



universität
wien

MAGISTERARBEIT

Titel der Magisterarbeit

**Der informierte Patient. „Partizipative Entscheidungsfindung“
als neue Herausforderung für Ärzte und deren
Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung.
Dargestellt am Beispiel von Zöliakie sowie Krebs.**

Verfasserin
Julia Zeidlhofer, Bakk. phil.

angestrebter akademischer Grad
Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 066 841
Studienrichtung lt. Studienblatt: Publizistik und Kommunikationswissenschaft
Betreuer: Univ. -Prof. Dr. Klaus Schönbach



Zur Vereinheitlichung der schriftlichen Arbeiten und der Vorbeugung von Plagiatsfällen bitten wir Sie, die folgenden Informationen zur Kenntnis zu nehmen und mit ihrer Unterschrift zu bestätigen:

Die nicht belegte Verwendung der geistigen Arbeit anderer, insbesondere die nicht zitierte Übernahme oder Paraphrasierung von Passagen aus deren Werken, konstituiert ein Plagiat. Die auszugsweise oder gänzliche Aneignung fremder Arbeiten zur bewussten Erschleichung eines Leistungsnachweises kann studien- und zivilrechtliche Konsequenzen zeitigen. Ebenso ist die erneute Abgabe eigener oder fremder Texte sowie von Arbeiten, die nur geringfügig modifiziert wurden, zum selben Zweck unzulässig.

Daten der Lehrveranstaltung:

LV-Titel:	Comp.Nr.:	Semester:
LV-LeiterIn:	LV-Art:	
Titel/Untertitel der schriftlichen Arbeit:		
Name:		Matrikel-Nr./ Studienkennzahl:
Vorname:		
Vermerk: (intern)		

Hiermit bestätige ich, die vorliegende Arbeit eigenständig verfasst zu haben und entsprechend der Richtlinien redlichen wissenschaftlichen Arbeitens der Universität Wien (veröffentlicht im Mitteilungsblatt vom 31.1.2006) sorgfältig überprüft zu haben. Diese Arbeit wurde nicht bereits in anderen Lehrveranstaltungen von mir oder anderen zur Erlangung eines Leistungsnachweises vorgelegt.

Datum

.....

Unterschrift

.....

Bitte legen Sie dieses Formular jeder schriftlichen Arbeit bei.

„Worte sind die wichtigsten Vermittler für den Einfluss, den ein Mensch auf den anderen ausüben will. Worte sind gute Mittel, um seelische Veränderungen bei dem hervorzurufen, an den sie gerichtet werden, und darum klingt es nicht länger rätselhaft, wenn behauptet wird, dass der Zauber der Worte Krankheitserscheinungen beseitigen kann“
(Sigmund Freud, 1890)

Vorwort

Die Idee zur vorliegenden Magisterarbeit entstand vor gut einem Jahr während meines Auslandssemesters in Australien. Ich wohnte dort im Studentenheim und kam somit auch in den Genuss der täglichen, herrlich abwechslungsreichen und hochqualitativen College- Kantinenküche. Dementsprechend reagierte mein anscheinend etwas sensibler und verwöhnter österreichischer Magen nach kürzester Zeit mit erheblichen Verdauungsproblemen und Bauchschmerzen. Um diesen unangenehmen Beschwerden auf den Grund zu gehen tat ich das, was mir in meiner Situation am logischsten und vernünftigsten vorkam: Ich wandte mich an Dr. Google und begann so meine intensiven Recherchen im Internet. Unzählige Websites, Foren und Gesundheitsportale später war ich mir beinahe sicher, die Ursache für meine Beschwerden endlich entdeckt zu haben. Meine Selbstdiagnose lautete: Glutenintoleranz. Das musste es einfach sein, denn die Symptome stimmten fast gänzlich mit meinen Beschwerden überein und auch unter den mannigfachen Ursachen für Zöliakie fand ich so einige, die durchaus auf mich zutrafen. Zuversichtlich begann ich, sämtliche glutenhaltige Lebensmittel von meinen Speiseplan zu streichen und achtete akribisch auf Veränderungen bei meiner Verdauung. Mit dem ausbleibenden Erfolg schwand auch meine Hoffnung, endlich der Ursache meiner Magenprobleme auf den Grund gekommen zu sein. Einige Wochen und erneute, stundenlange, jedoch wenig aufschlussreiche Internetrecherchen später, kehrte ich schließlich wieder von meinen Reisen nach Österreich zurück. Und siehe da, ein einziger Arztbesuch reichte aus um festzustellen, dass nicht Zöliakie meine Verdauungsprobleme verursacht hatte, sondern ein tropisches Darmbakterium, das ich mir offensichtlich aus dem indonesischen Trinkwasser in Bali eingefangen hatte. Ausgesprochen erleichtert kehrte ich wieder zu meinen alten Essgewohnheiten zurück, musste mir jedoch eingestehen, dass ein früherer Arztbesuch mir sicherlich viel Kopfzerbrechen und Leid erspart hätte.

Nur kurz darauf stolperte ich über folgendes Zitat: *“Tierärzte müssen sich wenigstens keine Selbstdiagnosen anhören”* (Louis Pasteur 1822-1895) - und schon sah ich es klar und deutlich vor mir, mein Forschungsthema: der

vorinformierte Patient; das Resultat des zunehmend freien Zugangs zu medizinischen Informationen und ein Abbild meiner eigenen Verhaltensweisen. Entsprechend aufgeregt und neugierig ging ich an diese Untersuchung heran und zu meiner großen Freude erkannte ich mein eigenes Interesse an der Materie auch bei meinen Freunden und Bekannten, sowie bei sämtlichen Ärzten wieder, denen ich während der Pretestphase von meinem Forschungsthema erzählte. Offensichtlich handelte es sich bei der von mir geplanten Forschung tatsächlich um ein Thema, mit dem nicht nur wir Laien, sondern ganz besonders auch die Ärzteschaft zunehmend konfrontiert wird. Ein Arzt antwortete auf meine E-Mail-Interviewanfrage sogar, dass er großes Interesse an einer Teilnahme bei meiner Forschung habe, weil der informierte Patient, und ein adäquater Umgang mit diesem, ihn in seinem Berufsalltag täglich beschäftigen würden. An der Relevanz und Aktualität meiner geplanten Forschung bestanden somit keinerlei Zweifel mehr, der Grundstein für meine Masterarbeit war gelegt und die Arbeit konnte beginnen...

Abschließend möchte ich hier auch noch einige Dankesworte aussprechen:

- An meine Familie, für die große Unterstützung, Motivation und die so genauen und intensiven Korrekturlesearbeiten
- An meinen Freund, für seine verlässlichen Chauffeurs- und Ausdruckdienste
- An meine phantastischen und hilfsbereiten Interviewpartner, die mindestens so begeistert von meinen Thema schienen wie ich selbst.
- Und nicht zuletzt an meinen wunderbaren Betreuer, für seine sensationelle und zuverlässige Unterstützung beim Verfassen dieser Arbeit, dem stets konstruktiven Feedback und der absolut verlässlichsten und schnellsten E-Mail-Beantwortung, die ich je am Publizistik-Institut erleben durfte!

Und noch einige wichtige Anmerkungen zum Schluss: Aufgrund des vereinfachten Leseflusses und der verbesserten Lesefreundlichkeit wurde in der vorliegenden Arbeit auf geschlechtsspezifische Formulierungen und Endungen verzichtet. Bei allen geschlechtsneutralen Worten sind jedoch ausnahmslos beide Geschlechter angesprochen und als gleichwertig zu betrachten.

Um den Umfang der schriftlichen Version dieser Arbeit nicht zu sprengen, wurde entschieden, dass die Transkripte der 24 durchgeführten Experteninterviews nicht in die Druckversion der Arbeit integriert werden. Diese sind jedoch vollständig auf der in dieser Arbeit beigelegten CD abrufbar und stehen bei Bedarf zur Gänze digital zur Verfügung.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
1.1 Intention und inhaltlicher Überblick der Arbeit	6
1.2 Themenrelevanz	8
2. Basisinformationen Zöliakie und Krebs	11
2.1 Krankheitsbild Zöliakie	11
2.2 Krankheitsbild Krebs	12
3. Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung: Vom „Paternalistic Decision Making“ zum „Participatory Decision Making“	14
4. Grundlagen der Patientenbeteiligung und Partizipativen Entscheidungsfindung	20
4.1 Partizipative Entscheidungsfindung und deren Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung	22
4.2 Neue Ärzte, neue Patienten?	24
5. Gespräch – die Schlüsselvariable in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient	27
6. Wissenschaftliche Fragestellung	35
7. Forschungsfragen	35
8. Methodenwahl	36
8.1 Das Experteninterview	36
8.2 Datenerhebung	37
9. Untersuchungsergebnisse	40
10. Resümee und Ausblick	54

Anhang

Leitfaden Experteninterview

Abstract (d)

Abstract (e)

Lebenslauf

1. Einleitung

1.1 Intention und inhaltlicher Überblick der Arbeit

Ärzte und ihre Patienten in Zeiten gesellschaftlicher Emanzipierung, (medialer) Informationsflut und Verschiebung von Wissens- und Machtasymmetrien - ein Thema, das mich von Anfang an begeistert und in seinen Bann gezogen hat. Angesichts des gestiegenen Interesses am Verständnis der Vorgänge im eigenen Körper und der Omnipräsenz medizinischer Informationen nimmt auch der Informationsgrad der Patienten stetig zu.

Ganz besonders das Internet, ein Wildwuchs von fachspezifischen Webseiten und Foren, und der damit einhergehende, vereinfachte und freie Zugang zu sämtlichen Informationen, hat zu tiefgreifenden Veränderungen im Wissens- und Machtgefälle zwischen Arzt und Patient geführt und gleichzeitig deren Rollenverständnis verändert und weiterentwickelt. Der Patient von heute, so scheint es, ist eigenständiger und selbstverantwortlicher, er holt aktiv Informationen über seine Gesundheit ein und will in sämtlichen medizinischen Belangen und Entscheidungen aktiv mit eingebunden werden. Und während davon ausgegangen werden kann, dass ein gewisser Wissensstand bei den Patienten klare Vorteile wie etwa Diagnoseverständnis oder Kommunikation auf Augenhöhe mit sich bringen, kann ein höheres Informationsniveau des Patienten diesen Effekt mitunter aber auch umkehren. Denn Fehlinformiertheit, Misstrauen und Zweifel an der ärztlichen Expertise bilden die Kehrseite der Medaille. Sie führen zu negativen Auswirkungen auf den Behandlungs- und Heilungsprozess und wirken sich mitunter sehr ungünstig auf die gesamte Vertrauens-, Gesprächs- und Beziehungsbasis zum Arzt aus.

Das primäre Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit lautet daher:

„Inwieweit hat sich aus Sicht der behandelnden Ärzte die Arzt-Patienten-Beziehung durch die Verschiebung der Wissensasymmetrie und die aktive Miteinbeziehung der Patienten verändert und welche Strategien müssen Ärzte in diesen Fällen anwenden, um ihre Autorität aufrecht zu erhalten und sich gegenüber anderweitig eingeholten Informationen als Experten durchzusetzen?“

Daraus ergeben sich folgende forschungsleitende Fragen:

- Wie gehen Ärzte mit der neuen Situation des informierten beziehungsweise „mündigen“ Patienten um?
- Wie schätzen sie die Potentiale und Risiken des Internets als Erstinformationsquelle im Krankheitsfall ein?
- Wie wirken sich die Vorinformationen auf die Arzt-Patienten-Beziehung aus?
- Unterscheidet sich in diesem Zusammenhang die ausgewählte Patientengruppe der Zöliakie-Erkrankten von jener der Krebs-Erkrankten?
- Wie bewerten die Ärzte das Beziehungsmodell des „Participatory Decision Making“ in der Praxis?
- Inwieweit haben Ärzte damit zu kämpfen, aus dem Internet eingeholtes Wissen richtigzustellen und sich als Experten durchzusetzen?

Die Arbeit selbst gliedert sich im Groben in zwei große Teilbereiche. Im ersten theoretischen Teil dieser Arbeit werden wesentliche Begriffserklärungen, Konzepte und theoretische Ausführungen hinsichtlich der Beziehung zwischen Arzt und Patient aufgezeigt, die für eine Annäherung an die Thematik notwendig erscheinen. Dem Modell der partizipativen Entscheidungsfindung, sowie dessen Affinitäten und Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung, wird in weiterer Folge besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Der theoretische Teil der Arbeit mündet schließlich in einer ausführlichen Auseinandersetzung mit dem ärztlichen Gespräch und den aus der Literatur entnommenen Erkenntnissen und Studien zur Thematik Arzt-Patienten-Kommunikation.

An diesem Punkt setzt der empirische Teil dieser Magisterarbeit an. Anhand der theoretischen Ausführungen zu Beginn der Arbeit sowie basierend auf dem vorliegenden Erkenntnisinteresse werden mit Hilfe eines Gesprächsleitfadens Experteninterviews mit insgesamt 24 Ärzten durchgeführt, wobei bei der geplanten Forschung ausschließlich die Sichtweise und Wahrnehmung der Ärzte von Zöliakie- beziehungsweise todkranken Krebspatienten untersucht werden soll. Die Auswahl und Gegenüberstellung dieser beiden Erkrankungen ist für die

Untersuchung dahingehend relevant und interessant, da es sich grundsätzlich durch die konkrete Auswahl der Stichproben bei beiden Krankheiten um lebenslange und unheilbare Erkrankungen handelt. Der entscheidende Unterschied soll hier jedoch in Bezug auf die Schwere der Krankheit gemacht werden. Es sollen möglichst zwei Extreme erhoben und gegenübergestellt werden: einerseits Zöliakie als lebenslange, aber nicht tödliche Krankheit und andererseits lebensbedrohliche und tödliche Krebserkrankungen.

Die Experteninterviews werden in einem letzten Schritt mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring anhand der Forschungsfragen ausgewertet und die zentralen Ergebnisse daraus in der Datenanalyse zusammengefasst und interpretiert.

1.2 Themenrelevanz

Die Durchführung der geplanten Untersuchung und somit die Beantwortung der ausgearbeiteten Forschungsfragen ist einerseits für die Wissenschaft relevant, da es sich hier um einen Aspekt in der Kommunikationswissenschaft in Verschränkung mit der Medizin handelt, der erst jüngst erforscht und daher sehr stark in der Entwicklung begriffen ist. Es hat sich in den letzten Jahren laut zahlreicher Studien immer häufiger gezeigt, dass dem Internet nicht nur sozialwissenschaftlich ein enorm hoher Stellenwert zukommt, sondern dass dieses gerade in der Medizin laufend an Bedeutung gewinnt und kontinuierlich neue Fragen aufwirft. Die neue Informiertheit und Mündigkeit von Patienten in einen wissenschaftlichen Kontext zu stellen und eine theoretische Fundierung in Bezug auf den Umgang mit einer völlig neuen medizinischen Ausgangssituation und Patientenschaft zu entwickeln wird Aufgabe und Gegenstand der Forschung in diesem Bereich sein. Somit kann die Untersuchung einerseits weitere Hinweise auf Forschungsbereiche und -lücken geben, Möglichkeiten für Anschlussuntersuchungen aufzeigen und gleichzeitig richtungsweisende Ergebnisse für eine interdisziplinäre Theoriebildung in der Kommunikationswissenschaft und Medizin liefern.

Die durch diese Untersuchung gewonnenen Informationen sind daher auch für zahlreiche Instanzen aus der Praxis relevant. Zum Einen für die Gesellschaft, da sich die Problematik der vorliegenden Arbeit nicht zuletzt auf einem Autoritätsverlust in der Gesellschaft allgemein stützt. Die rasante Weiterentwicklung von Medien und der damit einhergehende freie Zugang zu schier unbegrenzten Massen von Informationen lässt die Grenzen zwischen Experten und Laien, zwischen Wissenden und Unwissenden, und somit eine präzise Abgrenzung der Rollenbilder zunehmend verschwimmen. Informationen sind nicht mehr nur bestimmten Eliten und Gruppierungen vorbehalten, sondern allgemein zugänglich geworden. Und gerade im Bereich der Medizin, wo ärztliches Expertentum und Entscheidungsmacht wesentlich mit deren Autorität zusammenhängen, sind diese Entwicklungen sehr gravierend und werfen laufend neue Fragen und Problematiken in Bezug auf den Umgang mit diesem Autoritätsverlust auf.

Zum Anderen sind die Untersuchungsergebnisse auch für die Patienten selbst und deren gesamtes Umfeld relevant. Einerseits können die Ergebnisse den Patienten die zahlreichen Problematiken der eigenen Informiertheit und Mündigkeit verdeutlichen und so zu einem besseren Verständnis für die durchaus schwierige Situation seitens der Ärzte führen. Dies könnte wiederum das wachsende Misstrauen gegenüber der Ärzteschaft und deren Expertise etwas abbauen, da größeres Verständnis häufig einher geht mit mehr Vertrauen. Und vor allem können die Ergebnisse den Patienten aufzeigen, wo eindeutig die Expertise des Arztes gefragt ist und jegliche Selbstdiagnosen mit Hilfe des Internets unzureichend oder sogar gefährlich sind.

Und nicht zuletzt machen eben diese Problematiken die geplante Forschung auch für Ärzte sehr relevant. Die Untersuchungsergebnisse sollen ihnen praktische Lösungswege aufzeigen, um mit der neuen Situation der informierten Patienten richtig umgehen zu können. Diese Forschung soll Ärzten die Möglichkeiten und Schwierigkeiten in Zusammenhang mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung verdeutlichen und ihnen praktische Ratschläge im Umgang mit diesen Entwicklungen liefern. Dies kann folglich eine effizientere und

präzisere Informationsweitergabe seitens der Ärzte bewirken, deren Expertise stützen und in weiterer Folge die Arzt-Patienten-Beziehung verbessern.

Folglich könnten die Ergebnisse auch einen Beitrag zur Ausbildung von Ärzten leisten. Sie können zeigen, wie tatsächlich in zahlreichen Einzelfällen mit der Informiertheit der Patienten umgegangen wird und möglicherweise aufzeigen, in welche Richtung ärztliches Handeln sich im Zuge dieser Entwicklungen bewegen kann und muss. Beziehungsweise können die Forschungsergebnisse Hinweise darauf geben, wie die Aufgaben von Ärzten im Umgang mit informierten Patienten in Zukunft aussehen werden und welche neuen Aufgabenbereiche sich in Zusammenhang mit der zunehmenden Informiertheit der Patienten möglicherweise erkennen lassen, die in die Ausbildung zukünftiger Ärzte integriert werden müssen, um dieser neuen Situation adäquat zu begegnen und gerecht zu werden.

-THEORIE -

2. Basisinformationen Zöliakie und Krebs

2.1 Krankheitsbild Zöliakie

Zöliakie (in der Medizin auch unter dem Begriff „glutensensitive Enteropathie“ bekannt) ist eine chronische Autoimmunerkrankung, bei der es zu einer entzündlichen Reaktion der Dünndarmschleimhaut nach der Zufuhr von Gluten in der Nahrung kommt. Gluten, oder auch Klebereiweiß genannt, ist ein Eiweiß-Bestandteil im Mehl, das für diverse Backeigenschaften wie das Aufgehen, in Form bleiben und das Zusammenhalten verantwortlich ist (Pietzak et al. 2001, 340).

Bereits sehr geringe Glutenmengen können beim Betroffenen großen Schaden anrichten. Durch die Abwehrreaktionen im Darm wird körpereigenes Gewebe angegriffen, wodurch es zu einer Schädigung der Dünndarmschleimhaut kommt. Dadurch wird die Aufnahme von Nährstoffen gestört und die Betroffenen haben meist mit zahlreichen Beschwerden wie Krankheits- und Schwächegefühl, Müdigkeit, Blähungen, Durchfällen und abnormem Stuhlgang, Bauchschmerzen, Eisenmangelanämie und anderen Mängelscheinungen zu kämpfen. Weitere Symptome sind Muskel- und Gelenksschmerzen, Wachstumsstörungen, Erbrechen, oft starker Gewichtsverlust bis zur Untergewichtigkeit, juckende Bläschen auf der Haut oder psychische Störungen wie Verhaltensstörungen und Depressionen. Nicht alle Zöliakie-Betroffenen haben diese Symptome, manche Patienten haben sogar überhaupt keine Beschwerden (AG Zöliakie). Durch diese Vielfalt an Erscheinungsbildern wird Zöliakie des Öfteren falsch oder gar nicht diagnostiziert. Häufig vergehen Jahre zwischen den ersten subjektiven Wahrnehmungen der Symptome bis zur Diagnosestellung.

