

Die Bedeutung des Zeitfaktors in der medizinischen Praxis

Was auch immer das Wesen der Zeit sein mag, das Setzen von Zeitpunkten und die Angabe von Zeitintervallen ermöglichen ein planvolles zukunftsgerichtetes Handeln.

In der **Notfallmedizin** spielt der Zeitfaktor bekanntlich eine große Rolle, wenn wir an die engen Zeitfenster denken, die vorgeben, welche sofortige Interventionen noch erfolgversprechend sind; sei es bei einem akuten Koronarsyndrom, einem ischämischen Insult oder einem Herz-Kreislauf-Stillstand. Hier erfolgen Weichenstellungen, die entscheidend dafür sind, wie weit der Patient/die Patientin wiederhergestellt werden kann und mit welchen funktionellen Defiziten er oder sie weiterleben wird.

Auch im **allgemeinmedizinischen Praxisalltag** stellt die Zeit einen wichtigen Faktor dar, der sowohl die Qualität des ärztlichen Handelns als auch den Krankheits- und Genesungsverlauf unserer Patient:innen beeinflusst. Hier geht es nicht um Minuten oder Stunden wie in der Notfallmedizin, mitunter bedarf es längerer Zeiträume, um diagnostische Erkenntnisse zu gewinnen oder den Effekt therapeutischer Maßnahmen beurteilen zu können.

Manchmal können wir medizinisch relevante Veränderungen nur deshalb wahrnehmen, weil zwischen zwei Konsultationen ein genügend langes Zeitintervall liegt, das krankheitsspezifische Auffälligkeiten zu Tage treten lässt. Vor allem bei noch dis-



MR Dr. Gustav Kamenski



MRin Dr. Waltraud Fink

kreten Veränderungen wie z. B. einer leichten Bewegungsverlangsamung, einem leicht vorgebeugten Gang oder der abnehmenden Schriftgröße eines uns seit Langem bekannten Patienten mit beginnendem Morbus Parkinson kann ein längerer Beobachtungszeitraum überhaupt erst den Verdacht auf diese chronische Krankheit auslösen.

Faktor Zeit: Diagnosestellung, Therapie, Untersuchung

Die Aspekte der Zeit im allgemeinmedizinischen Alltag sind vielfältig. „Die Zeit heilt Wunden“, sagt der Volksmund, in vielen Fällen trägt sie zum Heilungsverlauf bei und ist somit ein wichtiges Therapeutikum. Der Faktor Zeit hat aber auch das Potenzial, eine Diagnosestellung oder die Therapie einer Gesundheitsstörung zu verzögern, wenn – aus welchen Gründen auch immer – zu viel wertvolle Zeit verstreicht und eine Krankheit fortschreitet. In meiner und vermutlich auch in anderen Praxen wird eine zunehmend große Zahl an Überweisungen ausgestellt, und man erwartet, dass der Pa-

tient/die Patientin zur vereinbarten Besprechung des Resultates wieder in die Ordination kommt, was aber nicht immer geschieht. Da kann es passieren, dass Untersuchungen und die Besprechung hinausgezögert werden. Die Gründe dafür sind breitgefächert, oft wird auch Zeitmangel angegeben. Der Patient/die Patientin hat sich nicht die „Zeit dafür genommen“. Sind wir Allgemeinärzt:innen für eine solche Verzögerung verantwortlich, ist es unsere Aufgabe, hier zu überwachen und nachzukontrollieren, oder kann die Eigenverantwortlichkeit unseres Klientels vorausgesetzt werden?

Gerade bei uncharakteristischen Beschwerden, wo keine wissenschaftlich fundierte Diagnose erreicht werden kann und die diagnostische Unsicherheit von Symptomen- oder Symptomgruppen bleibt, tritt die Bedeutung des Faktors Zeit deutlich hervor.

Wann, wenn überhaupt, soll der Patient/die Patientin wiederbestellt werden? Lediglich, wenn keine Besserung eintritt? Oder in jedem Fall, da es sich um das erste Symp- ▶

tom einer im Entstehen begriffenen Krankheit handeln könnte?

