriedenheit weniger kritisch zu sein als das Gelingen des Arztes, dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, während des Gesprächs im Zentrum seiner Aufmerksamkeit zu stehen und verstanden zu werden [7].

In der Schweiz arbeiten momentan mehr Ärzte in EP als in GP, wobei der Trend zur GP zunimmt [12, 13]. In früheren Studien konnte gezeigt werden, dass Unterschiede zwischen den einzelnen Praxistypen (EP vs. GP) bezüglich der Konsultationslänge, der Produktivität und medizinischen Ausstattung der Praxis, der Häufigkeit des Arztwechsels u. a. bestehen [7, 9–11]. GP können dank Teilung der Kosten den Patienten häufiger ein breiteres diagnostisches Angebot machen als EP. Ärzte in GP arbeiten aber auch häufiger in Teilzeit als Ärzte in EP, und ihre Verfügbarkeit für den Patienten ist daher oft beschränkt [9]. Diese Gründe könnten deshalb dazu führen, dass sich die Patientenzufriedenheit in EP und GP unterscheidet. Weiter kann spekuliert werden, dass die Patientenbeurteilung der arzt-spezifischen Qualitäten der Betreuung sich auch auf die Beurteilung anderer Praxisqualitäten auswirkt.

In dieser Studie soll nun mit Hilfe des EUROPEP-Fragebogens untersucht werden, ob Unterschiede zwischen EP und GP bezüglich Patientenzufriedenheit bestehen und, falls ja, in welchem Bereich – Kommunikation, Erreichbarkeit, Praxisorganisation, Information, medizinisch-technische Versorgung – diese liegen.

Material und Methoden

Grundsätzlich wurden die Vorgaben der WONCA [14] zur Definition des Begriffs «Hausarzt» angewendet. Er umfasst alle praktizierenden Ärzte mit einem FMH-Facharztstitel in Allgemeinmedizin oder Innerer Medizin (wenige Ärzte weisen keinen FMH-Facharztstitel auf). Dementsprechend arbeiteten in der Schweiz im Jahre 2004 gemäss santésuisse 6962 Hausärzte in ambulanten Praxen [15].

Die Daten für diese Studie stammen aus der Datenbank der Jahre 1998–2006 von swisspep Institut für Qualität und Forschung im Gesund-

heitswesen sowie aus dem PEK (Programm Evaluation Komplementärmedizin [16])* , in dessen Rahmen sie 2002 und 2003 erhoben wurden. Die Hausärzte arbeiten in einer Einzel-, Gruppen- oder HMO-Praxis. Die Patientenpopulation umfasst Patienten >18 Jahre. Die Gemeinden wurden anhand der vom Bundesamt für Statistik (BFS) verwendeten Gemeindetypologie in ländliche und städtische Gemeinden eingeteilt.

Ein adaptierter EUROPEP-Fragebogen, der in der Schweiz seit einigen Jahren als Teil des swisspep-Instrumentariums (QualiDoc [17] bzw. seit 2004 als Teil des European Practice Assessment EPA [18]) Verwendung findet, wurde eingesetzt, um die Zufriedenheit von Patienten mit ihren Hausärzten und Praxen [1] zu evaluieren.

Der Fragebogen beinhaltet 23 Fragen, wobei jede Frage über eine 5stufige Antwortskala (1 = schlecht bis 5 = ausgezeichnet) bewertet werden kann. Aufgrund von statistischen Analysen bilden die 23 Fragen 2 Dimensionen ab. Die Fragen 1–17 werden als sogenannte «clinical behaviour» und die Fragen 18–23 als «Praxisorganisation» zusammengefasst. Weiter können die Fragen in 5 Bereiche (Arzt-Patienten-Beziehung und Kommunikation, medizinisch-technische Versorgung, Information und Unterstützung, Kontinuität und Kooperation, Verfügbarkeit und Erreichbarkeit) unterteilt werden [1]. Die Patientenfragebögen werden ab Stichtag fortlaufend an 75 Patienten pro EP (in Doppelpraxen und GP je 40 pro Arzt) in der Sprechstunde abgegeben, von diesen in der Praxis beantwortet und in eine versiegelte Urne eingeworfen, die an swisspep gesandt wird. Im Ausnahmefall kann der Fragebogen zu Hause ausgefüllt und dann per Post an swisspep gesandt werden.