Generell kann Zöliakie in jedem Alter ausbrechen, jedoch liegt ein Häufigkeitsgipfel zwischen dem späten Säuglings- und frühen Kleinkindesalter (Einführung der ersten getreidehaltigen Nahrung) und ein zweiter

Häufigkeitsgipfel kann zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr beobachtet werden. Dabei sind Frauen häufiger betroffen als Männer (Granditsch & Vogelsang 2007). Nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft ist Zöliakie nicht heilbar. Die strikte Einhaltung einer lebenslangen, glutenfreien Ernährung ist die derzeit einzige anerkannte Therapiemöglichkeit bei Zöliakie. Weizen-, Roggen-, Gerste-, Dinkel-, Grünkern- und Kamutprodukte müssen aus dem Speiseplan gestrichen werden. Basis der glutenfreien Kost sind Mais, Reis, Kartoffeln, Buchweizen, Hirse, Quinoa und Amaranth (Granditsch & Vogelsang 2007). Bleibt Zöliakie über längere Zeit hinweg unbehandelt, drohen schwerwiegende Folgeerkrankungen, die zum Teil als lebensbedrohlich oder sogar tödlich eingestuft werden können. In den letzten Jahren ist es zu einer deutlichen Zunahme an Zöliakie-Neudiagnosen gekommen. Ursachen dafür dürften die verbesserten Möglichkeiten des Zöliakie-Screenings mittels serologischen Methoden, sowie die Fortbildung und die verstärkte Sensibilität von Internisten, Gastroenterologen und Allgemeinmedizinern für Zöliakie sein (Vogelsang et al. 2009).

2.2 Krankheitsbild Krebs

Krebs ist allgemein ein Sammelbegriff für bösartige Tumore, die durch das unkontrollierte Wachstum entarteter Zellen entstehen. Diese entarteten Zellen fangen an zu wuchern und bilden sogenannte Tumore (= "Verhärtungen"), wobei allgemein zwischen gutartigen (benignen) und bösartigen (malignen) Tumoren unterschieden wird (krebshilfe-wien.at). Im Gegensatz zu den bösartigen Tumoren verdrängen gutartige Tumore ihre Umgebung, während die Bösartigen in sie hineinwachsen. Sie sind in der Lage durch das Blut- und Lymphsystem in andere Gewebe einzudringen. Somit findet das unbegrenzte Wachstum bösartiger Tumore nicht nur am Ort ihrer Entstehung, sondern auch als Tochtergeschwülste (Metastasen) an anderen Stellen und in anderen Organen statt (Grundmann 2007, 11).

Tumore aus bösartigen Zellen ähneln im Verlauf ihrer Entwicklung immer weniger dem Ursprungsgewebe und werden immer aggressiver. Generell können Tumore

in drei Hauptgruppen unterteilt werden: Sarkome (entstehen im Binde-, Stütz- und Nervengewebe wie Knochen, Knorpel, Nerven, Blutgefäßen, Muskeln und Fett), Karzinome (sind die häufigste Krebserkrankung beim Menschen und entstehen in Organen, im Drüsengewebe der Brust und der Prostata, auf der Haut und in der Auskleidung von Körperhöhlen) und Leukämie und Lymphome (befallen blutbildende Organe wie die Milz und das Knochenmark) (krebshilfe-wien.at).

Die Entstehung von Krebs ist ein komplexer und vielschichtiger Prozess, dem sehr vielfältige Ursachen zugrunde liegen können. Krebs wird heute als eine Erkrankung des Erbmaterials von Zellen angesehen. Gerade die Erkenntnisse der letzten Jahre zeigen, dass Lifestyle-Faktoren wie falsche Ernährung, Bewegungsmangel, Tabak- und Alkoholkonsum ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Krebsentstehung spielen (krebshilfe-wien.at).

Im Bereich der Tumortherapie existieren heute grundsätzlich folgende vier Methoden: die Chirurgie, die Strahlentherapie, die Chemotherapie und mit Einschränkungen die Hormontherapie (Antworten auf Ihre Fragen zum Thema Krebs, 35).

Die Strahlentherapie ist eine lokale Behandlungsform mit Hilfe von ultraharten Röntgenstrahlen, Gammastrahlen oder radioaktiven Strahlen, die nur im Bereich der bestrahlten Körperregion wirksam ist. Ihre Wirkung beruht auf einer Hemmung der Zellteilung, sodass der Fortbestand und das Wachstum eines Tumors gehemmt oder gänzlich unterbunden werden kann.

Im Zuge der Chemotherapie wird die rasche Teilung der Tumorzellen dazu benutzt, um die Information, die zur Zellteilung benötigt wird, zu verändern, und damit das Absterben der Tumorzellen herbeizuführen. In den meisten Fällen hat sich eine gleichzeitige oder kombinierte Verwendung von mehreren Medikamenten als günstig erwiesen, wobei Nebenwirkungen wie Übelkeit, Entzündungen der Schleimhäute, Veränderungen des Knochenmarks oder Haarausfall im Zuge der Chemotherapie sehr häufig auftreten (ebd., 37).

Die Hormontherapie wird häufig zur Behandlung von Brust- und Prostatakrebs eingesetzt, da diese zu den sogenannten „hormonabhängigen“ Krebsformen zählen. Durch gezielte Ausschaltung, Beschränkung oder Verstärkung der

Aktivität von bestimmten Hormonen kann die Aktivität von Krebszellen verlangsamt werden. Auch die Hormontherapie kann Nebenwirkungen hervorrufen, die aber meist nur gering und im Verhältnis zu ihrer guten Wirkung akzeptabel sind (ebd.).

Am Beginn des 20. Jahrhunderts hat kaum ein Prozent die Diagnose Krebs länger als ein Jahr überlebt, doch durch die eben beschriebenen Behandlungsmethoden ist es möglich geworden, dass heute fast 50 Prozent der betroffenen Personen überleben, allerdings abhängig vom Sitz und von der Wachstumstendenz des Tumors (Grundmann 2007, 1).

3. Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung: Vom „Paternalistic Decision Making“ zum „Participatory Decision Making“

Die Arzt-Patienten-Beziehung wird als Extremform der zwischenmenschlichen Beziehung beschrieben „[...] in der nicht nur ein hohes Maß an Intimität und Ausgesetztsein existieren, sondern mit der auch Eingriffe und Veränderungen in die Existenz des Menschen verbunden sein können, bei denen es im Extremfall buchstäblich um Leben und Tod geht“ (Geisler 2002, 217).

Es steht außer Frage, dass die Beziehung zwischen Arzt und Patient im Laufe der Zeit einen starken Wandel erfahren hat. Gründe für diesen Wandel liegen einerseits in den diversen neuen, technologischen Möglichkeiten der Krankheitsbehandlung, der Vielzahl an Zugängen zu medizinischen Informationen und nicht zuletzt in den Veränderungen des Patientenrechts und der Rollenverteilung zwischen Arzt und Patient (Klemperer 2003, 9 ff.).

Zahlreiche Autoren haben sich mit diesen Veränderungen sowie mit den Spezifika der Arzt-Patienten-Beziehung beschäftigt und verschiedenste Modelle herausgearbeitet, um sie zu beschreiben. In diesen Modellen wird nicht nur die Rolle des Arztes und seine Haltung gegenüber dem Patienten sichtbar, sondern auch die Voraussetzungen für eine funktionierende Kommunikation sowie die Möglichkeiten, eine gute Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen. Darüber hinaus

sind diese Modelle notwendig, um Veränderungen und Entwicklungen in der Arzt-Patienten-Beziehung festzustellen und zu systematisieren. Die nun folgende Schematisierung soll einen Überblick über die wichtigsten Beziehungsmodelle im Arzt-Patienten-Verhältnis geben.

- *Das Paternalistische Modell*

In diesem Modell dominiert der Arzt. Er besitzt die alleinige Entscheidungsvollmacht, stellt den Gesundheitszustand des Patienten fest und bestimmt die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Nicht alle Informationen werden an den Patienten weitergegeben, wodurch eine Beteiligung des Patienten kaum stattfindet. In seiner Funktion als Beschützer entscheidet der Arzt alleine darüber, was für den Patienten das Beste ist. Dessen Zustimmung ist reine Formsache (Klemperer 2005, 72 f.).

Vollmann et al. (2008, 62 f.) zufolge wird in der gegenwärtigen medizinethischen Debatte zwischen einem „starken“ und einem „schwachen“ Paternalismus unterschieden. Starker Paternalismus meint dabei ein Hinwegsetzen des Arztes über den eindeutig geäußerten Willen des autonomen Patienten. Schwacher Paternalismus hingegen beschreibt Situationen, in denen Willensäußerungen von Patienten fraglich erscheinen und sich der Arzt auf das Wohl und beste Interesse des Kranken beruft.

Das Modell des Paternalismus wird bei einigen Autoren, darunter Büchli et al. (2000), Jörlemann (2000), Morgan (2003) und Rösler (1996) auch als Aktivität versus Passivität beschrieben. Der Arzt nimmt eine autoritär-hierarchische Rolle ein, ist der einzige Zuständige bei Behandlungsentscheidungen und aktiv um das Wohl des Patienten bemüht, wohingegen sich der Patient bewusst-passiv in ein Abhängigkeitsverhältnis begibt und als unfähig gilt, selbst zu handeln und zu entscheiden. Dörner (2003, 71 f.), der die Arzt-Patienten-Beziehung auf philosophische Weise thematisiert, bezeichnet diese Form der Beziehung als „Subjekt-Objekt-Beziehung“.

- *Das Informative Modell*

Dieses Modell der Arzt-Patienten-Beziehung wird auch Konsumenten- oder Vertragsmodell genannt. Arzt und Patient orientieren sich an einem Art Vertrag,

der beiden Parteien bestimmte Rechte und Pflichten zuschreibt. Dabei besteht die Aufgabe des Arztes darin, dem Patienten alle medizinisch-wissenschaftlichen Informationen zur Verfügung zu stellen, die dieser braucht, um eine informierte Entscheidung treffen zu können (Klemperer 2005, 73).

Der Patient sieht sich als Kunde des Arztes und entscheidet selbst, welche Leistungen er in Anspruch nehmen möchte. Der wesentliche Unterschied zum Paternalismus besteht darin, dass der Patient nicht mehr erwartet, dass der Arzt die alleinige Verantwortung für alle Handlungen übernimmt, sondern dass vielmehr beide Seiten ihren Beitrag leisten (Jörleemann 2000, 61 f.). Den Ärzten kommt hier die Rolle der „Lieferanten“ von Informationen zu, die möglichst objektiv und wissenschaftlich sein sollen. Die Letztverantwortung für eine Entscheidung liegt jedoch beim Patienten, wobei explizit auch die Einbeziehung Dritter, wie zum Beispiel des Internets als Entscheidungshilfe oder einer ärztliche Zweitmeinung, möglich ist (Büchli et al. 2000, Morgan 2003).

- Das Interpretative, abwägende Modell

Wie im informativen Modell werden auch hier dem Patienten die notwendigen Informationen vom Arzt zur Verfügung gestellt. Jedoch geht dieses Modell der Arzt-Patienten-Beziehung ein Stück weiter und wagt den Blick über den Tellerrand einer reinen „Geschäftsbeziehung“ hinaus. Der Unterschied zwischen den beiden Modellen liegt somit im Wesentlichen darin, dass in diesem Modell der Arzt versucht, auch die Bedürfnisse des Patienten zu erkennen und bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen. Der Arzt bringt im Gespräch mit dem Patienten dessen Vorstellungen und Werte in Erfahrung, um in weiterer Folge dem Patienten dabei helfen zu können, geeignete Maßnahmen auszuwählen, die möglichst auf dessen Lebensumstände und Situation abgestimmt sind. Der Arzt versucht darüber hinaus, den Patienten von der seiner Meinung nach geeignetsten Lösung zu überzeugen, ohne sie diesem aufzuzwingen. Die endgültige Entscheidung über das weitere Vorgehen wird jedoch zumeist gemeinsam getroffen (Klemperer 2003, 15; Klemperer 2005, 74).

Dörner (2003, 72ff.) würde hier von einer „Subjekt-Subjekt-Beziehung“ sprechen, deren Haltung er bereits als partnerschaftlich beschreibt. Somit kann dieses Modell der Arzt-Patienten-Beziehung als Vorgängermodell des heute angestrebten Partnerschaftsmodells eingestuft werden, mit dem einzigen

Unterschied, dass der Patient beim „Participatory-Decision-Making“ nicht nur bei der Entscheidungsfindung, sondern bereits bei der Informationssuche und – bereitstellung aktiv involviert ist.

- *Participatory-Decision-Making oder Partnerschaftsmodell*

„Partizipative Entscheidungsfindung wird als Interaktionsprozess mit dem Ziel definiert, unter gleichberechtigter und aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu gelangen“ (Loh et al. 2002, 1484). Als wesentliche Handlungsschritte der partizipativen Entscheidungsfindung definieren Loh et al. (2002, 274) folgende Elemente: Mitteilen, dass eine Entscheidung ansteht; Gleichberechtigung der Partner formulieren; über Wahlmöglichkeiten informieren; über Vor- und Nachteile der Optionen informieren; Verständnis, Gedanken und Erwartungen erfragen; Präferenzen ermitteln; Aushandeln der Entscheidung; gemeinsame Entscheidung herbeiführen; Vereinbarungen zur Umsetzung der Entscheidung treffen.

Der Arzt ist somit Berater des Patienten und gibt ihm Anleitungen und Ratschläge, sich selbst zu helfen. In den verschiedenen Stadien der Erkrankung werden Entscheidungen gemeinsam diskutiert und auch getroffen. Jedoch besteht keine akute Abhängigkeit des Patienten vom Arzt, die seine Entscheidungs- und Handlungsfreiheit einschränken könnte (Rösler 1996, 274, Charles et al. 2004, 781).

Beide Parteien werden als Experten angesehen. „Der Arzt bleibt Experte für das Wissen, der Patient wird als Experte für seine Präferenzen anerkannt“ (Büchli et al. 2000, 2777).

Nach Gordon & W. Sterling (1997, 48 f.) weisen alle partnerschaftlich-orientierten Modelle zumindest fünf gemeinsame Merkmale, beziehungsweise Grundsätze, auf.

1. Der Patient wird als aktiver Mitarbeiter betrachtet und trägt somit zur Entscheidungsfindung aktiv bei.
2. Arzt und Patient müssen zusammen arbeiten; Interessengleichheit ist Voraussetzung.

3. Die Entscheidung wird gemeinsam getroffen und mit Einwilligung beider Akteure umgesetzt.
4. Der Patient arbeitet aktiv an der Therapie mit. Der Arzt steht ihm hierbei unterstützend zur Seite.
5. Die Kommunikation in der Beziehung zwischen Arzt und Patient muss in beide Richtungen gehen. Das heißt, dass sich auch der Arzt die Zeit nehmen muss, dem Patienten aktiv zuzuhören.

Machten Emanuel & Emanuel (1992, 2221) die angeführten Modelle vor allem (1) an den Zielen der Arzt-Patienten-Interaktion, (2) an den Pflichten des Arztes, (3) an der Bedeutung der Werte des Patienten und (4) an der vorhandenen Patientenautonomie fest, so konnte nach einer aktuellen Studie von Felt (2008) noch ein fünfter, entscheidender Bezugspunkt in dieser Riege ergänzt werden – das Internet. Basierend auf ihrem von 2005 bis 2008 durchgeföhrten Forschungsprojekt zum Thema „Arzt-Patient-Internet-Beziehung“ wurden vier weitere Beziehungsmodelle herausgearbeitet, die im Folgenden kurz angeführt werden.

- Das verbesserte Hierarchiemodell

Der „gute Patient“ fühlt sich verpflichtet, sich zu informieren, um dem Arzt das Leben leichter zu machen und ihm so „nicht seine Zeit zu stehlen“. Die Information bricht hier daher keineswegs die klassische Hierarchie, sondern unterstützt sie.

- Das Kompensations- bzw. Erweiterungsmodell

Da der Arzt meist unter Zeitdruck leidet und nicht alles wissen kann, übernimmt der Patient vor und nach dem Arztbesuch einen Teil der Informationsarbeit. Einerseits verspricht sich der Patient dadurch graduell mehr Eigenständigkeit, andererseits kann er Zweifel in Bezug auf die ärztliche Meinung kompensieren.

- Das Verhandlungsmodell

Der Patient informiert sich, um so mit dem Doktor gemeinsam über (neue) Behandlungsoptionen diskutieren und diese (mit)entscheiden zu können. Er bringt auch eigene Vorschläge ein und versucht sie argumentativ durchzusetzen.

- Das Aufgabenteilungsmodell

Patienten erleben ihre Krankheit als aus zwei Teilen bestehend, einem Wissenschaftlich-medizinischen und einem Sozialen. Während sie ersteren weitgehend dem Arzt überantworten, erlaubt ihnen das Internet, sich einen Teil ihrer Krankheit selbst „anzueignen“ und in die Hand zu nehmen, wobei hier der Austausch mit anderen Patienten über das Internet eine wesentliche Rolle spielt. (Felt 2008, 16 ff.)

Zwar weisen Büchli et al. (2000, 2780), Morgan (2003, 58) sowie Erdwien (2005, 72) darauf hin, dass nicht einem einzigen Modell allgemeine Richtigkeit oder Gültigkeit zugesprochen werden kann, denn Patient ist nicht gleich Patient. Menschen haben sehr unterschiedliche Vorstellungen davon, wie eine erstrebenswerte Entscheidungsfindung und Beziehung zum Arzt aussehen soll, und die Präferenzen können sich je nach Situation und Bedeutung der Entscheidung auch verändern. Während Befürworter des partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Verhältnisses argumentieren, dass sich Patienten wünschen, stärker in den Behandlungsprozess einbezogen zu werden und eine aktiver Rolle einzunehmen, lautet die Gegenposition, dass das zentrale Bedürfnis der Patienten vielmehr darin besteht, sich in der belastenden Krankheitssituation vertrauensvoll in die Hände eines kompetenten Arztes zu begeben, der ihnen hilft und wesentliche Entscheidungen für sie trifft (vgl. auch Varnholt 2008, 41; Jaspers 1999, 8 ff.).

Laut Morgan (2003) wird das Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung heute jedoch stark präferiert und gilt als Maßstab für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung. Aus der Literatur geht klar hervor, dass die Autonomie des Patienten an Bedeutung gewinnt. Es entwickelt sich der mündige, eigenverantwortliche und selbstbestimmte Patient und das frühere Modell des Paternalismus, bei dem der Arzt die alleinige Entscheidungsvollmacht hat, wird zunehmend vom Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung abgelöst.

Aus diesem Grund wird nach dieser ersten, allgemeinen Übersicht über die theoretischen Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung der weitere Fokus und Schwerpunkt meiner Ausführungen auf dem Modell des Participatory Decision Making und dessen Affinitäten liegen.

4. Grundlagen der Patientenbeteiligung und Partizipativen Entscheidungsfindung

Die aktive Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen hat in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Ausgangspunkt und beeinflussender Faktor für die Etablierung des Konzepts der gemeinsamen Entscheidungsfindung ist unter anderem die Tatsache, dass die Verfügbarkeit medizinischer Informationen durch den Vormarsch der Technologie und des Internets enorm gestiegen ist. Fast jeder, der ein interessierter und informierter Patient sein will, kann Wissen über Suchprogramme im Internet finden und dementsprechend beim Arzt mitentscheiden und sich bei der Behandlung aktiv beteiligen. Autoren wie Gerber & Eiser (2001); Kaissirer (2000, 116 ff.); Marcinkiewicz & Mahboobi (2009, 4 f.), Poensgen & Larsson (2001, 19 ff.), Bördlein (1999, 2585) und Anderson et al. (2003, 82) haben prognostiziert, dass der Zugriff zu einem so enormen Informationspool wie beispielsweise dem Internet das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig verändern wird. Die Neuverteilung der Rollen erfordert Lernprozesse auf beiden Seiten und zeugt von essentiellen Veränderungen im gesamten Gesundheitswesen.

Auch im Bereich der Gesundheitserziehung und Gesundheitskommunikation wird den Massenmedien, und speziell dem Internet, von einigen Autoren ein sehr wesentlicher Stellenwert zugeschrieben. Von vielfältigen Möglichkeiten der globalen und kostengünstigen Verbreitung von Informationen ist die Rede, sowie von der entscheidenden Funktion, Informationen und Themen auszuwählen, damit die Aufmerksamkeitsstrukturen des Publikums mit zu beeinflussen und zur Bewusstseinsschaffung, Prävention und Wissensbildung der Öffentlichkeit wesentlich beizutragen (Eysenbach 1997; Dierks, Schwartz & Walter 2001, 74; Hurrelmann 2001, 46 f.; Jörleman 2000, 110).