Wenn „red flags“ (ursprünglich für „back pain“ beschrieben) vorhanden sind, ist die Entscheidung für weitere, vertiefte Diagnostik meist klar, aber sonst bleibt es oft im Ermessens des Arztes/der Ärztin. Die eigene Erfahrung, das Bauchgefühl und die Beobachtung der Symptomatik über bestimmte kürzere oder längere Zeiträume sind wichtige Entscheidungshilfen.

Die Zeit, die in der Allgemeinpraxis pro Patient/pro Patientin zur Verfügung steht, wird immer limitiert und knapp bemessen sein. Unser Ziel muss es sein, sie so nutzbringend wie möglich einzusetzen.

Wie viel Zeit haben wir für eine einzelne allgemeinmedizinische Konsultation?

Die Frage, wie viel Zeit man mindestens pro Patient/pro Patientin zur Verfügung haben sollte, ist nicht global zu beantworten. Es kommt dabei natürlich auf den Einzelfall an. Ein hochbetagter multimorbider Patient, der gerade aus dem Spital kommt, braucht sicher mehr Zeit, bis alle Medikamente auf Indikation, Interaktionen und Nebenwirkungen überprüft und nötige Kontrolltermine in die elektronische Patientenkartei eingegeben sind, als ein Kind mit unkomplizierten Varizellen. Anders sieht das schon bei einem Kind mit wiederkehrenden Kopf- oder Bauchschmerzen aus.

Konsultationsdauer weltweit

Der Praxisforscher R. N. Braun betont in seinem Lehrbuch der Allgemeinmedizin, dass der Allgemeinarzt Kürzestberatungen dringend als Lieferant der unerlässlichen Zeitreserven benötigt: „Erst wenn der Arzt mehrere Male den Durchschnitt für Einzelberatungen erheblich unterschritten hat, kann er mit dieser Reserve andere Patienten, für deren allgemeinärztliche Versorgung ein höherer Aufwand unerlässlich erscheint, längere Zeit beraten“.

Über den durchschnittlichen Zeitbedarf pro Patient/pro Patientin lieferte Braun 1963 eine wichtige Studie. Gemäß eigener Erfahrung schätze ich ihn in meiner Praxis auf 6 bis 10 Minuten.

Was wissen wir über die durchschnittliche Beratungszeit an der ersten ärztlichen Linie im internationalen Kontext?

Dazu ist 2017 von Greg Irving et al. im *BMJ Open* ein großes systematisches Review erschienen, das erstmals die durchschnittliche Konsultationsdauer bei Allgemein- und Familienärzt:innen in ökonomisch entwickelten und weniger entwickelten Ländern auch in Hinblick auf die Pro-Kopf-Ausgaben im Gesundheitssystem und die Auswirkungen auf verschiedene Gesundheitsparameter vergleicht. Es wurden 111 Publikationen aus 67 Ländern von 1946 bis 2016 herangezogen und über 28 Millionen Einzelkonsultationen erfasst. Die durchschnittliche Konsultationszeit variierte zwischen einer Minute in Bangladesch und 23 Minuten in Schweden. Unter den 67 Ländern waren 18, deren gesamte Bevölkerung bereits 50 % der Weltbevölkerung ausmachten. In diesen Ländern hatten die primärärztlich Tätigen nur 5 Minuten oder weniger für den Einzelfall zur Verfügung. 25 Länder hatten durchschnittliche Konsultationszeiten von 5 bis 9,9 Minuten, 11 Länder von 10–14,9 Minuten, 13 Länder von 15 bis 19,9 Minuten, und nur 3 Länder hatten über 20 Minuten Zeit für eine ärztliche Beratung.

Im Vereinigten Königreich und in den USA konnte ein Trend zu längeren Konsultationszeiten über die Jahre festgestellt werden, in Australien blieben die Konsultationszeiten relativ stabil.

Konsultationsdauer – Gesundheitskosten, Spitalszuweisungen und Qualität

Es bestanden auch signifikante Assoziationen zwischen der durchschnittlichen Konsultationsdauer, den Gesundheitskosten pro Kopf und den Zuweisungsraten in Spitälern.