Für diese Studie wurde die Antwortskala des EUROPEP-Fragebogens dichotomisiert, d. h., der Antwortoption «ausgezeichnet» wurde der Wert 1 zugeordnet und allen anderen, nichtfehlenden Antworten der Wert 0. Die Häufigkeiten der Antwort «ausgezeichnet» wurden dann als Basis für die statistische Analyse der Daten verwendet. Diese erfolgte zuerst deskriptiv mit Hilfe von Frequenztabellen und in einem zweiten Schritt analytisch mit Hilfe von multivariaten logistischen Modellen, in denen die Wahrscheinlichkeit der Antwort «ausgezeichnet» für jede Frage einzeln analysiert wurde. Die HMO-Praxen wurden von der statistischen Analyse ausgeschlossen, da zum Zeitpunkt der Studie noch zuwenig Daten aus HMO-Praxen zur Verfügung standen, um diesbezüglich gesicherte Aussagen zu machen.

Das verwendete Modell enthielt neben dem Hauptfaktor Praxistyp (Einzel- oder Gruppenpraxis) folgende Variablen als zusätzliche Kofaktoren:

- Geschlecht des Arztes;
- Anzahl Jahre Erfahrung als Hausarzt;
- Vorhandensein eines komplementärmedizinischen (CAM) Fähigkeitsausweises der FMH (ja/nein);
- Alter des Patienten;
- Geschlecht des Patienten.

Die Resultate wurden als Schätzwerte des relativen Risikos (Odds ratios) der Antwort «ausgezeichnet» interpretiert. Sämtliche statistischen Analysen wurden unter Berücksichtigung von gruppierten Daten auf Niveau Praxis durchgeführt, und die Signifikanzschwelle statistischer Tests wurde auf $p < 0,05$ festgelegt.

Sowohl vom BAG, als Besitzer der PEK-Daten, wie auch von swisspep Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen liegen entsprechende Datennutzungsverträge vor.

Resultate

Insgesamt standen Daten von 760 Hausärzten aus sämtlichen Kantonen der Schweiz zur Verfügung. Der Anteil der durch die Patienten ausgefüllten Fragebögen betrug für die swisspep-Daten 80,2%, während im PEK-Projekt 53,2% der Fragebögen von den Patienten ausgefüllt zurückgeschickt wurden.

Die Analyse der Strukturdaten der Ärztespopulation ergibt 80,5% Ärzte gegenüber 19,5% Ärztinnen. Ärztinnen arbeiten signifikant häufiger in GP (56,46%) als in EP (40,14%) und HMO (3,40%). Die männlichen Kollegen arbeiten signifikant häufiger in EP (61,94%) als in GP (36,08%) oder HMO (1,98%). Das Durchschnittsalter der Ärzte beträgt 50,13 Jahre (min. 32, max. 81 Jahre), wobei es in EP mit 51,13 Jahren signifikant höher liegt als in GP (49,09). Bezüglich durchschnittlicher Dauer der Praxistätigkeit und der Verteilung der CAM-Titel («mit/ohne») unter den verschiedenen Praxistypen gibt es keine signifikanten Unterschiede (Tab. 1).

Werden die Praxen entsprechend ihres geographischen Standortes analysiert, zeigt sich, dass sich fast die Hälfte der Praxen (49,34%) in Zentrumsgemeinden befindet. Ein signifikanter Unterschied liegt in der Standortverteilung zwischen EP und GP vor: Man findet die GP vor allem in den Städten und nur vereinzelt in ländlichen Gebieten. Arztpraxen in der Deutschschweiz sind unter den evaluierten Praxen mit

* Die PEK-Daten wurden vom BAG nach Unterzeichnung eines Datenlieferungsvertrags zur Verfügung gestellt. Gemäss Vertrag hatte das BAG keinerlei Einfluss auf Form und Inhalt des vorliegenden Artikels.

85,92% am besten vertreten (EP: 83,45%, GP: 88,33%). Die Anteile aus der französisch- und italienischsprachigen Schweiz betragen 12,24% bzw. 1,58%, und nur 0,26% sind aus rätoromanisch sprechenden Regionen. Insgesamt besteht aber kein signifikanter Unterschied zwischen den EP und GP in bezug auf die Sprache (Tab. 2).