Exemplarisch für eine sehr optimistische Sichtweise auf die Potentiale des Internets als Informationsquelle im Krankheitsfall ist auch Hardey (1999, 822 f.), der in seinem Aufsatz „Doctor in the house: the Internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise“ das Internet als mögliches Gesundheitsinformationsmedium beschreibt, das Patienten in Ihrer Autonomie und veränderten Rolle stärkt. Die dort zur Verfügung gestellten Informationen -

verstanden als Expertenwissen – ermöglichen ein Aufbrechen der traditionellen Rollenverteilung von Ärzten als Experten und Patienten als Laien.

Broom (2005), Reibnitz, Schnabel & Hurrelmann (2001, 248), Sabel et al. (2005) sowie Rosenbrock (2001, 30 ff.) beurteilen diese Entwicklungen hingegen mit deutlich weniger Euphorie. Sie bewerten die explodierende Vielfalt der neuen Informationsmöglichkeiten durchaus als problematisch, da diese Flut an Informationen einerseits zu sehr großen Verunsicherungen, sowohl auf Mediziner- als auch auf Patientenseite, führen kann. Andererseits geben sie zu bedenken, dass eine verbesserte Patientenbeteiligung und –partizipation, die sich schwerpunktmäßig auf den Informationszugang zu neuen Medien wie dem Internet stützt, sozial bedingte Ungleichheiten von Gesundheitschancen noch weiter vergrößern könnte.

Weitere Kritikpunkte aus der Literatur beziehen sich darüber hinaus auf die Qualität, Seriosität und Aktualität von Informationen aus dem Internet, die stark angezweifelt werden und vor allem in der Ärzteschaft Besorgnis erregen. Hier wird davon ausgegangen, dass es sich bei Patienten größtenteils um Laien handelt, die aufgrund mangelnder Expertise und unzureichender medizinischer Erfahrung nicht in der Lage sind, die Glaubwürdigkeit und Qualität von Gesundheitsinformationen aus dem Internet zu beurteilen. Dies würde in weiterer Folge nicht die Mündigkeit von Patienten begünstigen, sondern vielmehr falsch informierte Patienten hervorbringen, deren Fehlinformiertheit in weiterer Folge auch die Arzt-Patienten-Interaktion deutlich erschwert (Eastin 2001; Eysenbach et al. 2002; Helft et al. 2003; Hirji 2004; Jadad 1999; Nettleton et al. 2005).

Das übergeordnete Ziel, den Patienten in seiner Rolle als aktiven Konsumenten von Gesundheitsinformationen zu stärken und ihn dabei zu unterstützen, die vielfältigen Angebote souverän zu nutzen und jene, für ihn am besten geeigneten, auszuwählen, wird jedoch von keinem der Autoren angezweifelt. In der Realität werden die Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen sowie deren Informationsbedürfnis jedoch nach wie vor sehr unzureichend erfüllt. Simon & Härter (2010, 232 ff.) führen drei Strategien auf, die die Umsetzung der partizipativen Entscheidungsfindung fördern sollen. Einerseits handelt es sich dabei um Fortbildungs- und Trainingsmaßnahmen auf Ärzteseite,

die deren Gesprächs- und Handlungskompetenzen fördern und ihnen helfen sollen, ihr Verhalten besser auf die Erwartungen und Präferenzen des jeweiligen Patienten abzustimmen. Des Weiteren schlagen die Autoren den Einsatz so genannter „Entscheidungshilfen“ vor. Diese Entscheidungshilfen, auch „decision aids“ genannt, sollen das Selbstvertrauen und die kommunikativen Fähigkeiten der Patienten stärken, indem sie möglichst verständliche Informationen über die Erkrankung, die Behandlungsmöglichkeiten mit den Vor- und Nachteilen, sowie die Wahrscheinlichkeiten für einen Behandlungserfolg zur Verfügung stellen. Bei den Entscheidungshilfen kann es sich sowohl um Broschüren, als auch um Filme oder internetbasierte Informationsangebote handeln (vgl. auch O'Connor et al. 2009).

Als dritte Strategie zur Förderung der gemeinsamen Entscheidungsfindung gelten Patientenschulungen. Dabei sollen die Kompetenzen der Patienten einerseits in Hinblick auf das Gespräch mit dem Arzt (z.B. Äußerung der Beteiligungspräferenz, Fragen stellen, Erwartungen und Erfahrungen mitteilen etc.) und andererseits hinsichtlich der Auswahl der zur Verfügung stehenden Informationen gestärkt werden.

4.1 Partizipative Entscheidungsfindung und deren Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung

Im heutigen Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung findet eine Verschiebung von „Das Wohl des Kranken als oberstes Gesetz“ zum Prinzip „Der Wille des Patienten ist oberstes Gesetz“ statt (Geisler 2002, 218). Diese Entwicklung hin zum mündigen und eigenverantwortlichen Patienten und damit einhergehend die Effekte der gemeinsamen Entscheidungsfindung können in vielerlei Hinsicht sehr positiv bewertet werden. Sie stoßen andererseits aber in der medizinischen Praxis immer wieder auf ihre Grenzen. Beginnen wir mit den positiven Effekten, die die gemeinsame Entscheidungsfindung mit sich bringt. Partizipative Entscheidungsfindung führt einerseits zu realistischeren Erwartungen über den Erkrankungsverlauf, zu geringeren Entscheidungskonflikten sowie zu einer höheren Zufriedenheit mit dem Therapieverlauf (Davis 2009; Kühn-Mengel 2008; Simon & Härter 2010; O'Connor et al. 2009; Loh et al. 2007).

Epstein et al. (2004, 2359) sowie Loh et al. (2007) gehen außerdem davon aus, dass informierte Patienten nicht nur viel aktiver an ihrer Genesung beteiligt sind, sondern auch weisere Entscheidungen treffen und der Behandlung und vereinbarten Therapie viel genauer Folge leisten. Somit hat die gemeinsame Entscheidungsfindung auch wesentliche Auswirkungen auf die Therapietreue der Patienten, in der Medizin als „Compliance“ bezeichnet. Diese Bereitschaft, eine ärztliche Empfehlung auch tatsächlich zu befolgen, ist essentiell im Genesungsprozess und ein wesentliches Resultat einer guten Zusammenarbeit und Beziehung zwischen Arzt und Patient (Geisler 1992, 168 ff., Scheibler 2004, 19 ff.).

Darüber hinaus berichten Ärzte in Bezug auf die partizipative Entscheidungsfindung von einer besseren Zusammenarbeit mit ihren Patienten und von weniger Unstimmigkeiten bei der Vereinbarung von Therapiemöglichkeiten und –zielen. Sie haben außerdem das Gefühl, dass die Patienten die Informationen aus den Arztgesprächen besser verstehen, dass sie das Befinden und die Einstellung ihrer Patienten genauer kennen und so intensiver auf die individuellen Wünsche der Patienten eingehen können (Loh et al., 2007; Poensgen & Larsson 2001; Simon & Härter 2010).

Kommen wir nun zu möglichen Barrieren in der Umsetzung der partizipativen Entscheidungsfindung. Trotz der zahlreichen positiven Effekte der gemeinsamen Entscheidungsfindung stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, wie sinnvoll und belastungsfähig Patientenautonomie und Mündigkeit im Ernstfall wirklich sind und inwieweit diese zu Blockaden ärztlichen Handelns und zu Schwierigkeiten in der Arzt-Patienten-Beziehung führen können.

Die neue Informiertheit der Patienten führt oft zu vielen zusätzlichen Fragen und Unsicherheiten seitens der Patienten, die einerseits die Konsultationszeit beim Arzt wesentlich verlängern können und andererseits den Prozess der Entscheidungsfindung verzögern und sogar blockieren können. Auf ärztlicher Seite ist daher häufig von einer Hinterfragung ihrer ärztlichen Expertise sowie von Zeitmangel die Rede, der im medizinischen Alltag dazu führt, dass eine gemeinsame Entscheidungsfindung nicht realisiert werden kann (Simon & Härter 2010, 236 f.; Edwards et al. 2005; Murray 2003).

Hinzu kommt die Frage nach der Einwilligungsfähigkeit des Patienten, das heißt die „Fähigkeit zum Informationsverständnis, zum schlussfolgernden Denken und Anwenden der medizinischen Informationen unter Einbeziehung von Alternativen auf die eigene Lebenssituation“ (Vollmann et al. 2008, 66). Ist diese nicht gegeben, kann die Patientenselbstbestimmung unter Umständen den Geboten der ärztlichen Fürsorge und Schadensvermeidung untergeordnet werden (ebd.). Völlige Patientenautonomie kann die Arzt-Patienten-Beziehung zur Gänze zerstören. Ziel ist somit, eine ausgewogene Balance zwischen Autonomie des Patienten und Verantwortlichkeit des Arztes herzustellen. Dies geschieht primär in der Um- beziehungsweise Neugestaltung der Rollen auf beiden Seiten, weshalb sich das nächste Kapitel eben diesem Phänomen widmen wird.

4.2 Neue Ärzte, neue Patienten?

Wiederholt wird in der Literatur auf die Veränderung der Patientenrolle vom passiven Empfänger hin zum aktiven Konsumenten von Gesundheitsdienstleistungen und –informationen hingewiesen (Anderson et al. 2003, Dieterich 2007; Hardey 1999, Poensgen & Larsson 2001; Reibnitz, Schnabel & Hurrelmann 2001; Rosenbrock 2001; Rubinelli & Schulz 2006; Schmöller & Gellner 2008; Varnholt 2008).

Rogler (2008, 69 ff.) und Erdwien (2005, 71) sprechen in Zusammenhang mit einem veränderten Rollenverständnis in der Arzt-Patienten-Beziehung auch von einer zunehmenden Ökonomisierung im Gesundheitsbereich. Dem Arzt kommt die Rolle des „Dienstleisters“ zu, dem Patienten jene des „Kunden“, der frei aus dem therapeutischen Angebot auswählen kann.

Auch der Gesundheitsökonom Christian Köck (1996, 29) befasst sich mit der Veränderung des Rollenbildes der Patienten hin zu „Kunden“, die basierend auf ihrem Wissen eine bestimmte Leistung vom Arzt erwarten und verlangen. Erdwien (2005, 72) gibt in diesem Kontext jedoch zu bedenken, dass diese sehr nüchterne und formelle Betrachtungsweise der Patienten, und damit einhergehend die Reduktion der Arzt-Patienten-Beziehung auf ein reines Kunden-Dienstleister-Verhältnis, das psychosoziale Wohlbefinden der Patienten stark einschränken kann. Es erweckt bei diesen möglicherweise das Gefühl, mit

den Sorgen und Problemen nicht angenommen zu werden, sondern nur das Objekt einer Dienstleistung zu sein. Ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis ist jedoch entscheidend, um den individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden und den Patienten bei ihrer wachsenden Eigenverantwortung und Selbstbestimmung helfen zu können.

Das Schlagwort des „mündigen Patienten“ ist in diesem Kontext mittlerweile weit verbreitet und etabliert. Von verantwortungsbewussten, aktiven, gut informierten, gesundheitsförderlichen, effizienten und gleichzeitig noch kostensparenden Patienten ist die Rede - doch kann eine Mehrheit der Patienten diesem Ideal tatsächlich gerecht werden? Wer ist dieser mündige Patient und welche Eigenschaften hat er? Entspricht er einem realen Phänomen oder doch eher einem visionären Idealbild? Erleichtert er den Ärzten die Arbeit oder stellt er eher eine Herausforderung und Bürde im medizinischen Alltag dar?

Laut Schmöller (2008, 44) und Hurrelmann (2001, 36 f.) ist der mündige Patient in erster Linie informiert, übernimmt Eigenverantwortung für seinen Gesundheitszustand und besitzt sowohl die Bereitschaft, als auch die Fähigkeit, an Entscheidungsprozessen mitzuarbeiten.

Rolle und Aufgabe des Patienten ist es, aktiv Teil einer partnerschaftlichen Beziehung zu werden, Aufgabe des Arztes als Experte ist es, diese partizipative Rolle des Patienten anzuerkennen und weitgehend zu unterstützen. Beide Autoren geben jedoch zu bedenken, dass dadurch Arzt und Patient nicht zu Gleichen werden. Für sie beginnt die Mündigkeit des Patienten dort, wo dieser das Risiko seiner Erkrankung zu minimieren versucht und endet dort, wo das medizinische Wissen des Arztes jenes des Patienten soweit übersteigt, dass ein Mitwirken und Mitentscheiden des Patienten nicht mehr als konstruktiv gewertet werden kann (ebd.).

Somit wird eine symmetrische Arzt-Patienten-Beziehung zwar oft als Ideal dargestellt, jedoch geht auch Geisler (2002, 19) davon aus, dass Arzt-Patienten-Beziehungen fast immer asymmetrisch sind, da sich nicht zwei Gleiche gegenüberstehen, „sondern ein hilfesuchender Mensch und einer, der kompetent ist, diese Hilfe zu geben“. Auch Begenau et al. (2010, 7 ff.), Geyer (1990, 53), Hurrelmann (2006, 229), Jörleemann (2000, 24), Rubinelli & Schulz

(2006, 359 f.) und Gordon & W. Sterling (1997, 48 ff.) teilen die Ansicht, dass die Arzt-Patienten-Beziehung, vor allem aufgrund ihrer Voraussetzungen und ihrer innenwohnenden Struktur, nie zur Gänze gleichberechtigt und egalitär sein kann. Da eine möglichst geringe Asymmetrie jedoch zu den zentralen Voraussetzungen der gemeinsamen Entscheidungsfindung zählt, sollen im nächsten Absatz die Optionen angesprochen werden, die es gibt, um die bestehende Ungleichheit zwischen Arzt und Patient auszugleichen.

Möglichkeiten zur Verringerung der Asymmetrie und somit zur Erleichterung der gemeinsamen Entscheidungsfindung sieht Tautz (2002, 55) vor allem in der Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient muss zu diesem Zweck Information, Instruktion und Zuwendung enthalten. Nur so lässt sich seiner Meinung nach das bestmögliche Ergebnis erzielen. Kommunikationsstörungen und –defizite im Arzt-Patienten-Gespräch können zu einer Reihe unerwünschter Effekte wie mangelnder Compliance, einem gestörten Vertrauensverhältnis und sogar zum Bruch der Arzt-Patienten-Beziehung führen.

Beidseitige Zufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Interaktion scheint bis zu einem gewissen Grad sehr stark von der Einstellung des Arztes zu den informierten Patienten abzuhängen, beziehungsweise davon, ob die Patienten im Idealfall als Partner verstanden werden.

In seiner neuen Rolle als Gesundheitsberater ist es Aufgabe des Arztes, den Patienten bei der Suche nach Informationen zur Behandlung und Bewältigung der jeweiligen Krankheit zu unterstützen, ihm bei seinen Entscheidungen beratend zur Seite zu stehen, und vor allem Sinn in die vom Patienten eingeholten und sich möglicherweise widersprechende Informationen zu bringen, ohne sich jedoch in seinem Expertenstatus angegriffen oder gefährdet zu sehen (Eysenbach & Diepgen 1999; Hoefert 2010, Tautz 2002, Poensgen & Larsson 2001, Gerbner & Eiser 2001).

Indeed, it is time for health professionals to “welcome” the empowered consumer rather than to see him as an intruder trespassing into a forbidden zone. The information age demands a new dimension of

“consumer responsiveness.” For the individual physician this requires training him/herself in the use of the Internet, to take the patient and his concerns serious and to canalize his motivation to learn about himself and his disease into positive, productive ways (Anderson et al. 2003, 81).

Der Schlüssel liegt damit in der Stärkung des dialogischen Prinzips und in der Förderung der kommunikativen Kompetenzen von Ärzten, um den Entwicklungen im heutigen Arzt-Patienten-Verhältnis adäquat begegnen zu können und eine Neustrukturierung der Arzt-Patienten-Beziehung einzuleiten (Degn & Dörflinger 2002, 58 ff.; Geisler 2002, 20; Hoefert & Härter 2010, 13; Peintinger 2001, 59).

5. Das Gespräch – die Schlüsselvariable in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient

„Welch ungeheures existenzerhaltendes Potential steckt also in der Kommunikation und wie armselig sieht demgegenüber die Praxis kommunikativer Beziehungen aus – nicht nur in der Medizin, aber hier mit besonders gravierenden Folgen.“ Mit diesem Satz bringt Maximilian Gottschlich (2007, 208) die Kernproblematik exakt auf den Punkt: Ein hinreichend bekanntes Problem in der Medizin- eine schlechte Arzt-Patienten-Kommunikation, die in weiterer Folge eine unbefriedigende Beziehung zwischen dem Arzt und seinem Patienten und eine schlechte Qualität im gesamten Gesundheitssystem bedingt.

Bisher wurde gezeigt, inwiefern sich die Wissensasymmetrie zwischen Arzt und Patient durch soziale, medizinische und technische Entwicklungen verändert hat und welche Auswirkungen diese auf die Arzt-Patienten-Beziehung haben. Deutlich wurde auch, dass durch die neue Informiertheit der Patienten, Ärzte im medizinischen Alltag mit völlig neuen Anforderungen konfrontiert werden, und mit diesen umgehen lernen müssen.

Die Kommunikation ist und bleibt dabei DAS zentrale Element in der Beziehung zwischen Arzt und Patient und somit die entscheidende Basis, auf der sich ein gutes und vertrauensvolles Verhältnis gründen kann. Eine gute Kommunikation

verhindert nicht nur Missverständnisse, Unzufriedenheit und Non-Compliance, sie erleichtert auch wesentlich die zu treffenden Entscheidungen, sowie den gesamten Therapieverlauf (Bergner 2009, 1 f.; Egger, 5 ff.; Geisler 1992, 168; Gordon & W. Sterling 1997, 21 f.; Goold & Lepkin 1999, 26 f.; Hoefert 2010, 164 ff.; Jörlemann 2000, 28; Poensgen & Larsson 2001, 16; Morgan 2003, 61 f.; Scheibler 2004, 19 f.). Die große Herausforderung auf Seiten des Arztes besteht darin, einem zunächst völlig fremden Patienten binnen Minuten zu ermöglichen, genug Vertrauen aufzubauen, um sich dem Arzt ausreichend zu öffnen und in weiterer Folge ein stabiles Behandlungsbündnis entwickeln zu können. Wie dies jedoch im Idealfall aussehen soll, darüber gehen die Meinungen auseinander und verdeutlichen somit erneut, wie schwierig und sensibel die gegenwärtige Beziehungssituation zwischen Arzt und Patient geworden ist. Nachfolgende, ausgewählte Theorieansätze von diversen Autoren sollen diese Problematik verdeutlichen.

Zum Einen hat sich Maximilian Gottschlich (2007) sehr intensiv mit der Arzt-Patienten-Kommunikation beschäftigt. Als Quintessenz für eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation benennt er die Fähigkeit des Arztes zur Empathie beziehungsweise zur empathischen Kommunikation. Gemeint ist die ausschließliche Orientierung am Selbst des anderen, ein völliges außen Vorlassen der eigenen Person, um sich in die Erlebniswelt des anderen zu begeben, sich gänzlich auf diese einzulassen und so dessen Selbst zu verstehen (Gottschlich 2007, 210 ff.).

Gottschlich schließt in diesem Zusammenhang jedoch auch sehr deutlich eine jegliche, natürlich existierende Herrschafts- und Machtstellung zwischen Arzt und Patient aus. Ärztliche Kommunikation im Sinne der Empathie dürfe ihm zufolge nichts mit Persuasion, mit Überredungskunst oder argumentativer Überzeugung zu tun haben (ebd.).

In der Literatur wird jedoch wesentlich häufiger auf eine, bis zu einem gewissen Grad, naturgegebene Asymmetrie zwischen Arzt und Patient hinweisen, die sich, wie bereits weiter oben erläutert, aus deren unterschiedlichen Positionen und Rollen speist.

Diese klare Abgrenzung von jeglichen Macht- und Hierarchieverhältnissen zwischen Arzt und Patient kann daher, aufgrund der bereits recherchierten und hier angeführten Forschungslage zur gegenwärtigen Situation zwischen Arzt und Patient, durchaus angezweifelt werden. Zwar ist Empathie- und darauf verweisen neben Gottschlich unter anderem auch Geyer (1990), Gordon & W. Sterling (1997), Rubinelli & Schulz (2006) oder Davis (2009) - sicherlich eines der Schlüsselemente, um der Asymmetrie entgegenzuwirken und eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung sowie eine gemeinsame Entscheidungsfindung zu ermöglichen.

Jedoch handelt es sich bei der Kommunikation zwischen Arzt und Patient um einen Spezialfall der Kommunikation, und zwar um „Experten-Laien-Kommunikation“. Der Arzt ist der Experte, der Patient entspricht dem Laien. Die Beziehung und daraus resultierende Kommunikation zwischen Arzt und Patient stehen somit zwangsläufig in einem ungleichen Verhältnis zueinander.

