



universität
wien

MAGISTERARBEIT

Titel der Magisterarbeit

Ärzte und vorinformierte Patienten

Eine quantitative Analyse über die Einstellung von deutschen und österreichischen Allgemeinmediziner*innen zu Patienteninformationen und eigenständig informierten Patienten.

Verfasserin

Marie-Dominique Schneider, Bakk. phil.

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 8.12.2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 066/841

Studienrichtung lt. Studienblatt: Magisterstudium Publizistik- und Kommunikationswissenschaft

Betreuer: Univ.-Prof. Dr. Jürgen Grimm

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, 8. Dezember 2015

Marie-Dominique Schneider, Bakk. phil.

Sprachliche Gleichbehandlung

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Sprachform verzichtet. Personenbezogene Bezeichnungen wie beispielsweise „Arzt“ oder „Patient“ gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter gleichermaßen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Erkenntnisinteresse	6
2. Rahmenbedingungen des Wandels der Arzt-Patient-Beziehung	10
2.1 Gesellschaftliche Makrotrends	11
2.2 Trends im Gesundheitssystem.....	14
3. Theoretische Modelle der Arzt-Patient-Kommunikation.....	16
3.1 Paternalistic decision making model.....	17
3.2 Informed decision making model.....	20
3.3 Shared decision making model	23
3.4 Ergänzungen und weitere Modelle.....	25
4. Aspekte des Wandels der Arzt-Patient-Beziehung	26
4.1 Arzt-Patient-Verhältnis: Die Patienten.....	27
4.1.1 Der vorinformierte Patient	27
4.1.2 Patient Empowerment	35
4.2 Arzt-Patient-Verhältnis: Die Sicht der Ärzte	40
4.2.1 Der Arztberuf: Allgemeinärzte, Hausärzte.....	40
4.2.2 Ärzte und ihre Patienten.....	44
4.2.3 Ärzte und das SDM-Modell	50
4.3 Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient.....	51
4.3.1 Problemfelder innerhalb der Arzt-Patient-Kommunikation.....	55
4.3.2 Die Kommunikation mit vorinformierten Patienten	60
5. Forschungsfragen und Hypothesen	65
6. Methodik	67
6.1 Forschungsdesign	67
6.2 Fragebogenkonstruktion.....	70
6.3 Analyseverfahren	72

7. Ergebnisse	73
7.1 Die Ärzte	73
7.2 Erfahrungen mit vorinformierten Patienten	74
7.3 Einstellung zu Informationsangeboten	76
7.4 F1: Zusammenhänge zwischen Erfahrung und Einstellung	76
7.5 Die Internetnutzung der Ärzte	80
7.6 Einstellungen zu Vorinformationen	81
7.7 Einstellungen zu vorinformierten Patienten	83
7.8 Einstellung zum shared decision model	88
7.9 F2: Faktoren die die Einstellungen beeinflussen.....	89
7.10 Der ideale Patient	95
7.11 F3: Unterschiede: Vorinformierter und idealer Patient.....	97
8. Resümee und Ausblick.....	101
9. Bibliographie	104
9.1 Literaturverzeichnis.....	104
9.2 Internetquellen.....	110
9.3 Tabellenverzeichnis.....	113
9.4 Abbildungsverzeichnis	113
10. Anhang	114
10.1 Fragebogen	114
10.2 Ansprache.....	130
10.3 Foren.....	130
10.4 SPSS Auswertungstabellen	131
10.4.1 F1H1 Nichtparametrische Korrelation	131
10.4.2 F1H2 Nichtparametrische Korrelation	132
10.4.3 F2H1 Varianzanalyse	132

10.4.4 F2H1, F2H2, F2H3 Multiple Regression	133
10.4.5 F2H4 Mann-Whitney-U-Test	136
10.4.6 F3H1: Varianzanalyse mit Messwiederholung	139
10.4.7 F3H2: Nichtparametrische Korrelation	140
10.5 Abstract deutsch	142
10.6 Abstract (english version)	143
10.7 Curriculum Vitae	144

1. Einleitung und Erkenntnisinteresse

Arzt-Patient-Beziehungen sind komplexe Beziehungen, die unter anderem auf dem Vertrauen des Patienten in seinen Arzt und auf dessen Selbstverständnis beruhen. Diese Beziehung ist zudem geprägt von diversen Einflüssen, die von außen auf sie einwirken, wie etwa gesellschaftliche Entwicklungen, Veränderungen in der Gesundheitspolitik oder Patientenverhalten. Eine dieser Veränderungen ist weiterhin die Medialisierung des gesellschaftlichen Lebens, die in den vergangenen Jahrzehnten immer weiter voranschreitet. Hinzu kommt der Trend, dass Mediennutzer immer öfter selbst zu aktiven Akteuren werden und eigenständig Inhalte verbreiten.¹

Internetseiten, die sich mit diversen Themen rund um Medizin oder Krankheitsprävention beschäftigen, ermöglichen es dem Patienten, sich über Gesundheitsthemen aller Art zu informieren und Nachforschungen anzustellen. Die Website www.netdokter.at beispielsweise behauptet von sich, mehr als 12.000 medizinische Artikel, die von Ärzten und Experten verfasst wurden, seinen Websitebesuchern zur Verfügung zu stellen² und mit Hilfe dieses Konzepts monatlich rund 2,2 Millionen Menschen zu erreichen³. Weitere deutschsprachige Portale dieser Art sind www.gesund.at, www.lifeline.de, www.imedo.de oder www.apotheken-umschau.de. Um die Qualität dieser Seiten besser einschätzen zu können, gibt es bereits diverse Gütesiegel, Zertifizierungen und Qualitätstests, um die Qualität Informationssuche zu erhöhen. Ein populärer Qualitätsnachweis ist der von der Schweizer Stiftung The Health On The Net (HON) entwickelte so genannte HONcode. Portale, die die HONcode Zertifizierung besitzen, vertreten demnach den Ehrenkodex, die medizinischen Informationen auf ihrer Seite transparent und objektiv darzulegen.⁴