Tabelle 1

Verteilung des Praxistyps nach Geschlecht des Arztes, komplementärmedizinischem Titel, Alter des Arztes und Dauer der Praxistätigkeit.

	Praxistyp			Total (n)
	EP n (%)	GP n (%)	HMO n (%)	
<i>Geschlecht des Arztes</i>				
Männlich	376	219	12	607
Weiblich	59	83	5	147
Total	435	302	17	754
<i>Komplementärmedizinischer Titel</i>				
Mit	110	86	0	196
Ohne	326	216	25	567
Total	436	302	25	763
<i>Alter des Arztes</i>				
N	402	271	15	688
Durchschnitt (Jahre)	51,13	49,09	41,87	50,13
SD (Jahre)	6,69	6,60	3,62	6,78
<i>Dauer der Praxistätigkeit</i>				
N	366	246	15	627
Durchschnitt (Jahre)	25,99	25,69	38,67	26,18
SD (Jahre)	12,25	13,50	2,29	12,76

EP = Einzelpraxis; GP = Gruppenpraxis; HMO = Health Maintenance Organization.

Tabelle 2

Verteilung der verschiedenen Praxistypen nach Gemeindetyp und Sprachanteil.

	Praxistyp			Total (n)
	EP (n)	GP (n)	HMO (n)	
<i>Gemeindetyp</i>				
Städtische Gemeinden	328	268	25	621
Ländliche Gemeinden	107	32	0	139
Total	435	300	25	760
<i>Sprache</i>				
Deutsch	363	265	25	653
Französisch	61	32	0	93
Italienisch	10	2	0	12
Rätoromanisch	1	1	0	2
Total	435	300	25	760

EP = Einzelpraxis; GP = Gruppenpraxis; HMO = Health Maintenance Organization.

Die Strukturanalyse der Patienten (N = 32 700) ergab, dass mehr Frauen (61,9%) an der Studie teilnahmen. Die Verteilung hinsichtlich des Patientengeschlechts innerhalb der drei Praxistypen ist signifikant verschieden, wobei Frauen häufiger (63,6%) GP aufsuchen als Männer (36,4%) im Vergleich zu EP (60,6% weiblich, 39,4% männlich). Auch findet man eine signifikant unterschiedliche Verteilung der Patienten von EP und GP bezüglich des Bildungsniveaus. Patienten mit höherem Bildungsstand (Lehre, Universität) besuchen etwas häufiger eine GP als Patienten mit tieferem Bildungsstand (Primar-, Sekundarschule). Hinsichtlich des selbstdeklarierten Gesundheitsbefindens oder des Anteils chronisch kranker Patienten ergeben sich keine signifikanten Unterschiede (Tab. 3).

Die Evaluation der Patientenzufriedenheit in den verschiedenen Arztpraxen ergibt in 5 von 23 Fragen statistisch signifikante Unterschiede der Odds ratio (OR) zugunsten der EP: je eine Frage («Wie wurde auf die vertrauliche Behandlung Ihrer Daten und Unterlagen geachtet?»), die die Arzt-Patienten-Kommunikation, und eine («Hat er Ihre Beschwerden schnell gelindert?»), die die medizinisch-technische Versorgung evaluiert. Aus der Gruppe Praxisorganisation wurden drei Fragen («Wie war die Hilfsbereitschaft der anderen Praxismitarbeiter/innen [ausser dem Arzt]?»), «Wie war es Ihnen möglich, passende Termine zu bekommen?» und «Wie waren die Wartezeiten in Ihrer Praxis?» [Score 43,63% EP, 37,02% GP] in EP häufiger mit «ausgezeichnet» beantwortet als in GP. Die OR aller 23 Fragen berücksichtigen die Dauer der Praxistätigkeit, das Geschlecht des Arztes, den komplementärmedizinischen Fähigkeitsausweis sowie Geschlecht und Alter der Patienten (Tab. 4). In bezug auf Unterschiede in der Patientenzufriedenheit von EP, GP und HMO-Praxen zeigt sich, ohne dass zum Zeitpunkt der Studie entsprechende statistische Analysen durchgeführt wurden, eine deutlich schlechtere Beurteilung von HMO-Praxen. Das heisst, der Anteil der Antwortoption «ausgezeichnet» war in Fragebögen von HMO-Patienten deutlich geringer als in EP oder GP.