Wie wichtig ist nun die Konsultationslänge für die Qualität der ärztlichen Versorgung? Man könnte meinen: je länger, desto besser. Ein systematisches Cochrane Review fand allerdings nur ungenügende Evidenz zur Frage, ob Patient:innen von längeren Konsultationszeiten profitieren. Jedenfalls wirken sie sich positiv auf Gesundheitsförderung, Patient:innen-Empowerment und die Qualität der Karteiführung aus.

Andere Reviews fanden sehr wohl einen Vorteil längerer Konsultationszeiten, z. B. für genaueres diagnostisches Erfassen von psychischen Gesundheitsproblemen; weiters wurde festgestellt, dass beispielsweise

Zeitdruck die Behandlung von Depressionen erschwert. Des Weiteren ergaben klinische Studien, dass bei multimorbiden Patient:innen längere Konsultationszeiten die Lebensqualität und die Selbständigkeit verbessern können. In anderen Studien stellte sich heraus, dass die Dauer der Konsultation positiv mit der Zufriedenheit der Ärzt:innen korrelierte.

Konsultationsdauer und Zufriedenheit

Kurze Konsultationszeiten scheinen auch mit vermehrtem Burn-out der primärärztlichen Versorger:innen verknüpft zu sein. Interessanterweise fand sich keine signifikante Beziehung zwischen der durchschnittlichen Dauer der Konsultation und der Patient:innen-Zufriedenheit. Erwähnenswert ist auch, dass kurze Konsultationszeiten in vielen Studien zu mehr Polypharmazie, hohen Raten von Antibiotikaverschreibungen und schlechterer Kommunikation mit den Patient:innen führten. Eine interessante Beobachtung war auch, dass längere Konsultationszeiten nicht zu einer Verringerung der Zahl der jährlichen Arztbesuche führten.

Die Daten lassen vermuten, dass eine durchschnittliche Konsultationszeit von 5 Minuten eine untere Grenze für vernünftiges ärztliches Handeln darstellt. Aufgrund vieler methodischer Einschränkungen dieses systematischen Reviews sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren. Trotzdem gibt dieses Review einen guten Überblick über die globale Verteilung der durchschnittlichen Länge von Konsultationszeiten, vor allem im Hinblick auf den sozioökonomischen Status und die Höhe der Gesundheitsausgaben pro Kopf. Bemerkenswert ist, dass die WHO die durchschnittliche Konsultationszeit als einen Qualitätsindikator ansieht, wobei sie zusammen mit der INRUD (International Network for the Rational Use of Drugs) der Konsultationszeit große Bedeutung für eine sichere und kosteneffektive Verschreibung von Medikamenten beimisst.

Resümee

Alles in allem bewegt sich die durchschnittliche Konsultationszeit in der primärärztlichen Versorgung in einem relativ engen Rahmen von 1 bis 23 Minuten. Primärärztliche Versorger:innen in wohlhabenden Ländern können sich den Luxus

längerer Beratungsgespräche leisten, ihre Kolleg:innen in sozioökonomisch schlechter gestellten Ländern müssen hier mit sehr knappen zeitlichen Ressourcen auskommen. Für alle gilt es jedoch, dieses

Zeitfenster im Rahmen der vom jeweiligen sozialen Gesundheitssystem vorgegebenen Möglichkeiten optimal zu nutzen, wobei hier dem Erkennen eines abwendbar gefährlichen Verlaufes eine entscheidende

Rolle zukommt.

Referenzen:

- Irving G et al., BMJ Open 2017; 7:e017902. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017902
- Braun RN, Fink W, Kamenski G, Lehrbuch der Allgemeinmedizin – Theorie, Fachsprache und Praxis. Berger, Horn Wien; 2007

Berufstheoretische Überlegungen zum Zeitfaktor

Die Allgemeinpraxis wird durch den Zeitfaktor sehr wesentlich geprägt. Man muss ihn studieren, will man die angewandte Medizin begreifen. Diese forschende Betrachtung der Heilkunde im gesamten Rahmen, der ihr durch die Tatsachenwelt gesetzt ist, nenne ich **berufstheoretisch**.¹

Untersuchungen über die Zeit als gestaltender Faktor in der allgemeinmedizinischen Praxis fand Braun besonders geeignet, um die spezifische Arbeitsweise zu beleuchten und damit für die notwendige eigenständige Forschung und Ausbildung zu argumentieren.