In der Literatur finden sich zahlreiche Verweise auf diese Asymmetrie im Arzt-Patienten-Gespräch und den daraus resultierenden Schwierigkeiten (Begenau et al. 2010, 7 ff.; Geyer 1990, 53; Hurrelmann 2006, 229; Jörlemann 2000, 24; Rubinelli & Schulz 2006, 359 f.; Gordon & W. Sterling 1997, 48 ff.). Bei Geisler (2004) findet sich dazu ein sehr konkret formulierter Lösungsansatz. Einerseits weist er wiederholt auf die enorm große Bedeutung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient hin, indem er Arztsein als „sprechenden Beruf“ (ebd., 1) deklariert. Andererseits sieht er, ähnlich wie Gottschlich, die Lösung für dieses Kommunikationsdilemma im Aufbau einer „gemeinsamen Wirklichkeit“, indem der Arzt versucht auf der Ebene des Patienten und in dessen Sprache zu kommunizieren, um so ein beidseitiges Verständnis zu ermöglichen (ebd., 4 f.). Allerdings erkennt er im Gegensatz zu Gottschlich sehr wohl an, dass ein gänzliches Aufheben der vorherrschenden Hierarchie nicht möglich ist.

Eine theoretische Fundierung zur ungleichen Machtverteilung in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient hat Siegrist bereits 1995 erarbeitet. Er benennt drei Dimensionen von Macht, die im Kommunikationsprozess zwischen Arzt und Patient im Sinne der Asymmetrie zum Tragen kommen.

- *Expertenmacht*

Diese Art von Macht ergibt sich aus der vorherrschende Wissenskluft zwischen Arzt und Patient. Aufgrund der Vertrautheit des Arztes mit der medizinischen Fachwelt und der daraus resultierenden Kompetenz und Erfahrung besitzt dieser gegenüber dem Patienten eine sogenannte „Expertenmacht“.

- *Definitionsmacht*

Aufgrund seiner Ausbildung und seines Berufes ist der Arzt zur Diagnosestellung und Patientenbehandlung berechtigt. Die Erwartung seitens des Patienten, vom Arzt als krank oder gesund diagnostiziert zu werden und die ärztliche Leistung in Anspruch zu nehmen, verleiht diesem die sogenannte Definitionsmacht.

- *Steuerungsmacht*

Diese Form der Macht tritt primär bei der Interaktion zwischen Arzt und Patient auf. Sie bezieht sich vor allem auf strukturelle Elemente, die der Kontrolle des Arztes unterliegen. Dazu zählen in etwa Wartezeit, Kommunikation, Informationsfluss im Gespräch und das Recht auf Unterbrechung beziehungsweise Steuerung der Interaktion und der verfügbaren Zeit pro Patient.

Diese von Siegrist erarbeitete Macht-Triade bestimmte für sehr lange Zeit die Asymmetrie zwischen Arzt und Patient. Die Entwicklung hin zu informierten und mündigen Patienten erschüttert jedoch dieses existierende, althergebrachte Selbstverständnis der Ärzte. Als ehemals einzige Informanten der Patienten verlieren sie ihre privilegierte Position und gleichzeitig einen Teil ihrer Macht und Autorität, denn speziell der durch das Internet ermöglichte freie Zugang zu Informationen lässt das einstige Wissensmonopol von Ärzten kontinuierlich bröckeln.

Auch diesbezüglich finden sich in der Literatur zahlreiche Hinweise, die Ärzten aufzeigen sollen, wie mit internetinformierten, mündigen Patienten am besten umgegangen wird, um letztlich als Arzt seinen Expertenstatus zu wahren. Resümierend lautet die wichtigste Strategie hier: Selbst ins Internet zu gehen, sich zu informieren, diesem neuen Informationsmedium und Patiententypus offen zu begegnen und den Patienten letztlich dabei zu helfen, beziehungsweise deren

Kompetenzen zu stärken, die richtigen, qualitativen Informationen zu finden, und sie vor falschen Selbstdiagnosen zu bewahren. Mit einem Wort – selbst zum Internetexperten zu werden (Anderson et al. 2003, 16; Ferguson 2000, 3; Eysenbach 1997, 2; Eysenbach 2003, 2; Kirschning et al. 2004).

Eine erste richtungsweisende Studie zur ärztlichen Gesprächsführung führt Klemperer (2003, 44 ff.) in seiner Schriftreihe zur Arzt-Patienten-Kommunikation an. Aus dieser 2001 vom Londoner Department of Health durchgeföhrten Untersuchung „The Expert Patient“ konnten einige spezifische Empfehlungen (siehe http://www.doh.gov.uk/healthinequalities/ep_report.pdf) abgeleitet werden, wie Patienten einerseits eine aktiver Rolle in der Arzt-Patienten-Beziehung einnehmen können, wie sie als Experten für ihr Krankheitserleben, ihre soziale Situation und ihre Präferenzen anerkannt werden können, jedoch ohne dabei die Autorität des Arztes als Letztverantwortlichen aufzuheben.

Eine sehr präzise Anleitung in diesem Zusammenhang, mit ganz konkret formulierten Strategien für die ärztliche Gesprächsführung, findet sich bei Anderson (2004, 242 ff.). Er führte eine Studie durch, die Ärzten aufzeigen sollte, mit welchen Handlungsalternativen sie mit informierten Patienten im medizinischen Alltag am besten umgehen. Dazu entwickelte er vier mögliche Strategien, die Ärzte in der Kommunikation mit ihren Patienten anwenden können, um ihre Autorität und ihre Autonomie wieder herzustellen und sich als Experten gegenüber anderweitig eingeholten Informationen durchzusetzen (vgl. auch Tezcan-Güntekin 2010, 95 ff.). Da diese Strategien punktgenau die Kernproblematik der vorliegenden Arbeit aufgreifen und theoretisieren, können sie als sehr relevant eingestuft werden und sollen daher im Folgenden kurz angeführt werden.

- *Strategie 1: „Den Wind aus den Segeln nehmen“*

Bei dieser Strategie kehrt der Arzt das Gespräch mit seinem Patienten in der Form um, dass er nicht mit der Diagnosestellung beginnt, sondern vielmehr den Patienten zu Beginn der Konsultation erst einmal erzählen lässt, was er über seine eigene Erkrankung und mögliche Therapiewege weiß. Diese Strategie ermöglicht es somit dem Arzt in erster Linie herauszufinden, wo er den Patienten

mit seiner Argumentation abholen muss. Der Arzt verschafft sich gleich zu Beginn ein Bild von der Vorinformiertheit seines Patienten und unterricht ihn möglichst erst an dem Punkt, an dem er ihn argumentativ einholen kann, damit der Patient im Endeffekt den Vorschlägen und dem Behandlungskonzept des Arztes zustimmt. In zweiter Linie dient diese Strategie dazu, dass der Arzt bei der darauf folgenden Darlegung des Therapiekonzeptes vom Patienten nicht mehr unterbrochen wird und der das von ihm vorgesehene Vorgehen ungestört darstellen kann.

Mit dieser Strategie zeigt Anderson bereits, dass die Informiertheit der Patienten kaum Auswirkungen auf die Wissensasymmetrie zwischen Arzt und Patient hat, da sich diese nicht in der Menge der verfügbaren Informationen gründet, sondern in der umfassenden Erfahrung des Arztes im professionellen Umgang mit der Krankheit.

- *Strategie 2: „Das Wissen neu ordnen“*

Die Informiertheit von Patienten kann grundsätzlich als positiv bewertet werden bis zu jenem Punkt, an dem der Patient als überinformiert gilt. Als Indikator für Überinformiertheit beschreibt Anderson, dass es sich hier um Patienten handelt, die sich zusätzlich zu den für die Krankheit notwendigen Informationen auch spezielles Wissen aneignen, dieses jedoch weder filtern, ordnen noch bewerten können, da das nötige Vorwissen und die Erfahrung fehlen. Zu den neuen Aufgaben des Arztes gehört es daher auch, das Patientenwissen zu ordnen. Gleichzeitig muss er jedoch auch die Entscheidung des Patienten akzeptieren und respektieren lernen, um diesen nicht zu verlieren.

- *Strategie 3: „Den Patienten dazu bringen, die Patientenrolle wieder aktiv einzunehmen“*

Bei dieser Strategie geht es darum, den Patienten, auch wenn er in einem speziellen Bereich besser informiert ist als der Arzt, dazu zu bringen, dem Arzt letztlich die Entscheidungen bezüglich des Behandlungsverlaufes zu überlassen und ihn als Helfer zu akzeptieren. Anderson konnte in seiner Studie klar zeigen, dass der Behandlungserfolg im Sinne einer gelungenen Interaktion zwischen Arzt und Patient nicht ausschließlich von der Informiertheit oder vom ärztlichen Wissen abhängt, sondern von einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Arzt

und Patient. Somit ist Vertrauen zum behandelnden Arzt jener Schlüsselaspekt, der laut Anderson den Patienten dazu bringt, trotz Informiertheit, die passive Rolle des Patienten einzunehmen und die Entscheidungskompetenz an den Arzt zu übergeben.

Dieses Vertrauen zum Arzt führt schließlich zur vierten Strategie für Ärzte und zu jenem Punkt, an dem sich der informierte Patient aufgrund seines Vertrauens in die Entscheidungshoheit des Arztes begibt und dessen Autorität als Experte anerkennt.

- *Strategie 4: „Dem Patienten das Gefühl geben, ernst genommen zu werden“*

Durch das Internet informierte Patienten nutzen ihre Informationen häufig dazu, die Entscheidungen des Arztes zu hinterfragen oder zusätzliche Erklärungen zu fordern, jedoch können sie die Informationen aufgrund ihres fehlenden Erfahrungswissens oft nur schlecht bewerten. Ausschlaggebend für die Herstellung beziehungsweise Aufrechterhaltung von Vertrauen bei den Patienten ist daher Anderson zufolge vor allem das Gefühl von Sicherheit und Akzeptanz, welches der Arzt dem Patienten vermitteln muss. Dies ist dann auch der Punkt, an dem sich der Patient tatsächlich auf den Arzt und seine Entscheidungen einlässt, beziehungsweise dessen Autorität akzeptiert.

Resümierend kann an diesem Punkt festgestellt werden, dass Anderson die Autonomie und Autorität ärztlichen Handelns von informierten Patienten nicht wirklich bedroht sieht, da deren Informiertheit zwar kritisches Nachfragen ermöglicht, der Arzt jedoch aufgrund seiner Erfahrung jene Kompetenz besitzt, um letztlich eine Entscheidung zu treffen.

Diese von Anderson bereits 2004 aufgestellte These ist im Wesentlichen jener Tenor, der auch in ganz aktuellen Studien zu finden ist. Denn die gegenwärtige Situation der wachsenden Autonomie und Emanzipierung der Patienten fordert die Ärzte mehr denn je heraus, ihre Expertise und ihren Expertenstatus zu verteidigen, zu legitimieren und argumentativ zu rechtfertigen. Das zentrale Stichwort lautet gegenwärtig daher „Argumentation“. In dem Moment, wo die Verlässlichkeit und Expertise des Arztes nicht mehr als gegeben hingenommen

wird, und dessen Empfehlungen und Entscheidungen angezweifelt und hinterfragt werden, gewinnen rationale und gut begründete Argumente an Bedeutung (Epstein et al. 2004, 359 ff.; Rubinelli & Schulz 2006; Rubinelli & Schulz 2008; Davis 2009).

Rubinelli & Schulz (2008, 423 ff.) bezeichnen die heutige Arzt-Patienten-Kommunikation als „info-suasive dialogue“- eine Verschmelzung aus Information und Persuasion. Einerseits findet zwischen Arzt und Patient ein wechselseitiger Informationsaustausch im Sinne der Informationssammlung und -weitergabe statt. Ist dies geschehen, sind auf Arztseite, so die Autoren, gut begründete Argumente gefragt, um einerseits die Diagnose und Behandlung zu rechtfertigen, und andererseits Fehlinformationen und Zweifel beim Patienten auszuräumen (ebd. 427). Somit ist hier Argumentation der wesentliche Schlüssel für eine erfolgreiche und vertrauensvolle Arzt-Patienten-Kommunikation.

Nach dem Stand der aktuellen Forschung drängt sich daher die Frage auf, inwieweit medizinische Entscheidungen im Sinne des Participatory Decision Making tatsächlich gemeinschaftlich-kooperativ ablaufen, oder ob nicht die ärztliche Kunst wieder vielmehr darin besteht, durch verschiedenste Strategien das Vertrauen der Patienten zu gewinnen, die Entscheidungsmacht an sich zu ziehen und im Sinne des Paternalismus „autoritär“ über den Patienten zu entscheiden.

Ziel der geplanten Untersuchung ist es, basierend auf den untersuchten Einzelfällen, Vermutungen dahingehend anstellen zu können, wie ärztliches Handeln im Umgang mit informierten Patienten in Zukunft aussehen wird, und welche neuen Aufgabenbereiche sich in Zusammenhang mit der zunehmenden Informiertheit der Patienten möglicherweise erkennen lassen. Beziehungsweise können Hinweise darauf geben werden, inwieweit in den untersuchten Fällen das Idealmodell der gemeinsamen Entscheidungsfindung tatsächlich angewandt und umgesetzt wird.

- EMPIRIE -

Im ersten Abschnitt der vorliegenden Magisterarbeit wurden die wichtigsten theoretischen Aspekte behandelt, und im nun folgenden Abschnitt erfolgt die Analyse der aus den Experteninterviews gewonnenen Daten.

6. Wissenschaftliche Fragestellung

„Inwieweit hat sich aus Sicht der behandelnden Ärzte die Arzt-Patienten-Beziehung durch die Verschiebung der Wissensasymmetrie und die aktive Miteinbeziehung der Patienten verändert und welche Strategien müssen Ärzte in diesen Fällen anwenden, um ihre Autorität aufrecht zu erhalten und sich gegenüber anderweitig eingeholten Informationen als Experten durchzusetzen?“

7. Forschungsfragen

- Wie gehen Ärzte mit der neuen Situation des informierten beziehungsweise „mündigen“ Patienten um?
- Wie schätzen sie die Potentiale und Risiken des Internets als Erstinformationsquelle im Krankheitsfall ein?
- Wie wirken sich die Vorinformationen auf die Arzt-Patienten-Beziehung aus?
- Unterscheidet sich in diesem Zusammenhang die ausgewählte Patientengruppe der Zöliakie-Erkrankten von jener der Krebs-Erkrankten?
- Wie bewerten die Ärzte das Beziehungsmodell des „Participatory Decision Making“ in der Praxis?
- Inwieweit haben Ärzte damit zu kämpfen, aus dem Internet eingeholtes Wissen richtigzustellen und sich als Experten durchzusetzen?

8. Methodenwahl

In Bezug auf die Methode für das Forschungsvorhaben wurden leitfadengestützte, qualitative Experteninterviews gewählt.

Bei der durchgeführten Untersuchung handelt es sich um einen Forschungsbereich, der sich erst in jüngster Vergangenheit entwickelt und zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Es hat sich in den letzten Jahren laut zahlreicher Studien immer häufiger gezeigt, dass dem Internet nicht nur gesellschaftlich sondern gerade in der Medizin ein enorm hoher Stellenwert zukommt, der laufend neue Fragen aufwirft. Qualitativ zu forschen bietet sich hier daher an, weil qualitatives Forschen tiefere Einblicke in solche Phänomene ermöglicht und gleichzeitig die Erforschung verschiedenster, möglicherweise noch verborgener Aspekte zulässt.

8.1 Das Experteninterview

Experteninterviews erfreuen sich in der Sozialforschung großer Beliebtheit, da sie sich ganz besonders bei einem schwierigen oder sogar unmöglichen Zugang zum sozialen Feld anbieten, wie dies zum Beispiel bei tabuisierten Themenfeldern der Fall ist.

Ein weiterer, angenehmer Aspekt von Experteninterviews ist, dass es sich hierbei um eine sehr unproblematische Form der Befragung handelt, da sie eine größere und soziale Kompetenz der befragten Experten in der Forschung verspricht, im Gegensatz zur Befragung eines „Normalbürgers“. Das hat den Vorteil, dass zwei sozialisierte Gesprächspartner aufeinander treffen, die sich im Rahmen von symmetrischen Kommunikationsbedingungen austauschen (Bogner, Littig & Menz 2005, 7 f.). Je nach Interesse und Forschungsfrage werden Experteninterviews unterschiedlich stark vorkonstruiert und geführt, verschieden aufbereitet, ausgewertet und am Ende auch interpretiert. Der Interviewleitfaden soll darüber hinaus keine Antwortmöglichkeiten vorgeben, wie dies bei stark strukturierten Fragebögen der Fall ist, sondern ein offenes und freies Gespräch ermöglichen, bei dem der Interviewpartner frei antworten kann.

Grundsätzlich können nach Bogner, Littig & Menz (2005, 37 f.) drei Arten von Experteninterviews unterschieden werden.

- Exploratives Experteninterview: Explorative Experteninterviews kommen besonders dann zum Einsatz, wenn eine erste Orientierung in einem thematisch neuen oder unübersichtlichen Feld erfolgen soll. Dieses ermöglicht dem Forscher, das Forschungsfeld zu strukturieren und Hypothesen zu generieren. Ein solches Interview sollte so offen wie möglich geführt werden, auf Vergleichbarkeit, Vollständigkeit und Standardisierbarkeit der Daten wird jedoch weniger Rücksicht genommen.
- Systematisierendes Experteninterview: Auch hier geht es im Wesentlichen darum, aus der Praxis gewonnenes, spontan kommunizierbares Handlungs- und Erfahrungswissen zu erforschen. Bei dieser Form des Experteninterviews wird jedoch mit einem eher stark ausdifferenzierten Leitfaden gearbeitet, wobei eine systematische und lückenlose Informationsgewinnung und daraus resultierende Vergleichbarkeit der Daten von zentraler Bedeutung sind.
- Theoriegenerierendes Experteninterview: Bei dieser Form des Experteninterviews stehen die „subjektiven Handlungsorientierungen und impliziten Entscheidungsmaximen der Experten“ (ebd.: 38) im Vordergrund. Auch hier wird eine Vergleichbarkeit der Daten angestrebt und am Ende der Forschung kann idealerweise eine Theorie formuliert werden.

Die Experteninterviews, welche im Zuge dieser Arbeit durchgeführt wurden, lassen sich nach dieser Kategorisierung in die Rubrik „exploratives Experteninterview“ einordnen.

8.2 Datenerhebung

Die Experteninterviews wurden mit Hilfe eines Gesprächsleitfadens (siehe Anhang) durchgeführt, der anhand der in Punkt 7 angeführten Forschungsfragen ausgearbeitet wurde. Dabei wurde darauf geachtet, dass der Leitfaden so flexibel

konzipiert ist, dass er einerseits die Fokussierung auf die Forschungsfragen ermöglicht, und andererseits die Möglichkeit zu spontanen Zwischenfragen und einer flexiblen Anordnung und Gestaltung der Fragen bietet.

Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte mittels Zufalls- beziehungsweise Schneeballprinzip, da bei den potentiellen Ärzten, bis auf ihre fachliche Spezialisierung in der Onkologie beziehungsweise der Gastroenterologie, keine Einschränkungen bestanden und somit der Zugang zu möglichen Interviewpartnern auf diese Weise sehr effektiv gewährleistet werden konnte.

Bei der durchgeführten Forschung wurde ausschließlich die Sichtweise und Wahrnehmung der Ärzte von Zöliakie- beziehungsweise Krebspatienten untersucht, wodurch die Auswahl der Stichprobe sehr spezifisch war und besonders präzise Ergebnisse ermittelt werden konnten.

Pauschale Aussagen über Ärzte im Allgemeinen und deren Umgang mit informierten Patienten im Speziellen sind jedoch auf Basis dieser Untersuchung weder möglich noch zulässig.

Die Auswahl und Gegenüberstellung der beiden Erkrankungen ist für die Untersuchung dahingehend relevant und interessant, da es sich grundsätzlich bei beiden Krankheitsbildern um teils schwere beziehungsweise lebenslange oder sogar unheilbare Erkrankungen handelt. Es sollten möglichst zwei Extreme erhoben und gegenübergestellt werden- einerseits Zöliakie als lebenslange, aber nicht tödliche Krankheit und andererseits lebensbedrohliche und tödliche Krebserkrankungen. Mögliche Interviewpartner waren in Bezug auf Zöliakie jene Ärzte, die auch tatsächlich aktiv Zöliakiepatienten behandeln. Dabei handelte es sich sowohl um Ernährungsmediziner, als auch um Diätologen.

In punkto Krebspatienten stellten mögliche Interviewpartner jene Ärzte dar, die Krebspatienten mit tödlichen Krebskrankheiten wie Pankreas, Lungenkrebs oder Gehirntumore behandeln.