Diskussion

In der vorliegenden Studie wird die Patientenzufriedenheit in verschiedenen Praxistypen (EP vs. GP) untersucht. Sie bestätigt, dass die Patienten in der Schweiz mit ihren Hausärzten allgemein zufrieden sind. Diese Resultate sind vergleichbar mit ähnlichen EUROPEP-Patientenbefragungen [1]. Im Vergleich zwischen EP und GP weisen 5 der 23 Fragen darauf hin, dass die

Tabelle 3

Soziodemographische Merkmale und Gesundheitszustand der Patienten innerhalb der verschiedenen Praxistypen.

	Praxistyp					
	Einzelpraxis		Gruppenpraxis		HMO	
	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI
<i>Geschlecht</i>						
Männlich	39,4	37,9–40,9	36,4	34,5–38,2	38,7	32,1–45,3
Weiblich	60,6	59,1–62,1	63,6	61,8–65,5	61,3	54,7–67,9
<i>Bildungsstand</i>						
Primarschule	17,4	15,9–19,0	14,1	12,6–15,6	8,7	5,9–11,5
Sekundarschule	14,1	13,3–15,0	14,0	12,8–15,2	12,5	9,8–15,2
Lehre	45,1	44,1–46,1	46,3	45,1–47,6	44,7	39,3–50,1
Universität	16,6	15,4–17,7	18,6	17,3–20,0	24,7	20,4–29,1
Andere	6,8	6,2–7,4	7,0	6,3–7,6	9,4	6,4–12,4
<i>Gesundheitsstatus</i>						
Ausgezeichnet	4,6	4,2–5,0	4,5	4,1–5,0	7,9	5,9–9,9
Sehr gut	20,8	20,0–21,7	21,8	20,7–22,8	28,6	25,7–31,6
Gut	50,7	49,7–51,7	50,4	49,2–51,6	48,0	44,5–51,6
Weniger gut	21,1	20,1–22,0	20,2	19,2–21,3	12,9	10,2–15,6
Schlecht	2,8	2,4–3,1	3,1	2,8–3,5	2,6	1,6–3,6
<i>Dauer der Erkrankung</i>						
0–3 Monate	51,8	49,8–53,7	52,5	50,5–54,5	64,0	56,3–71,8
>3 Monate	48,2	46,3–50,2	47,5	45,5–49,5	36,0	28,2–43,7

Patienten in EP die Qualität der Interaktion zwischen Arzt und Patient generell besser bewerten als in GP. Mit Ausnahme der Frage 7: «Hat er Ihre Beschwerden schnell gelindert?» und der Frage 22: «Wie waren die Wartezeiten in der Praxis?» wurden aber alle Fragen durch die Patienten mit über 50% als ausgezeichnet bewertet. Andere europäische Studien zeigen ein grosses Defizit in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient [19]. In der Schweiz beurteilen jedoch über 60% aller Patienten ihre Arzt-Patienten-Beziehung und die Kommunikation mit ihrem Arzt als «ausgezeichnet». Die Annahme, dass sich die Patientenzufriedenheit in den einzelnen Praxistypen (EP, GP) massiv unterscheidet, lässt sich nicht eindeutig verifizieren.

Die unterschiedliche geographische Verteilung der einzelnen Praxistypen in der Schweiz lässt erkennen, dass EP vor allem in den ländlichen Gemeinden und GP mehr in städtischen Zentren vorkommen. Trotz dieser unterschiedlichen Verteilung der Praxistypen in der Stadt und auf dem Land unterscheidet sich die Patientenzufriedenheit in EP und GP nur gering. Dies lässt sich damit erklären, dass die Patienten auf dem Land gegenüber den Patienten in der Stadt

meist eine geringere Auswahl des Praxistyps haben – da es oftmals nur einen Arzt pro Gemeinde gibt – und deshalb auch keine Vergleiche zwischen EP und GP anstellen können. Jene Patienten in der Stadt, die zwischen EP und GP Vergleiche ziehen könnten, haben meist die Möglichkeit, ihren Wunschpraxistyp (EP oder GP) auszuwählen, was die allgemein sehr hohe Zufriedenheit erklären kann.