Im Lehrbuch 1970 leitet Braun das entsprechende Kapitel mit Kindheitserinnerungen ein: „Auf dem Schreibtisch im Ordinationsraum meines Vaters lag ein rot eingebundenes, mittelgroßes Jahrbuch. Jeder Tag hatte darin englinierte Seiten. Es handelte sich um das Werbegeschenk einer Heilmittelfirma. Vater sorgte, dass es ihm alljährlich zukam. Darin trug er täglich seine Klienten untereinander ein. Abends warfen wir Kinder gern einen Blick hinein. Wir waren stolz, wenn Vater die Seite vollgeschrieben hatte. Daher weiß ich genau, dass die Namen gewöhnlich mindestens zwei Längskolonnen ausfüllten; das waren 50–60 Beratungsfälle.“ In der Sprechstunde des Großvaters waren es mindestens ebenso viele. „Das Problem, eigenverantwortlich in kurzer Zeit ärztliche Beratungen zu geben, ist also nicht neu.“¹

Medizin ohne Berücksichtigung des Zeitfaktors gelehrt

Braun beklagte damals, dass die Medizin ohne Berücksichtigung des Zeitfaktors gelehrt wird. Aber lesen wir nicht auch heutzutage in den Fortbildungsartikeln stereotyp die Forderung, dass man sich Zeit für

eine gründliche Anamnese nehmen und eine gründliche Untersuchung durchführen muss, dann würde man schon zur „richtigen Diagnose“ kommen?

Zeitstudien

Wie die Realität in der Praxis aussieht, zeigte Braun 1963 in einer Studie, in der er 102 Arbeitsstunden als Praktiker analysierte.² Er stellte fest, dass für die tatsächlichen Patientenkontakte nur etwa ein Drittel der Zeit verwendet werden kann. Für den „Durchschnittsfall“ hatte er 7 Minuten zur Verfügung. Die durchschnittliche Zeit für Anamnese lag bei 2 Minuten, für Untersuchung 2,7 Minuten und für therapeutische Aktionen 2,3 Minuten.

Braun hatte sich selbst mit der Stoppuhr geprüft. In den USA wurde 30 Jahre später eine viel umfassendere Studie durchgeführt, wo zwei „research nurses“ die ärztlichen Aktivitäten stoppten.³ Hier wurde eine durchschnittliche Ordinationszeit von 10 Minuten ermittelt. Es gab zwanzig unterschiedliche Arzt-Patienten-Interaktionen zu erfassen. Die Analyse zeigte, dass 55,9 % der Konsultationszeit für das anamnestiche Gespräch verwendet wurde, 22,9 % für die Untersuchung, 32 % für Behandlungen, immerhin auch 7,8 % für „chatting“. „Counseling“, „nutrition advice“, „preventive services“ und Ähnliches erreichten kaum 1 % der zur Verfügung stehenden Zeit. Alles in allem ähneln sich die Ergebnisse.

Zeiteinsparung in der Massenpraxis

Von schnell erledigten Beratungen, die zeitraubende kompensieren helfen, war im vorigen Beitrag schon die Rede. Braun diskutiert weitere Bemühungen, in einer Massenpraxis Konsultationszeit einzusparen. Er führt Unterlassung einerseits und

Überweisung andererseits an. Beim raschen Überweisen in den spezialistischen Bereich gibt er zu bedenken, dass nicht nur die Zeit not exportiert wird. „Diese Patienten entbehren bei sofortiger Überweisung der zusammenschauenden, allgemeinmedizinischen Erstdiagnostik“, was „später schwer oder nicht ausgleichbar ist“. „Rundreisen“ der Patienten werden begünstigt, und es kommt zu einer „Verzettelung der ärztlichen Verantwortung, die ein Praktiker mangels Autorität auch nicht mehr korrigieren könne“.