Darüber hinaus wurden alle Interviewpartner in der Großstadt Wien und nicht im ländlichen Raum rekrutiert. Grund dafür ist vor allem die Tatsache, dass es sich hier um eine relativ kleine Untersuchung mit 24 durchgeführten Interviews handelt, weshalb die Befragungsbedingungen, abgesehen von der eingeführten Variation der Schwere der Krankheit, für alle Interviewpartner möglichst gleich gehalten werden sollten. Zwar ist es im Rahmen dieser Untersuchung daher

weder möglich noch relevant, Aussagen darüber zu treffen, inwieweit sich die Untersuchungsergebnisse zwischen Stadt- und Landärzten und deren Erfahrungen mit mündigen Patienten unterscheiden würden. Jedoch rechtfertigt die geringe Fallzahl die Entscheidung, die Stichprobe auf die Stadt Wien zu beschränken.

Die Experteninterviews selbst fanden zu unterschiedlichen Zeitpunkten, am Arbeitsplatz der jeweiligen Ärzte, im AKH Wien statt. Im Befragungszeitraum vom 19. August 2011 bis 30. September 2011 wurden insgesamt 24 Interviews durchgeführt, 12 Interviews pro Kategorie. Rekrutiert wurden die Interviewpartner durch eine schriftliche Anfrage via E-Mail mit nachfolgendem Telefonat zur Terminvereinbarung für das Experteninterview. Die Interviews selbst dauerten zwischen 20 und 30 Minuten, wobei bei fast allen Interviews von Anfang an eine Selbstläufigkeit gegeben war, was auch aus den Transkriptionen (siehe Anhang) deutlich hervorgeht. Die zu Beginn aufgeworfenen Forschungsfragen konnten in der Untersuchung alle beantwortet werden und die wichtigsten Ergebnisse, sowie beispielhafte Aussagen daraus, werden im Anschluss präsentiert.

8.3 Datenanalyse

Die Auswertung des Experteninterviews erfolgte nach rein inhaltlichen Gesichtspunkten, mimische und gestische Aspekte sowie sprachliche Strukturen waren in dieser Untersuchung nicht relevant und wurden daher weder in den Transkriptionen berücksichtigt, noch in die Analyse mit einbezogen.

Als Methode für die Auswertung wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt. Die Untersuchung ist in ihrer Gesamtheit nicht repräsentativ, gibt jedoch durchaus Hinweise auf mögliche, zum Teil auch neuere Forschungsfelder, die in Anschlussuntersuchungen intensiver bearbeitet werden können.

Im nun folgenden Teil der Arbeit erfolgt die Interpretation der Untersuchungsergebnisse in Richtung der Hauptfragestellung. Die Ergebnisse werden dabei anhand der Forschungsfragen dargestellt. Bei den in den Zitaten

erwähnten Namen der Interviewpartner handelt es sich um die jeweiligen Nachnamen der befragten Ärzte. Diese dienen ausschließlich der Nachvollziehbarkeit und Zuordenbarkeit der Redebeiträge. Zur Sicherstellung der Anonymität der Interviewteilnehmer wurde daher auf jegliche weitere Personenangaben verzichtet.

9. Untersuchungsergebnisse

Die aus der Auswertung gewonnenen, zentralen Ergebnisse werden anschließend anhand der Forschungsfragen zusammengefasst und präsentiert. Diskrepanzen zwischen den ausgewählten Krankheitsbildern Krebs und Zöliakie konnten in dieser Untersuchung nur sehr peripher festgestellt werden, da diesbezüglich zu wenige und zu ungenaue Aussagen vorliegen. Zwar ließen sich aus den Antworten der Befragten durchaus einige Indikatoren ableiten, die auf Unterschiede in den verglichenen Patientenkollektiven hinweisen, jedoch waren die Aussagen und Wahrnehmungen der befragten Ärzte zum Teil sehr widersprüchlich. Daher wird dieser Untersuchungspunkt nicht in einer separaten Forschungsfrage thematisiert, sondern bei jenen Forschungsfragen ergänzend abgehandelt, wo tatsächlich Unterschiede festgestellt werden konnten.

Forschungsfrage 1: Wie gehen Ärzte mit der neuen Situation des informierten beziehungsweise mündigen Patienten um?

Im Allgemeinen wird die neue Informiertheit und Mündigkeit der Patienten von einer eindeutigen Mehrheit der befragten Ärzte als ein ständig zunehmendes und weit verbreitetes Phänomen wahrgenommen und durchaus sehr begrüßt. Informierte Patienten werden als eigenständiger und selbstverantwortlicher erlebt, sie zeigen Interesse und Bereitschaft, einen Beitrag für ihre Gesundheit zu leisten, Verantwortung für Entscheidungen und deren Folgen zu übernehmen und selbst aktiv nach (Zusatz-) Informationen zu recherchieren (Huber 29-32; Vecsei 59-70; Gangl 11-14; Frass 56-60 & 82 ff.; Diridl 44-51; Köhler 15-17; Gatterbauer 61-67 & 95-98;

Diridl G. 186-191; Thallinger 76-87; Pfligl 71 ff.; Mayer 118-126; Hillebrand 70-74; Weiß 66-70; Horak 56-61; Terler 29-33; Soukup 28-33; Vogelsang 12-18 & 76-81; Brandstetter 14-20; Widhalm 11-17; Eitelberger 18-21).

Dies stellt gleichzeitig die Ärzteschaft vor die Herausforderung, sich auch selbst laufend weiter zu bilden, über den neuesten Stand der Wissenschaft und Forschung Bescheid zu wissen und die eigene Expertise so hoch und aktuell wie möglich zu halten, um den Patienten und ihren Fragen adäquat und kompetent begegnen zu können. Denn das sichert nicht nur das Vertrauen der Patienten, sondern trägt in weiterer Folge auch dazu bei, die Qualität in der Medizin auf einem sehr hohen Niveau zu halten (Mayer 32 f.; Pfligl 78-87; Vecsei 102-106 & 150-158; Hillebrand 25-28; Thallinger 86 f.; Frass 74 ff.; Diridl 41-44; Terler 82-85 & 131-142; Gatterbauer 126-133).

Für ein Drittel der befragten Ärzte hat der höhere Informationsgrad der Patienten jedoch auch einen etwas bitteren Beigeschmack: Der Titel „Herr Doktor“ allein verliert an Überzeugungskraft, mündige Patienten sind sehr zeitaufwendig, hinterfragen, bezweifeln und korrigieren mitunter ärztliche Verordnungen und stellen eine Bürde und Erschwernis im Berufsalltag dar. Diese Patienten werden als respektlos und besserwisserisch erlebt, wodurch sich manche Ärzte in ihrer Autorität untergraben fühlen (Brandstetter 34; Terler 33-36; Weiß 23-26; Thallinger 94-94; Marosi 55-58 & 128-133; Gatterbauer 46-50 & 54-57; Pesina 181-185; Vecsei 75-81).

Die völlig konträre Position dazu lautet, dass der mündige Patient ein Mythos ist und in der Realität gar nicht existiert. Sechs der befragten Ärzte gaben an, dass Patienten in Wahrheit weder Verantwortung für sich übernehmen noch lebenswichtige Entscheidungen selbst treffen wollen, sondern sie warten viel mehr auf Hilfe und Führung durch den Arzt. Sie wollen sich von diesem behandeln lassen und gesund gemacht werden, ohne dabei selbst einen großen Beitrag leisten zu müssen (Mayer 174-179; Diridl 56-59; Soukup 120-122; Marosi 15-19; Diridl G. 50-60; Köhler 49-52).

Wenngleich die Angaben in diesem Zusammenhang widersprüchlich waren, zeigten sich hier doch auch einige Unterschiede zwischen Krebs- und Zöliakiepatienten.

Zwar verwies eine Mehrheit der befragten Ärzte eindeutig darauf, dass der Schweregrad der Erkrankung ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Informationssuche bei den Patienten ist.

Jedoch gaben einerseits fünf befragte Ärzte an, dass besonders schwerkranke Patienten sich bereitwillig in die Hände eines Arztes begeben, weil im Angesicht des Todes die verfügbare Zeit für Recherchen und somit die Experimentierfreudigkeit wesentlich geringer sind. Mit anderen Worten, je schwerer die Erkrankung des Patienten ist, so die Ärzte, desto weniger Kraft und Motivation besitzt dieser für jegliche Eigeninitiative bei der Informationssuche (Gruber 37-40 & 90-97; Köhler 49-52; Widhalm 64-67; Marosi 140 ff. & 194 f.; Eland 227 ff.).

Dem gegenüber steht die Annahme, dass sich besonders schwerkranke Menschen sehr intensiv auf Informationssuche begeben und gleichzeitig wesentlich zugänglicher für jegliche Art von Informationen und Fehlinformationen sind beziehungsweise an diesen auch vehementer festhalten. Diese Sicht wird ebenfalls von fünf der befragten Ärzte vertreten, die davon ausgehen, dass besonders schwerkranke Menschen nach sämtlichen zur Verfügung stehenden Optionen und Alternativen suchen und dabei nichts unversucht lassen (Gatterbauer 167-171; Huber 200-203; Thallinger 139-144; Gangl 37-40; Diridl G. 119-126).

Einigkeit herrschte bei den befragten Ärzten jedenfalls dahingehend, wie mit den Vorinformationen der Patienten am besten umgegangen werden soll:

„Mann muss als Arzt ein Führer durch diesen Dschungel an Informationen sein, damit ein Patient am Ende ein informierter und nicht ein fehlinformierter Patient ist“ (Eitelberger, 66-68).

Einerseits muss den Patienten die Möglichkeit eingeräumt werden, ihr Wissen und ihre Informationen im Gespräch offen darzulegen, ohne dass diese gleich einer Bewertung unterzogen werden. Sich die Informationen in Ruhe anhören, auf diese eingehen, sie jedoch niemals von vornherein ablehnen oder übergehen sind wesentliche Schlüsselfaktoren, um überhaupt eine vertrauensvolle Gesprächsbasis mit dem Patienten aufbauen zu können. Denn nur auf diese Weise, so die befragten Ärzte, sei es möglich, anders lautende Informationen ins Gespräch aufzunehmen, zu diskutieren und Fehlinformationen zu korrigieren und

auszuräumen (Mayer 34-38 & 74-82; Soukup 67-72 & 94-99; Vogelsang 108-114 & 166-172; Terler 97-103; Weiß 5-9; Hillebrand 124-128; Pfligl 36-40; Thallinger 125 f.; Gangl 40-44 & 67-71; Köhler 56-59 & 80-85; Gatterbauer 16-26, 117-121 & 138-146; Widhalm 21 f.; Frass 26-36 & 40-43; Huber 146-154; Diridl G. 158-169; Horak 120-132; Vecsei 36-42; Brandstetter 25-31 & 73-80; Eitelberger 132-135; Horak 115-132 & 145-151; Diridl G. 130-152 & 158-169; Eland 104-107 & 111 f.; Diridl 93-100; Frass 114-117).

Der Entwicklung vom Vormund zum Partner und Begleiter des Patienten kann daher, laut der hier befragten Ärzte, am besten mit umfassender Informationsweitergabe und gleichzeitiger Anerkennung der Selbstverantwortung der Patienten begegnet werden.

Ein Punkt, der in Zusammenhang mit Vertrauen und Glaubwürdigkeit von gut der Hälfte der Befragten ebenfalls für sehr wesentlich deklariert wurde, ist die Tatsache, dass zwar von Ärzteseite versucht werden muss, sich selbst so beleben und informiert wie möglich zu halten, jedoch sei es gleichzeitig wichtig, seine Grenzen zu kennen und offen zuzugeben, wenn einem Informationen, über die der Patient verfügt, nicht bekannt sind. In einem solchen Fall den Patienten an einen Fachkollegen zu verweisen beziehungsweise die Bereitschaft zu zeigen, diesbezüglich Recherchen anzustellen, werde vom Patienten eindeutig positiv wahrgenommen und mit Vertrauen honoriert (Mayer 36 ff.; Terler 142-147; Vecsei 107-112 & 158-163; Gruber 71-76; Gatterbauer 222-233; Frass 82-86; Terler 142-147).

Resümierend kann festgestellt werden, dass die zunehmende Informiertheit und Mündigkeit der Patienten die Ärzteschaft in ihrer Aufgabe und Rolle zwar durchaus vor zahlreiche neue Herausforderungen stellt, dass jedoch in dieser Entwicklung viel Potential für mehr Qualität und Selbstverantwortung in der Medizin steckt, wie das nachstehende Zitat treffend auf den Punkt bringt:

„Es ist der mündige Patient, der sicherlich einen weitaus größeren Zeitaufwand darstellt. Aber a la Long ist er derjenige, der weitaus vernünftiger ist, weil er verstanden hat worum es geht und somit nicht nur die Bereitschaft sondern auch die Fähigkeit besitzt, Verantwortung zu übernehmen für sich und seine Krankheit“ (Huber, 45-48).

Forschungsfrage 2: Wie schätzen die Ärzte die Potentiale und Risiken des Internets als Erstinformationsquelle im Krankheitsfall ein?

Bei dieser Forschungsfrage konnte sich ein sehr deutliches Bild abzeichnen. Sowohl die Vorteile, als auch die Nachteile des Internets als Informationsquelle für Patienten wurden von den befragten Ärzten sehr einheitlich und präzise beschrieben, wobei die Nachteile auf Basis dieser Untersuchung eindeutig überwiegen. Doch fassen wir zuerst die Vorteile der Informationen aus dem Internet zusammen.

Einerseits wird die verbesserte und erleichterte Zugänglichkeit zu medizinischen Informationen von einer klaren Mehrheit der Ärzte sehr gelobt. Diese Möglichkeit zur Vorinformation im Internet würde einerseits die Kommunikation mit dem Patienten erleichtern und gleichzeitig ein tieferes Verständnis für die vorliegende Krankheit und Diagnose fördern. Denn wenn Basisinformationen bereits eingeholt wurden, kann das Gespräch auf einer höheren Ebene angesetzt werden und es können gleichzeitig mehr Details besprochen werden. Gleichzeitig kann das Internet die Mündigkeit der Patienten fördern, indem sie, basierend auf dem eingeholten Wissen, Informationen vom Arzt kritisch hinterfragen und gleichzeitig im Arztgespräch präzisere und gezieltere Fragen stellen können (Pesina 165-172; Eitelberger 61-65; Hillebrand 93-101; Weiß 121-126; Horak 88 f.; Terler 123-126; Brandstetter 113-116; Soukup 78-83 & 127 ff.; Mayer 195-198; Vecsei 66-71; Thallinger 80-87 & 97 ff.; Köhler 72-75; Widhalm 41 ff.; Gatterbauer 61-73 & 180-188; Frass 90-97; Huber 38-41; Vogelsang 37-51; Diridl 63-67; Eland 160-164).

Darüber hinaus wird das Internet von den meisten als sehr gute Quelle für weitere Recherchen und Zusatzinformationen beschrieben, die im Arzt-Patienten-Gespräch zu kurz, zu unklar, zu wenig ausführlich oder aufgrund des Zeitmangels gar nicht besprochen werden können (Weiß 36-44 & 156-161; Vogelsang 129-133; Frass 68 f.; Diridl G. 107-113; Gatterbauer 180-188; Mayer 74-80; Huber 67 & 81 ff.; Terler 90-93 & 97-101; Eitelberger 73-77; Eland 211-216).

Drei der befragten Ärzte verwiesen außerdem auf die gute Möglichkeit für die Patienten, Selbsthilfegruppen im Internet ausfindig zu machen und sich so mit anderen Betroffenen austauschen zu können (Vogelsang 70 f.; Diridl G. 97 ff.; Eitelberger 95-101).

Kommen wir nun zu den von den Ärzten erwähnten Nachteilen der Internetinformationen. Auch hier waren sich die befragten Ärzte einig: Das Internet ist Segen und Fluch zugleich, in der Medizin jedoch mehr Fluch als Segen, wie die folgenden Ergebnisse verdeutlichen.

Die Hälfte der befragten Ärzte kritisierte primär die Qualität und Transparenz der Internetinformationen. Der Großteil der Informationen ist diesen zufolge viel zu oberflächlich, einseitig und vereinfacht dargestellt, vernachlässigt Kausalitäten oder ist veraltet und entspricht daher nicht mehr dem aktuellsten Stand der Forschung (Mayer 33 f. & 212-217; Eitelberger 63-66; Vogelsang 71-76; Brandstetter 75-78; Huber 67-71; Frass 70-73; Gruber 103-114 & 137-141; Eland 147 ff.; Diridl G. 75-83; Gatterbauer 164 ff.; Weiß 169-178; Marosi 100-104).

Zusätzlich führt die enorme Informationsflut im Internet dazu, die Patienten zu verwirren, zu überfordern und zum Teil zusätzlich zu verängstigen. Dies vermittelt, laut Ärzten, den Patienten ein völlig falsches Bild von ihrer Krankheit, da ihnen die Expertise fehlt, die Informationen entsprechend zu filtern, zuzuordnen und zu bewerten. Infolgedessen werden Fehlinformationen und vorgefertigte Meinungen auf Seiten der Patienten als sehr belastend für die Arzt-Patienten-Beziehung wahrgenommen und es kostet viel Zeit, über Falschinformationen aufzuklären, diese auszuräumen und die Patienten vom Gegenteil zu überzeugen (Pesina 115-118 & 173-178; Eitelberger 107-119; Marosi 120-124; Hillebrand 106-111; Brandstetter 120-124; Soukup 130 ff.; Mayer 209-217; Diridl 72-83; Vecsei 48-52 & 119-123; Diridl G. 39-44 & 76-85; Thallinger 140-147; Köhler 64-67; Widhalm 43-48; Gatterbauer 150-163; Huber 101-106; Weiß 146-153; Gruber 156-160).

Ein Interviewpartner formulierte die beschriebene Krux sehr anschaulich:

„Mit den Möglichkeiten des Internets sich zu informieren trifft man mittlerweile nicht mehr auf die Hypochondrier, sondern heute sind es die Cyberchondrier. Die haben schon alles Mögliche gelesen, glauben, dass sie über einen gewissen Wissensvorsprung verfügen und sämtliche Beschwerden und Krankheiten bei sich diagnostizieren konnten“ (Gruber 57-61).

Drei der befragten Ärzte gaben darüber hinaus zu bedenken, dass Internetinformationen häufig einen bestimmten Zweck oder ein bestimmtes Interesse verfolgen, indem sie ein Produkt oder eine Behandlung bewerben oder verkaufen wollen. Dies ist für Laien oft nicht sofort ersichtlich und gefährdet

ebenfalls die Objektivität und Korrektheit der eingeholten Informationen (Gruber 122-126 & 154 ff.; Thallinger 110-113; Gatterbauer 166 ff.).

Und vier der befragten Ärzte gingen sogar soweit zu behaupten, dass sich Patienten aufgrund der eingeholten Informationen und ihres Wissens aus dem Internet soweit informiert fühlen, dass sie gänzlich auf eine ärztliche Meinung beziehungsweise den Arztbesuch verzichten und eigene Wege beschreiten, was in vielen Fällen schwerwiegende Konsequenzen nach sich ziehen kann (Weiß 162-168; Horak 101-105; Vogelsang 86-95 & 125-128; Diridl G. 3-7).

Somit erkennt die Mehrheit der befragten Ärzte zwar durchaus die Potentiale des Internets im erleichterten Zugang zu medizinischen Informationen und der Emanzipierung der Patienten. Für sie alle überwiegen jedoch nach wie vor die oben genannten Nachteile, die sich vor allem aus der Fülle der verfügbaren Informationen ergeben.

Forschungsfrage 3: Wie wirken sich die Vorinformationen auf die Arzt-Patienten-Beziehung aus?

Bei dieser Forschungsfrage präsentieren sich die Untersuchungsergebnisse sehr ausgewogen. Die befragten Ärzte nannten sowohl positive als auch negative Auswirkungen, die die Vorinformationen auf die Beziehung zum Patienten haben können, welche hier annähernd in gleichem Maße vertreten sind.

Beginnen wir wieder mit einem Überblick über die wahrgenommenen Vorteile der Vorinformationen für die Arzt-Patienten-Beziehung.

Einerseits stellten beinahe alle Befragungsteilnehmer fest, dass ein hoher Wissensstand seitens der Patienten ein viel partnerschaftlicheres Verhältnis, eine schwächer ausgeprägte Hierarchie und somit eine bessere Gesprächsbasis nahezu auf Augenhöhe ermöglicht. Dies führt auch dazu, dass sich die Patienten bei weitem aktiver und kooperativer im Therapieprozess zeigen, mit einbezogen werden wollen und bereit sind, Verantwortung für sich und ihre Gesundheit zu übernehmen (Horak 56-61 & 94-97; Vogelsang 37-51; Frass 24-33 & 76 ff.; Köhler 38-41 & 72-

75; Pfligl 71 ff. & 165-171; Thallinger 91-99; Gangl 11-14 & 54-61; Mayer 118-126 & 195-198; Huber 38-41; Gatterbauer 95-98 & 180-191; Hillebrand 70-74; Widhalm 34-37; Pesina 119-123 & 165-172; Weiß 4-11 & 34-44; Terler 29-33; 123-126; Soukup 28-33; Vecsei 57-67; Eitelberger 81-85; Diridl 44-51).