Die grössere Ärztedichte in den Zentren ermöglicht einen Zusammenschluss der Ärzte in GP [20]. Es besteht seit einigen Jahren in der Schweiz und auch in anderen Ländern die Tendenz zu GP. Für die praktizierenden Ärzte weisen GP gegenüber EP verschiedene Vorteile auf, wie zum Beispiel Kostenteilung, Austausch kollegialer Rates, bessere Lebensqualität und Job-sharing [9]. Die Kostenteilung ermöglicht den GP bessere medizinische Ausstattungsmöglichkeiten. Die Patienten müssen in der Folge weniger rasch einen Spezialisten aufsuchen. All dies scheint aber auf die Patientenzufriedenheit nur einen geringen Einfluss zu haben, denn EP und GP wurden von den Patienten, was die Dimension des «clinical behaviour» betrifft, praktisch gleich bewertet. Ein Hinweis darauf, dass die Betreuung in EP wahrscheinlich als persönlicher und effizienter empfunden wird, ergibt sich aus der Tatsache, dass drei der signifikant besser beurteilten Fragen die Dimension der Praxisorganisation betreffen. Die Patienten fühlen sich in einer EP persönlicher betreut.

Zusätzlich wurden neben geographischen und demographischen Faktoren auch ein eventueller Fachausweis für Komplementärmedizin (CAM-Titel) des Arztes sowie Geschlecht und Alter des Patienten für die Auswertung der Patientenzufriedenheit im statistischen Modell berücksichtigt. Die Verteilung der CAM-Titel in EP und GP wurde als möglicher Kofaktor der Patientenzufriedenheit mit einbezogen, da dies die Patientenzufriedenheit beeinflussen kann. Es zeigte sich, dass CAM-Benutzer vor allem jünger, vorzugsweise Frauen sind und einen höheren Bildungsstand haben. Patienten verlangen oftmals die Komplementärmedizin, weil sie mit den schulmedizinischen Therapien unzufrieden sind. Die CAM-Therapien zeigen häufig eine grössere Zufriedenstellung der Patienten, wenn die Schulmedizin ungenügende Resultate erzielt, wie z.B. in Fällen von muskuloskeletalen, metabolischen oder generell chronischen Krankheiten [21]. Aber die vorliegende Studie zeigt auch, dass sich auch unter Einbezug dieser Kofaktoren die Patientenzufriedenheit zwischen EP und GP nicht deutlich unterscheidet.

Stärken und Schwächen dieser Untersuchung

Die Daten dieser Arbeit stammen aus zwei Projekten mit unterschiedlichem Hintergrund und wurden nicht spezifisch zur Untersuchung von Unterschieden der Patientenzufriedenheit in verschiedenen Praxisformen erhoben. In beiden Fällen handelt es sich um Stichproben von Ärzten, die aus bestimmten Gründen an der Teilnahme der jeweiligen Untersuchung interessiert waren. Demzufolge handelt es sich nicht um Zu-

fallsstichproben, und es muss davon ausgegangen werden, dass die Patientenzufriedenheit in einem zu positiven Sinn verzerrt ist. Es besteht allerdings wenig Grund zur Annahme, dass diese Verzerrung in den verschiedenen Praxisformen ungleich ausgefallen ist. Der Rücklauf der Fragebögen entspricht mit 53% im PEK-Projekt einem für derartige Studien üblichen Wert, während ein Rücklauf von 80% in den swisspep-Daten überdurchschnittlich ist. Dies kann auch mit der

Tabelle 4

Patientenzufriedenheit (EUROPEP-Fragebogen). Score = Prozent der mit «ausgezeichnet» beantworteten Fragen.