Braun führt aus, dass auch spezifisch allgemeinmedizinische Funktionen abgegeben werden.

„Eine wichtige Funktion an der ärztlichen ersten Linie ist ... das abwartende Offenlassen von Fällen trotz ungeklärter Diagnose ... So klingen zahlreiche Gesundheitsstörungen nach Anwendung einer Kurzdiagnostik ab, deren negativer Ausfall selbstredend ganz andere Folgen haben würde, befände sich der nämliche Fall im Krankenhaus oder in spezialistischer Obhut.“²

Um Zeit zu gewinnen, ist die Versuchung groß, die – und sei es nur eine gezielte – körperliche Untersuchung zu unterlassen oder aber auch einen Hausbesuch durch telefonische Fernberatung einzusparen.

„... so zieht wohl sein Verhalten, es ‚darauf ankommen zu lassen‘, zu allermeist keine Folgen nach sich. Die Fälle solcher Art, bei denen die Minimaldiagnostik eine Weichenstellung auslöst oder gar lebensrettend ist, fallen ziffernmäßig zwar kaum ins Gewicht, doch gerade in diesem bescheidensten Gewichtunterschied liegt ein sehr wesentlicher Teil der Daseinsberechtigung für die ärztliche Allgemeinmedizin begründet.“ Braun attestiert jedoch seinen Kollegen und Kolleginnen, „dass die große Mehrheit verständig und gewissenhaft genug ist“.²

Er diskutiert weiters die Zeiteinsparung durch eine Sprechstundenhilfe, an die manches delegiert werden kann. So könnten statt 25 vielleicht 30 Patienten im selben Zeitraum versorgt werden. Als Steigerung gleichsam kann man den Einsatz von „*nurse practitioners*“ besonders im anglo-amerikanischen Raum sehen.

„Minutenmedizin“ in Lehre und Forschung

Das eigentliche Problem ist dadurch aber

auch nicht gelöst. Denn wie die „unabänderliche Minutenmedizin“ als „wissenschaftlich fundierte ärztliche Tätigkeit“, mit „*im eigenen Rahmen zumutbarer Gründlichkeit*“ geleistet werden kann, dazu gibt es noch viel zu forschen. Allerdings sind die bereits von Braun erarbeiteten diagnostischen Fachbegriffe für Beratungsergebnisse ohne überzeugende Diagnosestellung (Kasografie), die Behelfe in Form von diagnostischen Programmen und weitere theoretischen Grundlagen noch im-

mer keine Selbstverständlichkeit in der akademischen Lehre. ■

Literatur:

- 1 Braun RN, Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis. Urban&Schwarzenberg, München Berlin Wien 1970
- 2 Braun RN, Die Allgemeinpraxis und der Zeitfaktor. Dtsch Med Wochenschr. 1963; 88:2084-2092
- 3 Stange KC et al., Illuminating the „black box“. A description of 4454 patient visits to 138 family physicians. J Fam Pract. 1998 May; 46(5):377-89

Kopien der verwendeten Originalliteratur können bei der Verfasserin MRⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Waltraud Fink angefordert werden: waltraud.fink@gmx.at

SAVE the date

weitere Informationen und Anmeldung
www.oegpam.at



Wir freuen uns auf ein Wiedersehen!

Die aktuellen Herausforderungen an uns Ärzt*innen und die gesellschaftspolitischen Veränderungen sind Thema bei folgenden zwei ÖGPAM-Veranstaltungen, um durch Anregungen und Diskussion unsere Perspektiven zu erweitern.



14.
Mai
2022

WEGE AUS DER KRISE

8. TAGUNG DER ÖGPAM

SAMSTAG, 14. MAI 2022, 09:00 - 17:30 UHR, ÄRZTEKAMMER FÜR SALZBURG & ONLINE-TEILNAHME MÖGLICH



17.
Sep.
2022

PHILOSOPHISCHE WANDERUNG

SAMSTAG, 17. SEPTEMBER 2022, 10:00 UHR, IM WALDVIERTEL