Indem sich die Patienten gleichwertiger und mündiger fühlen, ist es gleichzeitig auch möglich Fragen, Ängste und Sorgen im Gespräch wesentlich offener anzusprechen und zu diskutieren, was wiederum die Beziehung zum Patient stärkt. Ein Befragter stellte in diesem Zusammenhang sehr pointiert fest, er würde sich aufgrund dieser Entwicklungen zunehmend von der reinen Reparaturmedizin weg bewegen, in der er nach Schema F sein Handwerk verrichtet. Und wenn man dazu als Arzt bereit ist, könne man seitens der Patienten eine sehr bereichernde, echte Bereitschaft zur Zusammenarbeit erleben (Pesina 23 ff.).

Zusätzlich gab in etwa ein Drittel der Befragten an, dass Patienten aufgrund ihrer Vorinformationen wesentlich kritischer sind, höhere (zeitliche) Ansprüche stellen, mit mehr Fragen kommen und gewisse Dinge mit wesentlich mehr Vehemenz einfordern würden, was ebenfalls eine gleichwertigere Beziehung sowie deren medizinisches Niveau fördert (Pfligl 19 ff. & 78-86; Diridl 42 ff.; Gruber 15 ff.; Vecsei 102-106; Terler 18-24; Soukup 16 ff.; Köhler 15 ff.).

Eben dieser Punkt wurde jedoch von zehn der befragten Ärzte gleichzeitig als Nachteil deklariert, da sich ihrer Meinung nach Patienten auch schneller unzureichend betreut fühlen, wenn ihre Erwartungen und Forderungen nicht dementsprechend erfüllt werden, was in weiterer Folge zum sofortigen Beziehungsabbruch führen kann (Vecsei 116-123 & 135-145; Diridl G. 49 ff.; Thallinger 101-104; Pfligl 53-56; Mayer 53-65; Gatterbauer 204-211; Hillebrand 43 f.; Weiß 51-57; Horak 101-110; Brandstetter 34-39).

Damit wären wir auch schon bei den Nachteilen der Vorinformationen für die Arzt-Patienten-Beziehung angelangt.

Im Allgemeinen empfinden die befragten Ärzte den Beziehungsaufbau zu den Patienten wesentlich zeitaufwendiger und komplizierter als früher. Indem die Patienten informierter sind, treten sie gleichzeitig auch deutlich kritischer an die Ärzte heran, stellen Entscheidungen und Verordnungen zunehmend in Frage, lassen sich oft nur sehr schwer von Fehlinformationen abbringen und von

entgegengesetzten Meinungen überzeugen (Eitelberger 9-13; Weiß 34 ff.; Horak 105-110; Terler 9-12; Huber 126 f.; Marosi 122 ff.; Diridl 4-11 & 78-83; Eland 147 ff.; Gruber 101-106 & 158 ff.; Vecsei 22-26, 48-52 & 119-123; Pesina 115-118 & 173-178; Hillebrand 15-18 & 106-111; Brandstetter 120-124; Soukup 130 ff.; Mayer 83 ff. & 209-217; Pfligl 17 f.; Gangl 8-11; Diridl G. 39-44 & 76-85; Thallinger 140-147; Köhler 64-67; Widhalm 43-48; Gatterbauer 150-163; Vogelsang 160-172).

Dies wirkt sich wiederum auf das Vertrauen in der Arzt-Patienten-Beziehung aus, welches zwar einstimmig von den Befragten als die Quintessenz in einer gelungenen Beziehung genannt wird, jedoch dadurch wesentlich schwerer gewonnen und aufgebaut werden kann.

Als ebenfalls sehr belastend für die Arzt-Patienten-Beziehung erwähnten darüber hinaus vier Interviewpartner die sich zuspitzende, rechtliche Situation in der Medizin. Man dürfe sich als Arzt heute absolut keine Fehler mehr erlauben, ohne nicht sofort von der Patientenanwaltschaft gerichtlich belangt zu werden. Und in einem solchen Fall verliert man zumeist nicht nur den Patienten, sondern womöglich auch seine Zulassung als Arzt, was den Druck im Berufsalltag natürlich spürbar erhöht (Pesina 86-108; Pfligl 200-204; Diridl G. 85-91; Huber 267-273).

Auch bei dieser Forschungsfrage konnten Unterschiede in den zwei ausgewählten Patientenkollektiven ermittelt werden.

Einerseits bewerteten fünf der befragten Ärzte die Beziehung zu Krebspatienten als besonders intensiv und gleichzeitig auch weniger partnerschaftlich. Schwerkranke Patienten würden eine höhere Compliance zeigen und wären somit viel eher bereit, sämtliche Verantwortung und Entscheidungsmacht an den Arzt abzugeben, dessen Anordnungen ungefragt zu akzeptieren und anzunehmen, und sie wollen auch nicht mit wesentlichen Entscheidungen alleine gelassen werden (Gruber 37-40 & 90-97; Köhler 49-52; Widhalm 64-67; Marosi 140 ff. & 194 f.; Eland 227 ff.).

Im Kontrast dazu steht die Annahme von ebenfalls fünf befragten Ärzten, die erklärten, dass Krebspatienten verglichen mit Zöliakiebetroffenen ganz besonders kritisch und misstrauisch an ihren Arzt herantreten. Sie würden sich viel stärker an diversen Annahmen festklammern und sich oft viel schwerer von

gegenteiligen Informationen und ärztlichen Ratschlägen überzeugen lassen (Gatterbauer 167-171; Huber 200-203; Thallinger 139-144; Gangl 37-40; Diridl G. 119-126).

Rekapitulierend ergeben sich jedoch in beiden Patientengruppen, laut Angaben der befragten Ärzte, sowohl zahlreiche positive, als auch negative Einflüsse der Vorinformationen auf die Arzt-Patienten-Beziehung. Indem die Hierarchie fällt, wird das Verhältnis zwischen Arzt und Patient zwar ausgeglichener und partnerschaftlicher, gleichzeitig stellt aber genau diese Emanzipierung eine große Herausforderung für den Vertrauensaufbau in einer so heiklen Interaktion wie jener zwischen Arzt und Patient dar.

Forschungsfrage 5: Wie bewerten die Ärzte das Beziehungsmodell des „Participatory Decision Making“ in der Praxis?

Das Thema „gemeinsame Entscheidungsfindung“ schien die befragten Ärzte ganz besonders zu beschäftigen, da diese zwar fast ausnahmslos die Bedeutung und Notwendigkeit der Miteinbeziehung der Patienten und Berücksichtigung ihres Willens hervorhoben. Andererseits ging aus den Aussagen deutlich die Skepsis und Unsicherheit der Befragten hervor, inwieweit sie eine gemeinsame Entscheidungsfindung in der Berufspraxis tatsächlich umsetzen können, sollen und auch wollen.

Zumindest in Bezug auf die Frage, was unter dem Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung grundsätzlich zu verstehen ist, waren sich alle Befragten einig: Man stellt dem Patienten in einem ausführlichen Gespräch alle für ihn notwendigen Informationen zur Verfügung, klärt ihn über sämtliche Möglichkeiten und Risiken auf und versucht dann gemeinsam mit dem Patienten einen Lösungsweg zu finden, der so individuell auf ihn und seine Situation abgestimmt ist, dass er diesen auch tragen kann und will (Horak 160-164; Soukup 154-157; Pesina 201-204; Eitelberger 162-168; Hillebrand 34-39 & 201-209; Vogelsang 195-198; Brandstetter 155-158; Huber 150 ff.; Gruber 170-173; Köhler 90-93; Marosi 151-165; Diridl 105 ff.; Vecsei 168-173; Diridl G. 242 ff.; Thallinger 170-175; Widhalm 110-117; Gatterbauer 87-91 & 238-248; Mayer 224-230; Weiß 240-253; Terler 40-44).

Darüber hinaus stellte die eindeutige Mehrheit der Ärzte fest, dass eine Arzt-Patienten-Beziehung ausschließlich funktionieren kann, wenn die Patienten so intensiv wie möglich in den Entscheidungsprozess mit einbezogen werden. Nur wenn auf die Patientenwünsche ausreichend eingegangen wird, gemeinsam konstruktiv Lösungen erarbeitet und Entscheidungen getroffen werden, wird der Patient auch zu 100% hinter der Entscheidung stehen und bereit sein, diese mit Überzeugung umzusetzen. Und in weiterer Folge wird dann auch die Compliance des Patienten stimmen, und die Behandlung kann erfolgreich sein (Terler 154-158 & 176-179; Horak 45-51 & 156-165; Soukup 37-42; Pfligl 232-239; Weiß 93-98; Vogelsang 223-229; Brandstetter 160-163; Mayer 224-239; Gangl 128-132; Köhler 105-110; Frass 147-152; Marosi 190-200; Diridl 139-144; Vecsei 210-215; Thallinger 182-188; Eland 241-251; Huber 250-261; Gatterbauer 280-286; Widhalm 71-78 & 138-145; Hillebrand 243-253; Pesina 241-247).

Dem Patienten stur etwas vorschreiben oder versuchen, diesen zu einer Entscheidung zu überreden oder gar zu zwingen, würde heute keinesfalls mehr funktionieren, sondern lediglich das Arzt-Patienten-Verhältnis trüben oder gänzlich zerstören.

Nur ein einziger befragter Arzt erklärte das Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung für die Praxis als völlig illusorisch und keineswegs umsetzbar:

„Das ist eigentlich etwas, das ich überhaupt nicht verstehe, weil in allen anderen Bereichen, egal ob im Rechtswesen, wo ich einen Anwalt brauche oder im Bankenwesen, wo ich mich beraten lassen muss...also überall anders braucht man sehr wohl einen Blindenhund, der einen durchführt! Und gerade in einem der schwierigsten Bereiche, nämlich in der Medizin, kommen die Leute auf die wahnwitzige Idee, den Patienten so zu empowern, dass er alles selbst entscheiden kann, was wirklich völlig meschugge ist“ (Gruber 196-201).

Die Grenzen der Miteinbeziehung von Patienten erkennt der Großteil der Befragten dort, wo es sich um lebensnotwendige Entscheidungen und Akutsituationen handelt, da das oberste Ziel trotz allem bleiben muss, den Patienten vor jeglichem Schaden zu bewahren.

Selbiges gilt daher auch für jene Patienten, die aufgrund ihres gesundheitlichen Zustandes zu keiner eigenständigen Entscheidung mehr fähig sind. Gut die Hälfte der befragten Ärzte betonte, dass ein Patient grundsätzlich bei klarem Bewusstsein und Verstand sein muss und somit zu 100% nachvollziehen können und verstanden haben muss, worum es bei seiner Erkrankung geht. Ist dies nicht der Fall, dann ist eine gemeinsame Entscheidungsfindung im eigentlichen Sinne laut deren Angaben nicht möglich (Pfligl 168-196 & 225 ff.; Huber 266-273; Gangl 119-128; Marosi 31-36; Vecsei 178-184; Pesina 132-136; Horak 45-51; Gruber 26-30; Diridl G. 186-191 & 244-247; Widhalm 136 ff.).

Somit stimmten auch die Aussagen der befragten Ärzte dahingehend überein, dass im Arzt-Patienten-Verhältnis immer eine gewisse Hierarchie vorhanden ist, die niemals zur Gänze aufgelöst werden kann. Zwar vertritt der Großteil die Auffassung, dass die Hierarchie zwischen Arzt und Patient so gering wie möglich gehalten werden sollte, da ein partnerschaftliches Verhältnis auf Augenhöhe zu einer wesentlich offeneren, harmonischeren und vertrauensvoller Interaktion beiträgt. Indikatoren wie das intensive und lange Studium, die jahrelange Erfahrung, das Spezialwissen sowie der kompetente Weitblick sprechen dem Arzt aber trotz allem eine Expertise zu, über die der Patient nicht in gleicher Form verfügen kann (Pesina 220-224; Eitelberger 178-181; Vogelsang 201-208; Diridl 113-121; Vecsei 189-199; Marosi 81-84 & 171 ff.; Diridl G. 262 ff.; Widhalm 121 ff.; Frass 138-142; Thallinger 162-165 & 192-206; Pfligl 159 ff.; Mayer 288-291 & 277-283; Huber 236-244; Hillebrand 215-224; Weiß 273 ff.; Horak 172-176).

Ein letzter Punkt, der in Zusammenhang mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung ebenfalls angesprochen wurde, ist die Verteilung der Verantwortung in der Arzt-Patienten-Beziehung. Hier zeigten sich erneut Unterschiede zwischen Krebs- und Zöliakiepatienten vor allem dahingehend, dass die gemeinsame Entscheidungsfindung und Entscheidungsverantwortung mit der Schwere der Krankheit jeweils einen unterschiedlichen Stellenwert einnimmt. Somit präsentieren sich die Ergebnisse hier zweigeteilt.

Demnach sind es vor allem die Gastroenterologen, die eine sehr liberale Sicht vertreten. Sie schreiben der gemeinsamen Entscheidungsfindung höchste Priorität und Notwendigkeit zu, die ohne Ausnahmen praktiziert werden müsse.

Ihnen zufolge liegt jegliche Entscheidungsverantwortung ausschließlich beim Patienten und dürfe diesem auch nicht entzogen werden (Horak 184-188; Pesina 229-236; Eitelberger 186-190; Hillebrand 230-238; Weiß 259-268; Vogelsang 213-218; Mayer 245-254; Gangl 148-154; Gatterbauer 259-264).

Die Gegenposition dazu lautet, dass die Letztverantwortung für Therapie und -entscheidungen ausschließlich beim Arzt liegen kann und muss. Diese Annahme wird von der überwiegenden Mehrheit der Ärzte von Krebspatienten vertreten, die die Einbeziehung der Patienten nur bis zu einem gewissen Grad für umsetzbar hält und besonders in Akutsituationen die Entscheidungsverantwortung eindeutig bei sich sieht (Pfligl 209-220; Thallinger 212-224; Widhalm 129 ff.; Dirndl 127-134; Marosi 179), (Pfligl 209-220; Thallinger 212-224; Widhalm 129 ff.; Dirndl 127-134; Marosi 179).

Alles in allem kann der Schluss gezogen werden, dass gemeinsame Entscheidungsfindung einen zunehmend bedeutungsvolleren Stellenwert im Berufsalltag der befragten Ärzte einnimmt, dass diese jedoch nach wie vor sehr stark in der Entwicklung begriffen ist, und den Interviewpartnern zufolge in diversen Situationen auf ihre Grenzen stößt, was das Modell in der Praxis zum Teil nur schwer umsetzbar macht.

Forschungsfrage 6: Inwieweit haben Ärzte damit zu kämpfen, aus dem Internet eingeholtes Wissen richtig zu stellen und sich als Experten durchzusetzen?

In Zusammenhang mit dieser Forschungsfrage scheint es auf die Frage nach einem möglichen Autoritäts- und Machtverlust von Ärzten in der heutigen Informationsgesellschaft hier nur eine einzige valide Antwort zu geben: Nein, die ärztliche Expertise und Autorität ist durch das Internet weder in Frage gestellt, noch in irgendeiner Form vermindert oder gefährdet- ganz im Gegenteil! Und wenn man den Aussagen der befragten Ärzten Glauben schenken kann, so wird diese auch in Zukunft ungebrochen existieren und somit sehe man keinerlei Schwierigkeiten, sich gegenüber dem Internet als letzter Experte zu behaupten (Terler 131 f.; Huber 215-218; Weiß 199 f.; Pfligl 145-148; Soukup 137-140; Gatterbauer 126 ff.; Frass 114; Gruber 101-114 & 119-126; Thallinger 152-165; Mayer 135-139; Hillebrand 189-197).

Begründet wird diese doch sehr klare Einschätzung einerseits durch die natürlich existierende Hierarchie zwischen Arzt und Patient, die sich, wie auch in Forschungsfrage fünf ausführlich erklärt, aus der Ausbildung, dem umfangreichen Wissen sowie der Erfahrung als Arzt ableitet (Mayer 288-291; Huber 236 ff.; Pesina 220-224; Eitelberger 178-181; Vogelsang 201-208 & 277-283; Diridl 113-121; Vecsei 189-199; Diridl G. 262 ff.; Widhalm 121 ff.; Pfligl 159 ff., Marosi 81-84 & 171 ff.; Frass 138-142; Thallinger 162-165 & 192-206; Hillebrand 215-224; Weiß 273 ff.; Horak 172-176).

Andererseits argumentieren drei der befragten Ärzte, dass der Patient nicht vom Internet, sondern letztlich immer von einem Arzt behandelt wird und daher keinesfalls in seiner Rolle als Ansprechpartner und Experte ersetzbar sein kann (Hillebrand 190-198; Gatterbauer 216-221; Eland 234 ff.).

Auch in Bezug auf die Strategien, die angewandt werden können, um sich gegenüber anderweitig eingeholten Informationen als Experte durchzusetzen, gab es einige wenige, jedoch sehr klare Aussagen. Schlüsselfaktoren sind hier ganz primär das Vertrauen in den Arzt sowie verständliche und gute Argumente. Um das Vertrauen der Patienten zu gewinnen, sei es besonders wichtig, den Patienten von Anfang an aktiv zuzuhören, individuell auf sie einzugehen und ihnen das Gefühl zu vermitteln, dass sie verstanden und wirklich ernst genommen werden. Denn indem man als Arzt versucht, zuerst das Gedankenbild und die Sichtweise des Patienten zu verstehen und sie anhört, kann man sie in weiterer Folge an der richtigen Stelle mit dem eigenen Wissen (korrigierend) abholen und wird auch umgekehrt von den Patienten angehört (Vogelsang 108-114 & 164-173; Eitelberger 132-135; Horak 115-132 & 145-151; Köhler 56-59 & 80-85; Thallinger 57-59 & 152-165; Diridl G. 130-152 & 158-169; Eland 104-107 & 111 f.; Diridl 93-100; Frass 114-117; Gangl 32-37 & 40-44; Mayer 34-38 & 74-82; Soukup 67-72 & 94-99; Terler 97-103; Weiß 5-9; Hillebrand 124-128; Pfligl 36-40; Gangl 40-44 & 67-71; Gatterbauer 16-26, 117-121 & 138-146; Widhalm 21 f.; Vecsei 36-42; Brandstetter 25-31 & 73-80).

Darüber hinaus schaffen gut begründete, fachlich fundierte Argumente, die dem Patienten einleuchten, das nötige Vertrauen, sodass der ärztliche Expertenstatus und Rat am Ende auch problemlos akzeptiert wird (Weiß 206-214; Pesina 190-196; Soukup 146 f.; Gatterbauer 219-222; Eland 179-182 & 263-268; Widhalm 53-57; Thallinger 101-105 & 137 ff.; Vecsei 128-131; Marosi 143-146; Gruber 24-36; Gangl 67-76; Diridl G. 235 ff.; Hillebrand 127-139; Horak 120-132; Eitelberger 123-127).

Zehn der 24 befragten Ärzte fügten außerdem hinzu, dass es immer wichtig und notwendig sei, das eigene Fachwissen auf dem höchstmöglichen Niveau und aktuellsten Stand der Wissenschaft zu halten, um Patienten auf verlässliche Informationsquellen aufmerksam machen zu können und gleichzeitig Fehlinformationen mit logischen Begründungen widerlegen zu können. Denn auch das schafft Vertrauen, Respekt und Glaubwürdigkeit (Terler 131-142; Gatterbauer 126-133; Vecsei 102-106 & 150-158; Mayer 32 f.; Pfligl 78-87; Hillebrand 25-28; Thallinger 86 f.; Frass 74 ff.; Diridl 41-44; Terler 82-85 & 131-142).

Alles in allem geht aus dieser Analyse hervor, dass die befragten Ärzte ihren Status als medizinische Experten in keiner Weise gefährdet sehen und auch informierte Patienten nicht als Bedrohung ihrer Autorität wahrnehmen.

10. Resümee und Ausblick

Konkrete Fragen, pointierte Antworten und dementsprechend aussagekräftige Ergebnisse – ein Tenor, der diese gesamte Untersuchung durchzogen hat und somit nicht nur auf die Qualität, sondern auch auf die Relevanz der vorliegenden Thematik dieser Forschung schließen lässt.

Fakt ist: Das Internet ist aufgrund seiner zahlreichen Kommunikationsmöglichkeiten und Informationsangebote längst zu einem Fixpunkt im täglichen Medienensemble vieler Menschen geworden und wird vor allem bei der gezielten Suche nach Informationen sehr intensiv genutzt. Immer mehr Menschen begeben sich auch für die Informationssuche in Sachen Gesundheit und speziell im Krankheitsfall ins Internet. Und das Ergebnis ist der so genannte „informierte, mündige Patient“, der unweigerlich Einzug gehalten hat im ärztlichen Berufsalltag. Welche neuen Herausforderungen durch diese Entwicklung für die Ärzteschaft entstehen und welche Auswirkungen sie in weiterer Folge auf die Arzt-Patienten-Beziehung haben, galt als primäres Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit.