Fragen	Praxistyp ^o			EP vs. GP; OR (95%-CI)
	EP	GP	HMO	
<i>Arzt-Patienten-Beziehung und Kommunikation</i>				
1. Hat er Ihnen während des Arztbesuchs das Gefühl vermittelt, dass er Zeit für Sie hat?	66,82	66,75	57,83	1,03 (0,89–1,20)
2. Hatte er Interesse an Ihrer persönlichen Situation?	64,68	63,78	54,17	1,03 (0,92–1,16)
3. Wie leicht hat er es Ihnen gemacht, über Ihre Probleme zu sprechen?	63,23	62,51	54,54	1,03 (0,91–1,16)
4. Wie hat er Sie in Entscheidungen über Ihre medizinische Behandlung einbezogen?	61,88	61,64	53,66	1,00 (0,88–1,13)
5. Wie hat er Ihnen zugehört?	70,56	70,55	64,65	1,02 (0,88–1,18)
6. Wie wurde auf die vertrauliche Behandlung Ihrer Daten und Unterlagen geachtet?	74,42	72,28	66,12	1,13 (1,02–1,25)*
<i>Medizinisch-technische Versorgung</i>				
7. Hat er Ihre Beschwerden schnell gelindert?	42,00	39,80	39,64	1,10 (1,01–1,21)*
8. Wie hat er Ihnen geholfen, damit Sie sich gut genug fühlten, um Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachgehen zu können?	54,74	52,35	52,39	1,08 (0,99–1,19)
9. Wie gründlich war er?	64,55	64,05	61,20	0,98 (0,88–1,08)
10. Wie führte er bei Ihnen körperliche Untersuchungen durch?	58,97	56,84	53,20	1,08 (0,97–1,22)
11. Wie hat er Ihnen Angebote zur Krankheitsvorbeugung gemacht (z. B. Vorsorge, Impfung, Gesundheitskontrollen u. ä.)?	51,83	49,68	45,25	1,06 (0,95–1,17)
<i>Information und Support</i>				
12. Wie hat er Ihnen den Zweck von Untersuchungen und Behandlungen erklärt?	65,50	65,02	59,27	1,01 (0,90–1,13)
13. Wie hat er Sie über das informiert, was Sie über Ihre Beschwerden bzw. Erkrankung wissen wollten?	67,07	66,48	60,87	1,03 (0,91–1,16)
14. Wie hat er Ihnen beim Umgang mit Ihren Gefühlen im Zusammenhang mit Ihrem Gesundheitszustand geholfen?	57,35	56,98	48,81	0,99 (0,86–1,13)
15. Wie hat er Ihnen erläutert, wie wichtig es ist, seine Ratschläge zu befolgen?	53,02	50,16	44,14	1,08 (0,97–1,20)
<i>Kontinuität und Kooperation</i>				
16. Wie hat er sich erinnert, wie er Sie bei früheren Gesprächen behandelt und beraten hat?	56,14	53,91	46,25	1,04 (0,93–1,16)
17. Wie hat er Sie darauf vorbereitet, was Sie beim Facharzt bzw. im Krankenhaus erwartet?	57,92	55,34	49,55	1,08 (0,98–1,19)
<i>Praxisorganisation</i>				
18. Wie war die Hilfsbereitschaft der anderen Praxismitarbeiter/innen (ausser dem Arzt)?	70,03	62,18	58,11	1,33 (1,17–1,51)*
19. Wie war es Ihnen möglich, passende Termine zu bekommen?	65,72	61,71	56,59	1,34 (1,18–1,52)*
20. Wie war die telefonische Erreichbarkeit der Praxis?	62,49	55,32	47,24	1,20 (0,97–1,49)
21. Wie war es möglich, den Hausarzt selbst am Telefon zu sprechen?	58,23	53,96	38,21	1,15 (1,00–1,33)
22. Wie waren die Wartezeiten in der Praxis?	43,63	37,02	32,19	1,27 (1,02–1,58)*
23. Wie erhielten Sie schnelle Hilfe bei dringenden Gesundheitsproblemen?	73,57	69,99	59,32	1,10 (0,97–1,26)

EP = Einzelpraxis; GP = Gruppenpraxis; HMO = Health Maintenance Organization.

^o Prozentzahl der Antwort «ausgezeichnet»; * Unterschied statistisch signifikant.

etwas unterschiedlichen Methode der Fragebogenabgabe zusammenhängen. Im weiteren stammen die Daten aus Arztpraxen der ganzen Schweiz, und wir erachten aus diesen Gründen die entsprechenden Resultate als valide Repräsentation der Patientenzufriedenheit in EP und GP für die ärztliche Grundversorgung.