In einem ersten Teil wurde hinsichtlich der Fragestellungen ein theoretischer Bezugsrahmen zum anschließenden empirischen Forschungsbereich der Arbeit geschaffen. Dabei wurden diverse Modelle der Arzt-Patienten-Kommunikation aufgegriffen und die vom mündigen Patienten geforderte, gemeinsame Entscheidungsfindung näher beleuchtet, bis hin zu der Kernfrage dieser Arbeit nach den möglichen Strategien seitens der Ärzte, mit diesen Entwicklungen adäquat umzugehen. Den zweiten Teil der Arbeit bildet die dazu generierte, empirische Untersuchung. Einige der wichtigsten Hauptaussagen sollen hier noch einmal auszugsweise wiedergegeben werden:

Die zunehmende Informiertheit und Mündigkeit der Patienten wird von den Ärzten grundsätzlich als wünschenswert und positiv deklariert, Patienten werden als eigenständiger und aktiver erlebt, sie interessieren sich für ihre Gesundheit, holen selbstständig Informationen ein und sind zunehmend bereit, Verantwortung für sich und ihre Erkrankung zu übernehmen.

Als ebenfalls sehr positive Entwicklung wurde von den befragten Ärzten festgestellt, dass ein höherer Wissensstand seitens der Patienten eine viel partnerschaftlichere und offenere Beziehung, sowie eine verbesserte Gesprächsbasis nahezu auf Augenhöhe ermöglicht. Zwar werden die Patienten auch als deutlich kritischer und anspruchsvoller erlebt, jedoch zwingt dies nicht nur die Ärzteschaft dazu, ihren Wissensstand auf dem aktuellsten und höchstmöglichen Niveau zu halten, sondern fördert gleichzeitig auch die Qualitätsentwicklung im gesamten Gesundheitswesen.

Inwieweit bei der Mündigkeit der Patienten Indikatoren wie Alter, Geschlecht oder Bildungsstand eine Rolle spielen, kann aufgrund der vorliegenden Studie zwar nicht beantwortet werden. Um hier jedoch allgemein gültige Aussagen treffen zu können, müssten diese Faktoren in zukünftigen Untersuchungen ebenfalls mit erhoben werden.

Bei der Frage nach den Potentialen und Risiken des Internets als Informationsquelle im Krankheitsfall haben sich ganz eindeutige Parallelen zur Literatur gezeigt. Hinsichtlich der Potentiale der Internetinformationen für Patienten wurden primär der erleichterte Zugang zu medizinischen

Informationen, die daraus resultierende Förderung der Mündigkeit der Patienten, das verbesserte Verständnis für die eigene Krankheit, die Möglichkeit für weiterführende Informationsrecherchen sowie die Chance auf Kontaktaufnahme mit anderen Betroffenen genannt.

Als wesentliche Nachteile erkannten die befragten Ärzte die oft mangelhafte Qualität, Aktualität und Transparenz der Internetinformationen, die in weiterer Folge zur Fehlinformiertheit der Patienten beitragen und wiederum viel Zeit, Energie und Erklärungsarbeit seitens der Ärzte erfordern, um Zweifel und Missverständnisse aufzuklären und zu beseitigen.

Auch in punkto Arzt-Patienten-Beziehung scheint es kaum größere Entwicklungen beziehungsweise Veränderungen gegeben zu haben. Allgemein wird ein geringeres Wissensgefälle, eine schwindende Hierarchie und ein daraus resultierendes, partnerschaftlicheres Verhältnis von den befragten Ärzten sehr begrüßt und für eine vertrauensvolle Beziehung als wünschenswert und förderlich bezeichnet. Gleichzeitig stellt die Emanzipierung der Patienten jedoch auch eine große Herausforderung für den Vertrauens- und Beziehungsaufbau dar. Die Mehrheit der Ärzte empfindet diesen als deutlich zeitaufwendiger und komplizierter im Vergleich zu früher. Ärztliche Entscheidungen und Verordnungen werden zunehmend kritisch beäugt und angezweifelt, was zugleich das ärztliche Expertentum an sich in Frage stellt und wichtige Entscheidungen und Maßnahmen verzögert, erschwert oder überhaupt unmöglich macht. In diesem Zusammenhang wäre besonders interessant zu untersuchen, inwieweit auch hier die Demographie der Patienten eine Rolle spielt beziehungsweise, ob dieses Phänomen des Zweifels und Hinterfragens in den verschiedensten Teilbereichen der Medizin möglicherweise unterschiedlich stark auftritt.

Ein Forschungsbereich in der Untersuchung themisierte zwar eben diese Frage nach möglichen Unterschieden in den verschiedenen Teilbereichen der Medizin, indem zwei ausgewählte Patientengruppen miteinander verglichen wurden. Jedoch ist vor allem dieser Untersuchungspunkt verbesserungswürdig und ausbaufähig, da hinsichtlich dieser Frage nur sehr wenige Angaben vorliegen, und daher aus den Ergebnissen kaum Unterschiede zwischen den zwei ausgewählten Patientenkollektiven herausgearbeitet werden konnten.

Primär konnte festgestellt werden, dass die Möglichkeiten der Miteinbeziehung von Patienten bei medizinischen Entscheidungen laut Angaben der Ärzte durchaus vom Schweregrad der Erkrankung abhängig sind. Je lebensbedrohlicher die Krankheit, desto schwerer erscheint die Umsetzung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung. Auch hinsichtlich der Informationssuche konnten Unterschiede ermittelt werden, wobei sich die befragten Ärzte hierbei in ihren Angaben widersprechen. Ein Teil sagte aus, dass besonders schwerkranke Patienten lieber die gesamte Verantwortung und Entscheidungsmacht dem Arzt und dessen Expertise überlassen, wohingegen der andere Teil angab, dass eben jene Patienten besonders stark nach sämtlichen Informationen suchen, an diesen festhalten und sich wesentlich schwerer von anderslautenden Informationen und Ratschlägen überzeugen lassen.

Inwieweit sich eines dieser Phänomene möglicherweise verallgemeinern lässt und ob in der Materie noch weitere interessante Unterschiede bestehen, kann auf Basis dieser Untersuchung nicht beantwortet werden. Diese Fragen würden jedoch hervorragende und spannende Ausgangspunkte für Anschlussuntersuchungen in diesem Feld darstellen.

Ein äußerst interessanter Untersuchungspunkt, bei dem sehr umfassende Ergebnisse ermittelt werden konnten, war das Thema „gemeinsame Entscheidungsfindung“ mit den Patienten. Zum Einen waren die Beschreibungen beinahe ident, wie dieses Modell in der Theorie auszusehen hat und ebenso geschlossen wurde auch auf die Notwendigkeit hingewiesen, den Patienten und dessen Willen in die Entscheidung mit einzubeziehen. Inwieweit dieses Modell jedoch auch im Berufsalltag praktizierbar ist, darüber bestanden erhebliche Zweifel. Der Widerspruch zwischen Wunschbild und Realität zeigt sich in der vorliegenden Arbeit in der Form, dass die von diesem Modell eingeforderte Autonomie des Patienten zum Teil gar nicht in dieser Dimension gewollt ist.

Neben dem Schweregrad der Erkrankung wurde hier vor allem auf die natürlich existierende Hierarchie und das Wissensgefälle zwischen Arzt und Patient hingewiesen, die sich aus dessen Ausbildung, Expertise und Erfahrung ergeben und daher eine gänzlich gleichwertige Partnerschaft unmöglich machen. Auch diese Ergebnisse entsprechen weitgehend den Hinweisen aus der Literatur, weshalb die Annahme zulässig ist, dass gemeinsame Entscheidungsfindung

nach wie vor eher einem (Ideal-)Modell als einer in der Praxis vollständig etablierten Norm entspricht.

Und auch die Ergebnisse der finalen Forschungsfrage präsentierten sich als ein weiteres schlüssiges Puzzleteil im Gesamtbild dieser Untersuchung: Ärztliche Expertise und Autorität sind weder durch das Internet, noch durch den informierten und mündigen Patienten in irgendeiner Form gefährdet. Denn was den Arzt zum Experten macht sind Qualitäten wie Erfahrungswissen, Überblick und Weitblick, die das Internet in der Form nicht bieten kann. Zwar werden Ärzte sehr wohl immer häufiger mit Kritik, Misstrauen und Zweifeln konfrontiert, die primär als das Resultat der vorab eingeholten Informationen gelten. Jedoch dürfen diese Vorinformationen der Patienten keinesfalls von vornherein abgelehnt oder ignoriert werden, sondern müssen ernst genommen, aktiv ins Arzt-Patienten-Gespräch integriert und ausführlich besprochen werden, um überhaupt eine Vertrauensbasis aufzubauen und in weiterer Folge mögliche Fehlinformationen korrigieren zu können. Mit den richtigen Strategien sei es jedoch zweifelsohne möglich, das Vertrauen der Patienten zu gewinnen und sich als Experten durchzusetzen. Und der Schlüssel dazu sind gute und logische Argumente. Fachlich fundiert, verständlich und auf dem höchstmöglichen Niveau und aktuellsten Stand zu argumentieren sind jene Kernqualitäten, die der Arzt von heute besitzen muss. Denn diese verleihen Vertrauen, Respekt und Glaubwürdigkeit und halten so auch in Zeiten gesellschaftlicher Emanzipierung die ärztliche Autorität auf lange Sicht aufrecht und stabil.

Alles in allem konnte die vorliegenden Forschung klar zeigen, dass die zu Beginn der Arbeit angeführten, wissenschaftlichen Erkenntnisse und beschriebenen Entwicklungsprozesse nach wie vor kontinuierlich und rasanter denn je in der Medizin Eingang finden und nicht zu stagnieren scheinen. Neu ist, dass der informierte Patient nicht länger als lästiges und besserwisserisches Übel empfunden wird, sondern zunehmend als ganz natürliches Resultat der heutigen Informationsgesellschaft gilt. Der zukünftige Fokus muss daher auf der Förderung der Patientenmündigkeit und der Qualitätsverbesserung der verfügbaren Informationen liegen. Ebenso findet ein Umdenken bei den Ärzten dahingehend statt, dass Expertentum und Autorität heute nicht mehr

ausschließlich auf dem ärztlichen Titel oder dem weißen Kittel beruhen können und, dass neben den handwerklichen Fertigkeiten mehr denn je das Arzt-Patienten-Gespräch und die Beziehung zum Patienten der Schlüssel zum medizinischen Erfolg sind.

Herrschte bis vor kurzem noch eher der Tenor „Der mündige, per Internet gut informierte Patient ist möglicherweise auch der unbequemere Patient“ (Krüger-Brand 2001), so konnte in dieser Untersuchung eindeutig gezeigt werden, dass Patientenmündigkeit geschätzt und erwünscht wird und in dieser, wenn man sie zulässt, bedeutend mehr Potential als Bedrohung steckt.

Und noch eines konnte diese Untersuchung erneut untermauern: Prognostizierte Szenarien wie „Der alte Halbgott in Weiß wird vom Gott im Rechner abgelöst“ (Linus Geisler, 1996) oder „Surfer, heal thyself“ („Surfer, heile dich selbst“), die zum Ausdruck bringen, dass ärztliche Expertise ernsthaft durch das Internet bedroht ist oder gänzlich seinen Stellenwert verliert, sind bis dato nicht eingetreten und werden aller Voraussicht nach auch in den kommenden Jahren nicht in der Form den Berufstand Arzt gefährden.

Aus diesen Ausführungen geht hervor, dass die zu Beginn aufgeworfenen Forschungsfragen in der Untersuchung größtenteils adäquat beantwortet werden konnten, neuere Entwicklungen aufgezeigt und zahlreiche Ansatzpunkte für weitere, zukünftige Forschungsarbeiten herausgearbeitet werden konnten. Die Untersuchungsergebnisse sind in ihrer Gesamtheit zwar nicht repräsentativ, lassen aber gewisse Trends in Verbindung mit der Empanzipierung von Patienten erkennen, die sowohl qualitative als auch quantitative Forschungen in weiterführenden Arbeiten ermöglichen.

Ziel dieser Arbeit war es zu untersuchen, inwieweit sich aus Sicht der behandelnden Ärzte die Arzt-Patienten-Beziehung durch die Verschiebung der Wissensasymmetrie und die aktive Miteinbeziehung der Patienten verändert, und welche Strategien Ärzte in diesen Fällen anwenden müssen, um ihre Autorität aufrecht zu erhalten und sich gegenüber anderweitig eingeholten Informationen als Experten durchzusetzen. Das ist, denke ich, auch gelungen.

Die Untersuchungen in diesem Forschungsfeld noch weiterzuführen, auszubauen und zu intensivieren, aber vor allem eine repräsentative Forschung zu generieren, die den diversen medizinischen Teilbereichen in Zusammenhang mit der Informiertheit und Mündigkeit der Patienten auch tatsächlich gerecht wird, sollte den zentralen Fokus zukünftiger Forschungen darstellen.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Anderson, J. G., Rainey, M. R., & Eysenbach G.(2003).

The Impact of CyberHealthcare on the Physician-Patient Relationship. *Journal of Medical Systems*, 27(1), 67-84. Bezogen von:
<http://yi.com/home/EysenbachGunther/publi.htm>

Begenau, J., Schubert, C., & Vogd, W. (Eds.) (2010). *Die Arzt-Patient-Beziehung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Bergner, T. M. H. (2009). *Wie geht's uns denn? Ärztliche Kommunikation optimieren. Mit 37 Übungen und STEPS, 11 Tabellen*. Stuttgart [u.a.]: Schattauer.

Bogner, A., Littig, B., & / Menz, W. (Eds.) (2005). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bördlein, I. (1999). Medizinkommunikation: Aus „Frust“ ins Internet. Vor allem chronisch Kranke und ihre Angehörigen decken ihren medizinischen Informationsbedarf per Computer. *Deutsches Ärzteblatt*, 96(50), 2595-2596.

Broom, A. (2005). Medical specialists' accounts of the impact of the internet on the doctor/patient relationship. *Health*, 9(3), 319-338.

Büchli, M., Bachmann L.M., Fischer J.E. et al. (2000). Alle Macht dem Patienten? – Vom ärztlichen Paternalismus zum Shared Decision Making. *Schweizerische Ärztezeitung*, 81(49), 2776-2780. Bezogen von:
<http://www.saez.ch/pdf/2000/2000-49/2000-49-1017.PDF>

Charles, C., et al. (2004). What Do We Mean by Partnership in Making Decisions About Treatment? *British Medical Journal*, 319(7212), 780–782.

Davis, D. L. (2009). Simple but not always easy: Improving doctor-patient communication. *Journal of Communication in Healthcare*, 3(3-4), 240-245.

Degn, B., & Dörflinger, R. (2002). Kommunikationstraining für Ärzte – eine Erfahrungssammlung. In H.J. Fuchs (2002), *Wege zur patientenorientierten Medizin*. Wien: ÖAK Verlag.

Dierks, M.L., Schwartz, F.W., & Walter U. (2001). Konsumenteninformation und Patientensouveränität. In C. Reibnitz, P.W. Schnabel & K. Hurrelmann (Eds.), (2001). *Der mündige Patient: Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen* (pp. 71-79). Weinheim [u.a.]: Juventa-Verlag.

Dieterich, A. (2007). Arzt-Patient-Beziehung im Wandel: Eigenverantwortlich, informiert, anspruchsvoll. *Deutsches Ärzteblatt*, 104(37), 2489-2491. Bezogen von: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/lit.asp?id=56904>

Dörner, K. (2001). *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*. Stuttgart: Schattauer.

Eastin, M.S. (2001). Credibility Assessments of Online Health Information: The Effects of Source Expertise and Knowledge of Content. *Journal of Computer-Mediated Communication (JCMC)*, 6(4). Bezogen von: <http://jcmc.indiana.edu/vol6/issue4/eastin.html>

Edwards, A., Elwyn, G., Wood, F., Atwell, C., Prior, L., & Houston, H. (2005). Shared decision making and risk communication in practice: A qualitative study of GPs' experiences. *British Journal of General Practice*, 55, 6-13.

Egger, J. *Arzt-Patienten Kommunikation – Das ärztliche Gespräch*. Universität Graz. Bezogen von: http://www.psygraz.at/fileadmin/user_upload/Psy_1/Psy102Gespr_Egger.pdf

Emanuel, E., & Emanuel, L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA. The Journal of the American Medical Association*, 267(16), 2221-2226. Bezogen von:
<http://www.gduval.com/Emanuel%20Phys%20Pt%20Relp%20JAMA%201992.pdf>

Epstein, R. M., Alper, B.S., & Quill, T. E. (2004). The Patient-Physician-Relationship. Communicating Evidence for Participatory Decision Making. *Journal of American Medical Association*, 291(19), 2359-2366. Bezogen von:
<https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+0h756767633A2F2F776E7A6E2E6E7A6E2D6E6666612E626574++/cgi/reprint/291/19/2359?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=Ronald+M.+Epstein%3B+Brian+S.+Alper%3B+Timothy+E.+Quill&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>

Erdwien, B (2005). *Kommunikationsstrukturen in der Arzt-Patient- und Pflege-Patient-Beziehung im Krankenhaus*. Bremen: dissertation.de - Verlag im Internet GmbH.

Eysenbach, G. (1997). Präventivmedizin und Internet – Prävention durch Information. In P.G. Allhoff, J. Leidel, G. Ollenschläger & H.P. Voigt (Ed.), *Präventivmedizin*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. Bezogen von:
<http://yi.com/home/EysenbachGunther/praev/2.htm>

Eysenbach, G., & Diepgen, T. (1999). Patients Looking for Information on the Internet and Seeking Teleadvice: Motivation, Expectations, and Misconceptions as Expressed in E-mails Sent to Physicians. *Arch Dermatol*, 135(2), 151-156.

Eysenbach, G., et al. (2002). How do consumers search for and appraise health information on the World-Wide-Web? Qualitative study using focus groups, usability tests and in-depth interviews. *British Medical Journal (BMJ)*, 324, 573-577. Bezogen von: <http://yi.com/home/EisenbachGunther/>

Eysenbach, G. (2003). *Wie verändert das Internet die Arzt-Patienten-Beziehung: Ein MedKit Gespräch mit Dr. Gunther Eysenbach*. Bezogen von:
<http://yi.com/home/EysenbachGunther/scans/2003-11-medkit-intervieweysenbach.pdf>

Felt, U. (2008). Ergebnisse des Forschungsprojektes „Virtuell informiert: Das Internet im medizinischen Feld“. Institut für Wissenschaftsforschung, Universität Wien. Bezogen von:
<http://www.univie.ac.at/virusss/documents/777573393.pdf>

Ferguson, T. (2000). Online patient-helpers and physicians working together: A new partnership for high quality health care. *BMJ* 32, 1129-1132. Bezogen von: www.bmjjournals.org

Geisler, L. (1992). *Arzt und Patient - Begegnung im Gespräch: Wirklichkeit und Wege*. Frankfurt am Main: Pharma-Verlag.

Geisler, L. (2002). Arzt-Patient-Beziehung im Wandel - Stärkung des dialogischen Prinzips. *Abschlussbericht der Enquête-Kommission "Recht und Ethik der modernen Medizin"*, 216-220. Bezogen von: <http://www.linus-geisler.de/art2002/0514enquete-dialogisches.html>

Geisler, L. (2004). Das Arzt-Patient-Gespräch als Instrument der Qualitätssicherung. Düsseldorf. Bezogen von: http://www.linus-geisler.de/vortraege/0406arzt-patient-gespraech_qualitaetssicherung.html

Gerber, B. S., & Eiser, A. R. (2001). The Patient-Physician Relationship in the Internet Age: Future Prospects and the Research Agenda. *Journal of Medical Internet Research (JMIR)*, 3(2), e15. Bezogen von:
<http://www.jmir.org/2001/2/e15>

Geyer, M. (1990). *Das ärztliche Gespräch. Allgemein-psychotherapeutische Strategien und Techniken*. Berlin.

Goold, S.D., & Lipkin, M. (1999). The Doctor–Patient Relationship: Challenges, Opportunities, and Strategies. *Journal of General Internal Medicine* 14(1), 26-33. Bezogen von:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1496871/pdf/jgi_267.pdf

Gordon, T., & W. Sterling, E. (1997). *Patientenkonferenz. Ärzte und Kranke als Partner*. München: Heyne.

Gottschlich, M. (2007). *Medizin und Mitgefühl. Die heilsame Kraft empathischer Kommunikation*. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.

Granditsch, G., & Vogelsang, H. (2007). Was man über Zöliakie wissen sollte. In Österreichische Arbeitsgemeinschaft Zöliakie (Eds.), *Zöliakie Handbuch* (pp. 1-38).

Grundmann, E. (2007). *Das ist Krebs. Entwicklungen, Erkenntnisse, Erfolge*. München, Wien, New York: Zuckschwerdt Verlag.

Hardey, M. (1999). Doctor in the house: the Internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise. *Sociology of Health & Illness*, 21(6), 820-835. Oxford: Blackwell.

Helft, P. R., Hlubocky, F., & Daugherty, C. K. (2003). American oncologists' views of internet use by cancer patients: A mail survey of American Society of Clinical Oncology members. *Journal of Clinical Oncology*, 21(5), 942-947.

Hirji, F. (2004). Freedom of Folly? Canadians and the Consumption of Online Health Information. *Information, Communication & Society*, 7(4), 445-465
Hoefer, H. W., & Härter, M. (Eds.) (2010). *Patientenorientierung im Krankenhaus*. Wien [u.a.]: Hogrefe.

Hoefer, H. W. (2010). *Psychologie in der Arztpraxis*. Wien [u.a.]: Hogrefe.

Hurrelmann, K. (2001). Wie lässt sich die Rolle der Patienten stärken? In C. Reibnitz, P.W. Schnabel & K. Hurrelmann (Eds.), (2001). *Der mündige Patient: Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen* (pp. 35-47). Weinheim [u.a.]: Juventa-Verlag.

Jadad, A.R. (1999). Promoting Partnerships: challenges for the internet age. *British Medical Journal (BMJ)*, 319, 761-764.

Jaspers, K. (1999). *Der Arzt im technischen Zeitalter: Technik und Medizin; Arzt und Patient; Kritik und Psychotherapie*. München [u.a.]: Piper.

Jörleemann, C. (2001). *Ethik und Telemedizin. Herausforderung für die Arzt-Patienten-Beziehung*. Münster: Lit.

Kassirer, J.P. (2000). Patients, Physicians and the Internet. *Health Affairs*, 19(6), 115-123. Bezogen von: <http://content.healthaffairs.org/content/19/6/115>

Kirschning, S., et al. (2004). Der online informierte Patient. Offener Dialog gesucht. *Deutsches Ärzteblatt*, 101(46), 3090-3092.

Klemperer, D. (2003). *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation*. Bezogen von: <http://bibliothek.wz-berlin.de/pdf/2003/i03-302.pdf>

Klemperer, D. (2005). *Shared Decision Making und Patientenzentrierung – vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. Teil 1: Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung*. New York: Verlag KG Stuttgart. Bezug von: http://kurse.fh-regensburg.de/kurs_20/kursdateien/P/2005balint1.pdf

Köck, C.M. (1996). Das Gesundheitssystem in der Krise: Herausforderung zum Wandel für System und Organisation. In P.H. Wagner & C. M. Köck (Ed.), *Management in Gesundheitsorganisationen: Strategien, Qualität, Wandel*. Wien: Ueberreuter.

Krüger-Brand, H.E. (2001). Forum für Medizin und Telematik: Der informierte Patient. *Deutsches Ärzteblatt*, 98(30), 1938-1939.

Kühn-Mengel, H. (2008). O.A. In Schmöller, M. & Gellner, W. (Eds.) (2008). *Neue Patienten - neue Ärzte? Ärztliches Selbstverständnis und Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel* (pp. 161-183). Baden-Baden: Nomos-Verlag.

Loh, A., Simon, D., Kriston, L., & Härter, M. (2007). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen: Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. *Deutsches Ärzteblatt*, 104(21). Bezogen von: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/lit.asp?id=55786>

Marcinkiewicz, M., & Mahboobi H. (2009). The Impact of the internet on the Doctor-Patient Relationship. *Australasian Medical Journal*, 1(5), 1-6.

Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse : Grundlagen und Techniken*. Weinheim [u.a.] : Beltz.

Morgan, M. (2003). The Doctor-Patient Relationship. In G. Scambler (Ed.), *Sociology as applied to medicine* (pp. 49-65). London: Saunders.

Murray, E. et al. (2003). The Impact of Health Information on the Internet on Health Care and the Physician-Patient Relationship: National U.S. Survey among 1.050 U.S. Physicians. *Journal of Medical Internet Research*, 5(3), e17. Bezogen von: <http://www.jmir.org/2003/3/e17/>

Nettleton, S., et al. (2005). The mundane realities of the everyday lay use of the internet for health, and their consequences for media convergence. *Sociology of Health & Illness*, 972-992.

O'Connor, A. et al. (2009). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Systematic Review*, 3, CD001431.

Peintinger, M. (2001). Arzt-Patient-Beziehung: Neue soziale Strukturen. *Wiener Arzt* 1. 58-59.

Pietzak, M. M. et al. (2001). Celiac Disease: Going Against the Grains. *Nutrition in Clinical Practice*, 16, 335-334.

Poensgen, A. & Larsson, S. (2001). *Patients, Physicians and the Internet – Myth, Reality and Implications*. The Boston Consulting Group: Boston. Bezogen von: <http://net.acpe.org/interact/ehealth/Articles/Patients%20Physicians%20and%20the%20Internet%20Jan%202001.pdf>

Reibnitz, C. , Schnabel, P. E., & Hurrelmann, K. (Eds.) (2001). *Der mündige Patient: Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen*. Weinheim [u.a.]: Juventa-Verlag.

Rogler, G. (2008). Der Arzt als Dienstleister –der Patient als Kunde. Im ethischen Konfliktfeld zwischen Patientenautonomie und evidenzbasierter Medizin. In T. Kingreen & B. Laux, (Eds.), *Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs* (pp. 69-87). Springer Verlag. Bezogen von: <https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+ch756767633A2F2F6A6A6A2E6663657661747265797661782E70627A+2651279965@48631808@1243437954@D3A4FD402DCD3E701535A069E64C64E261FD1B60+/content/r61764042j1525h2/fulltext.pdf>

Rosenbrock, R. (2001). Verbraucher, Versicherte und Patienten als handelnde Subjekte. In C. Reibnitz, P. E. Schnabel & K. Hurrelmann, (Eds.), *Der mündige Patient: Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen* (pp. 25-33). Weinheim [u.a.]: Juventa-Verlag.

Rösler, H. D., Szewczyk, H., & Wildgrube, K. (1996). *Medizinische Psychologie*. Heidelberg, Berlin, Oxford: Spektrum Akademischer Verlag GmbH.

Rubinelli, S., & Schulz, P.J. (2006). "Let Me Tell You Why!". When Argumentation in Doctor-Patient Interaction Makes a Difference. *Argumentation*, 20(3), 353-375.

Rubinelli, S., & Schulz, P.J. (2008). Arguing for the Patient: Informed Consent and Strategic Maneuvering in Doctor-Patient Interaction. *Argumentation*, 22, 423-431.

Sabel, M. S., Strecher, V. J., Schwartz, J. L., Wang, T. S., Karimipour, D. J., ORringer, J.S., et al. (2005). Patterns of internet use and impact on patients with melanoma. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 52, 779-785.

Scheibler, F. (2004). *Shared decision-making: Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung*. Bern [u.a.]: Huber.

Schmöller, M., & Gellner, W. (Eds.) (2008). *Neue Patienten - neue Ärzte? Ärztliches Selbstverständnis und Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel*. Baden-Baden: Nomos-Verlag.

Siegrist, J. (1995). *Medizinische Soziologie*. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

Simon, D., & Härter, M. (2010). Patientenorientierung bei medizinischen Entscheidungen im Krankenhaus. In H. W. Hoefert & M. Härter, (Eds.), *Patientenorientierung im Krankenhaus* (pp. 229-244). Wien [u.a.]: Hogrefe.

Tautz, F. (2002). *E-health: wie das Internet das Arzt-Patienten-Verhältnis und das Gesundheitssystem verändert*. Frankfurt/Main [u.a.]: Campus-Verlag.

Varnholt, R. R. M. (2008). *Mündige Kommunikation: Zur Soziologie des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient*. Ulm: RV-Verlag.

Vogelsang, H., Granditsch, G., Propst, A., & Dragosics, B. (2009). *Diagnostik und Therapie der Zöliakie im Adoleszenz- und Erwachsenenalter*. Wien:

Arbeitsgruppe für chronisch entzündliche Darmerkrankungen der ÖGGH.

Bezogen von:

http://www.oeggh.at/index.php?option=com_content&task=view&id=100&Itemid=109

Vollmann, J. (2008). *Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit: Beiträge zur Klinischen Ethik*. Stuttgart: Kohlhammer.

Internetquellen:

AG Zöliakie: www.zoeliakie.or.at

Antworten auf Ihre Fragen zum Thema Krebs:

http://www.krebshilfewien.at/fileadmin/Redakteure/user_upload/Pdf/100_Antworten_auf_Ihre_Fragen_zum_Thema_Krebs.pdf

Krebshilfe Wien: <http://www.krebshilfe-wien.at>

Anhang

Leitfaden Experteninterview

- 1)
 - 1.1 Was sind für Sie die größten Herausforderungen im Umgang mit Ihren Patienten?
 - 1.2 Wie hat sich Ihre Rolle als Arzt im Umgang mit den Patienten in den letzten Jahren verändert?
 - 1.3 Was sind Ihrer Meinung nach Gründe für diese Veränderung?
 - 1.4 Hat sich mit den Veränderungen Ihrer eigenen Rolle auch die Rolle der Patienten in den letzten Jahren verändert?
- 2)
 - 2.1 Wie sieht Ihrer Meinung nach eine gute Arzt-Patienten-Beziehung aus?
 - 2.2 Hat sich die Beziehung zu Ihren Patienten in irgendeiner Form verändert?
 - 2.3 Wie könnte die Beziehung zu Ihren Patienten Ihrer Meinung nach noch verbessert werden?
- 3)
 - 3.1 Wie sieht für Sie eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation aus?
 - 3.2 Wo sehen Sie die größten Probleme und Schwierigkeiten in der Kommunikation mit Ihren Patienten?
 - 3.3 Wie kann die Kommunikation mit den Patienten verbessert werden?
- 4)
 - 4.1 Was verstehen Sie unter dem Begriff „informierter oder mündiger“ Patient?
 - 4.2 Haben Sie den Eindruck, dass sich viele Ihrer Patienten vor dem Arztbesuch aktiv über ihre Erkrankung informiert haben?
 - 4.3 Wie gehen Sie mit den Vorinformationen der Patienten um? (darauf eingehen, besprechen, ablehnen, Zeit dafür nehmen, nachrecherchieren...)
 - 4.4 Bitte berichten Sie über ein ganz konkretes Beispiel zu einer Erfahrung mit einem informierten Patienten!

5)

- 5.1 Informieren sich deutlich mehr Patienten als früher über ihre Krankheit?
- 5.2 Wer von den Patienten hat sich informiert (eher Junge, Alte, Männer, Frauen etc.)
- 5.3 Wo haben sich diese informiert?
- 5.4 Gibt es auch hier Unterschiede in Bezug auf die jeweiligen Patienten zu beobachten und welche sind das?
- 5.5 Hatten Sie den Eindruck, dass sich die Vorinformationen negativ auf die Beziehung zum jeweiligen Patienten auswirken? (Wann schon, wann weniger)
- 5.6 Welche Vorteile sehen Sie, wenn sich Patienten schon im Vorhinein über ihre Krankheit informieren? (Verständnis der Diagnose, Erwartungshaltung, Therapieentscheidung...)

6)

- 6.1 Inwieweit haben Sie damit zu kämpfen, eingeholte Informationen richtig zu stellen und sich als Experte durchzusetzen?
- 6.2 Welche Strategien wenden Sie an, um sich als Experte durchzusetzen?
- 6.3 Haben Sie einen Rat für Ihre Kollegen, wie sie am besten mit einem informierten Patienten umgehen zu können, um ihre Autorität und Expertise gegenüber den Patienten zu wahren?

7)

- 7.1 Was verstehen Sie unter „gemeinsamer Entscheidungsfindung“ mit dem Patienten?
- 7.2 Ist dieses Modell in der Praxis überhaupt umsetzbar und praktizierbar?
- 7.3 Was haben Sie bisher für Erfahrungen mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung gemacht?

Abstract (d)

Das Internet und der damit einhergehende, vereinfachte und freie Zugang zu medizinischen Informationen haben zu tiefgreifenden Veränderungen im Wissensgefälle und Rollenverständnis zwischen Arzt und Patient geführt. Der mündige Patient ist eigenständiger und selbstverantwortlicher, er holt aktiv Informationen über seine Gesundheit ein und will in sämtlichen medizinischen Entscheidungen aktiv mit eingebunden werden. Die Fragen, wie Ärzte am besten mit der neuen Situation des informierten, beziehungsweise mündigen Patienten umgehen, welchen neuen Herausforderungen sie sich zukünftig stellen müssen und inwieweit sich die Arzt-Patienten-Beziehung durch die Verschiebung der Wissensasymmetrie und die aktive Miteinbeziehung der Patienten verändert wird, beziehungsweise welche Strategien Ärzte in diesen Fällen anwenden müssen, um ihre Autorität aufrecht zu erhalten und sich gegenüber anderweitig eingeholten Informationen als Experten durchzusetzen, gelten als das primäre Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit.

Im ersten theoretischen Teil werden wesentliche Begriffserklärungen, Konzepte und theoretische Ausführungen hinsichtlich der Beziehung zwischen Arzt und Patient aufgezeigt. Im Zentrum stehen dabei das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung sowie dessen Affinitäten und Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung. Der theoretische Teil der Arbeit schließt mit einer ausführlichen Analyse des ärztlichen Gesprächs und den aus der Literatur entnommenen Erkenntnissen und Studien zur Thematik Arzt-Patienten-Kommunikation. Primär zu erwähnen sind hier die Untersuchungen von Gottschlich (2007) zum Thema „Empathische Kommunikation“, die Theorie zur Machtverteilung in der Kommunikation nach Siegrist (1995), sowie neuere Studien von Anderson (2004) und Rubinelli & Schulz (2008) hinsichtlich der zunehmenden Bedeutung von Argumentation im Arzt-Patienten-Gespräch.

Anhand der theoretischen Ausführungen und basierend auf dem vorliegenden Erkenntnisinteresse wurden mit Hilfe eines Gesprächsleitfadens Experteninterviews mit insgesamt 24 Ärzten durchgeführt, wobei bei der

geplanten Forschung ausschließlich die Sichtweise und Wahrnehmung der Ärzte von Zöliakie- beziehungsweise todkranken Krebspatienten untersucht wurde.

Der entscheidende Unterschied wurde in Bezug auf die Schwere der Krankheit gemacht. Es sollten hier zwei Extreme erhoben und gegenübergestellt werden: einerseits Zöliakie als lebenslange, aber nicht tödliche Krankheit und andererseits lebensbedrohliche und tödliche Krebserkrankungen.

Die Experteninterviews wurden mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring anhand der Forschungsfragen ausgewertet und interpretiert.

Folgende Erkenntnisse gelten als die zentralen Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung: Die stetig wachsende Zahl der informierten Patienten wird zunehmend als positiv und wünschenswert empfunden, weshalb der zukünftige Fokus in der Medizin auf der Förderung der Patientenmündigkeit und der Qualitätsverbesserung der verfügbaren Informationen liegen muss, um Fehlinformiertheit zu vermeiden. Die Emanzipierung der Patienten stellt die größte Herausforderung für den Vertrauens- und Beziehungsaufbau in der Arzt-Patienten-Interaktion dar. Partizipative Entscheidungsfindung wird in diesem Kontext zwar als einzig mögliches und gutes Beziehungsmodell erkannt, entspricht in der Praxis jedoch nach wie vor eher einem (Ideal-)Modell als einer vollständig etablierten Norm. Besonders der Schweregrad der Erkrankung hat sich hier als Einschränkung auf die Möglichkeiten der Miteinbeziehung von Patienten bei medizinischen Entscheidungen erwiesen.

Ein gutes Arzt-Patienten-Gespräch und die Beziehung zum Patienten werden zunehmend als DER Schlüssel zum medizinischen Erfolg anerkannt. Wesentlich sind logische, fachlich fundierte und wissenschaftlich korrekte Argumente. Diese verleihen Vertrauen, Respekt und Glaubwürdigkeit und halten so auch in Zeiten gesellschaftlicher Emanzipierung die ärztliche Autorität und Expertise langfristig aufrecht und stabil.

Abstract (e)

The Internet and an increasingly simplified and free access to medical information have lead to profound changes in the former knowledge gap and role allocation in the doctor-patient-relationship. The informed patient is independent and self-reliant, actively gathers information about his health condition and wants to participate and be involved in the medical decision-making process.

Thus, the major interest of this thesis treats the questions how doctors should deal with the this new type of informed patient, which future challenges they might face, what influence the growing knowledge and patient-participation in medical decision making has on the doctor-patient-relationship and which strategies doctors will need to apply in order to keep up their authority and establish themselves as experts compared to the information obtained from the internet.

In the first part of this paper, essential terms, concepts and theories concerning the doctor-patient-relationship are presented. The main focus is then laid on the model of participatory decision making, its characteristics and impact on the doctor-patient interaction. In addition, major theories and concepts regarding doctor-patient-communication are introduced and analysed. Leading studies in this field were conducted by Gottschlich (2007) in reference to empathetic communication, by Siegrist (1995) concerning the distribution of power in communication as well as current research done by Anderson (2004) or Rubinelli & Schulz (2008) regarding the increasing importance of argumentation in the doctor-patient interaction.

Adapted from this theoretical basis and the main interest of this paper, 24 guided interviews were carried out, however solely restricted to doctors of coeliac disease and fatally-ill cancer patients. Therefore, the point of difference was made in the severity of the disease. Two extremes should be reviewed and contrasted with each other: On the one hand coeliac disease as a lifetime, non-lethal illness and on the other hand live-threatening types of cancer. The obtained

data were evaluated according to the qualitative contents analysis by Mayring and interpreted and presented in the final data analysis.

The main results of this research showed that the increasing number of informed patients is experienced positively and even appreciated by doctors. Therefore, the future focus of medicine must be laid on the advancement of patient emancipation and the quality of accessible information in order to avoid misinformation among patients. The emancipation of the patients is also perceived as the main challenge for the development of a trusting patient-physician-relationship. Basically, participatory decision making is seen as the best and most successful model in the doctor-patient-relationship, even though it still remains more of an ideal, rather than a fully established norm in the daily routine of most doctors. Especially the severity of the illness seems to have a decisive influence in how far participatory decision making can be fully applied in the medical decision-making process.

Efficient doctor-patient-communication and a trusting relationship with the patient appear to be THE key to medical success, based on logical, professional and scientifically correct arguments. The latter grants trust, respect and credibility and maintains sustainability for the authority and expertise of doctors even in the face of social emancipation.

Zur Person

Geburtsdaten 9.12.1987 in Amstetten (Niederösterreich)
Staatsbürgerschaft österreichisch
Kontakt j.zeidlhofer@gmx.at

Studium

seit Oktober 2009 Magisterstudium der Publizistik- und Kommunikationswissenschaft
Juli – November 2010 Auslandssemester an der „University of Western Australia“ in Perth
2006 – Juni 2009 Bakkalaureatsstudium der Publizistik und Kommunikationswissenschaft
in Wien mit ausgezeichnetem Erfolg
Schwerpunkt: Werbung, Hörfunkjournalismus, Kommunikationsforschung

Schule

Juni 2006 AHS-Matura mit ausgezeichnetem Erfolg
1998 – 2006 Bundesgymnasium Amstetten
1994 – 1998 Volksschule Öhling

Praktika und Berufserfahrung

Feb. – Jun. 2011 Praktikum bei „Radio Wien“
Jän. – Mär. 2010 Praktikum beim Radiosender „Radio Arabella“ in Wien
seit Juli 2009 Redakteurin, Moderatorin, Nachrichtensprecherin und Interviewerin beim
lokalen Fernsehsender M4-TV Mostviertel
Jul. – Sep. 2007 & 2008 Auslandspraktikum in der Marketing- und Translationsabteilung der
Anwaltskanzlei „Motley Rice“ in South Carolina;
Okt. 2006 – Sep. 2008 Korrekturlesen und Übersetzen von geschäftlichem Schriftverkehr sowie
Verträgen für die amerikanische Anwaltskanzlei „Motley Rice“
Jul. 2006 Ferialpraxis in der Marketingabteilung der Firma „Lisec“
Jul. 2005 Ferialpraxis am Gemeindeamt Amstetten

Kenntnisse

Deutsch – Muttersprache
Englisch – fließend in Wort und Schrift
Französisch – Grundkenntnisse
Professionelle Sprecherausbildung an der „Radio Highschool“;
Audio- und Videoschnitt (Audacity, Dalet, Final Cut, Edius)
Microsoft Office