Schlussfolgerung

In der Schweiz waren in 2004 6962 Hausärzte in ambulanter Praxis tätig. Mehr als die Hälfte davon arbeitet in Einzelpraxen. Es besteht jedoch ein Trend zu GP, die für Ärztinnen und Ärzte attraktive Arbeitsbedingungen bieten. Mit dieser Studie, die mehr als 10% aller niedergelassenen Hausärzte umfasst, kann gezeigt werden, dass Ärzte in GP im EUROPEP-Fragebogen mit einer etwas schlechteren Bewertung in bezug auf die Dimension der Kontinuität und Praxisorganisation von den Patienten beurteilt werden. Im übrigen drücken aber die Patienten eine grosse Zufriedenheit mit ihrem Hausarzt sowohl in EP und in GP aus, und die Unterschiede zwischen den einzelnen Praxistypen (EP/GP) sind minimal.

Literatur

- 1 Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. Patients evaluate general/family practice – the EUROPEP instrument. Task force on patient evaluations of general practice care. *Br J Gen Pract.* 2000;50:882-7.
- 2 Jung H, Wensing M, de Wilt A, Olesen F, Grol R. Comparison of patients' preferences and evaluations regarding aspects of general practice care. *Fam Pract.* 2000;17:236-42.
- 3 Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J. [How do patients evaluate general practice? German results from the European Project on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP)]. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich.* 1999;93:437-45.
- 4 Kissling T. Erfahrungen mit QualiDoc. *Primary Care.* 2001;1:99-100.
- 5 Clark W, Lipkin M, Graman H, Shorey J. Improving physicians' relationships with patients. *J Gen Intern Med.* 1999;14(Suppl 1):S45-50.
- 6 Cooper-Patrick L, Gallo JJ, Gonzales JJ, Vu HT, Powe NR, Nelson C, Ford DE. Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. *JAMA.* 1999;282:583-9.
- 7 Dorr Goold S, Lipkin MJ. The doctor-patient relationship: challenges, opportunities, and strategies. *J Gen Intern Med.* 1999;14(Suppl 1):S26-33.
- 8 Keating NL, Green DC, Kao AC, Gazmararian JA, Wu VY, Cleary PD. How are patients' specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction, and considering changing physicians? *J Gen Intern Med.* 2002;17:29-39.
- 9 Lin HC, Xirasagar S, Laditka JN. Patient perceptions of service quality in group versus solo practice clinics. *Int J Qual Health Care.* 2004;16:437-45.
- 10 van den Hombergh P, Engels Y, van den Hoogen H, van Doremalen J, van den Bosch W, Grol R. Saying "goodbye" to single-handed practices; what do patients and staff lose or gain? *Fam Pract.* 2005; 22:20-7.
- 11 Campbell JL, Ramsay J, Green J. Practice size: impact on consultation length, workload, and patient assessment of care. *Br J Gen Pract.* 2001; 51:644-50.
- 12 Dürrenmatt U. Hausärztedichte im Kanton Bern 2005. 1-Minuten-Umfrage des VBH (Verein Berner Hausärztinnen und Hausärzte). *Primary Care.* 2006;6:441.
- 13 Böcken J, Braun B, Amhof R, Schnee M (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2006.
- 14 Wonca Europe. The European Definition of General Practice/Family Medicine. 2002. www.woncaeurope.org.
- 15 Jaccard Ruedin H, Roth M, Bétrisey C, Marzo N, Busato A. Angebot und Inanspruchnahme an ambulanten medizinischen Leistungen in der Schweiz. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2007.
- 16 Melchart D, Mitscherlich F, Amiet M, Eichenberger R, Koch P. Programm Evaluation Komplementärmedizin (PEK). Schlussbericht. Bern: BAG; 2005.
- 17 Kissling B. Arpa und QualiDoc: Eine vergleichende Darstellung zweier auf Patientenbefragung basierender Qualitätsinstrumente. *Primary Care.* 2002;2(6):157-63.
- 18 Christen P. Das europäische Praxis-Assessment EPA: auf dem Weg zu einem indikatoren geschützten Qualitäts-Managementsystem für Hausarztpraxen. *Primary Care.* 2004;4:688-9.
- 19 Eversmann T. Das deutsche Gesundheitswesen und die viel gelobte Spitzenposition. *Diabetologe.* 2006;1:71-5.
- 20 Obsan. Ärzte in privater Praxis pro 1000 Einwohner (Indikator 5.1.1). Neuenburg: Obsan; 2006.
- 21 Lee GB, Charn TC, Chew ZH, Ng TP. Complementary and alternative medicine use in patients with chronic diseases in primary care is associated with perceived quality of care and cultural beliefs. *Fam Pract.* 2004;21:654-60.