Maßnahmen wie solche schaffen Vertrauen gegenüber Informationssuchenden im Internet, da sie die Qualität der angebotenen medizinischen Informationen verbessern. Zudem bietet das Internet gegenüber anderen Medien, als auch gegenüber dem Hausarzt den Vorteil, nahezu überall konsumiert werden zu können. Zeitliche, aber auch geographische und disziplinäre Barrieren entfallen. An (medizinische) Fachliteratur zu gelangen war früher für viele Personen undenkbar, während man sich heute kaum mehr vorstellen kann, ohne dieses

¹ Vgl. Kempf (2013)

² Vgl. Netdokter.at (2014a)

³ Vgl. Netdokter.at (2014b)

⁴ Vgl. Hon.ch (2015)

Attribut zu leben. Dieser Trend führt schließlich dazu, dass immer mehr Menschen das Internet nutzen, um sich über gesundheitliche Themen zu informieren.⁵ Diese Personen verfügen dann über das, was im Folgenden häufig als Vorinformationen oder Vorwissen bezeichnet wird. Damit sind Informationen zum Thema Gesundheit gemeint, die man sich selbst durch einen oder mehrere mediale Kanäle angeeignet hat und gegebenenfalls in der Sprechstunde beim Arzt anspricht. In weiterer Folge wird daher auch von informierten und vorinformierten Patienten gesprochen.

Der Umstand, dass sich immer mehr Menschen über das Internet zu Gesundheitsthemen informieren, ändert den Informationskonsum, sowie die Informationsbewertung des Patienten. So ging aus einer repräsentativen Gesundheitsstudie 2010 hervor, dass etwa die Hälfte der Personen, die im Netz medizinische Informationen rezipieren, sich besser informiert fühlen. Circa ein Drittel hat nach der Informationssuche das Gefühl, Informationen besser bewerten zu können. Zum Anderen ändern sich aber auch die Einstellung und das Verhalten dieser Personen gegenüber ihren Ärzten. Ein Teil ist ihren Ärzten gegenüber kritischer geworden (13 Prozent der nicht chronisch kranken Teilnehmer, sowie 24 Prozent der chronisch kranken Teilnehmer). Bei 17 bzw. 27 Prozent hat der Konsum von medizinischen Informationen dazu geführt, dass sie öfter zu Voruntersuchungen gehen. Etwa zehn Prozent haben in Folge der Internetrecherche ihren Arzt aufgesucht, obwohl sie es nicht wollten.⁶

Was bedeutet dies nun für den Arztbesuch und die Beziehung zwischen Arzt und Patient? Wie stellt sich in diesem Zusammenhang die Seite der Ärzte dar? Was bedeuten diese Veränderungen für sie im täglichen Umgang mit dieser Gruppe von Patienten? Es gibt verschiedene Modelle, die sich auf diverse Studien der vergangenen Jahre stützen und deutlich zeigen, dass das Arzt-Patient-Verhältnis –wie andere Lebensverhältnisse auch- einem stetigen Wandel ausgesetzt ist. Diese Modelle versuchen das Rollenselbstverständnis der Ärzte und damit auch den Umgang mit vorinformierten Patienten abzubilden. Doch können solche Konstrukte zwar bestimmte Veränderungen verdeutlichen, aber zugleich nur bedingt widerspiegeln, wie es sich in der Realität mit Ärzten und ihrem Praxisalltag verhält.

Es stellt sich daher im Zuge der vorliegenden Forschungsarbeit ganz konkret die Frage, wie Hausärzte bzw. Allgemeinmediziner in Deutschland und Österreich mit eigenständig informierten Patienten umgehen, welche Erfahrungen sie bisher mit ihnen gesammelt haben

⁵ Vgl. MSL Germany (2014)

⁶ Vgl. MS&L Germany (2010)

und was dies für die Kommunikation und Beziehung mit den Patienten im Allgemeinen bedeutet. Daran schließt sich die Frage nach Faktoren an, die die negativen, als auch die positiven Auswirkungen, die vorinformierte Patienten auf die Arzt-Patient-Beziehung haben, auf Seiten des Arztes verstärken oder sogar bedingen.

Diese Forschungsarbeit hat es sich daher konkret zum Ziel gesetzt zu untersuchen, welche Auswirkungen es auf Arzt-Patient-Beziehungen haben kann, wenn sich der Patient im Vorfeld seines Arztbesuchs eigenständig über diverse Gesundheitsthemen informiert und wie diese schließlich nutzbringend in den Praxisalltag integriert werden können. Darüber hinaus will diese Arbeit erläutern, wie sich Ärzte den idealen Patienten vorstellen. In diesem Zusammenhang stehen die Perspektiven der Patienten, als auch die der Ärzte, ihre bisherigen Erfahrungen und Einstellungen zu diesem Thema im Vordergrund und werden einander im theoretischen Teil gegenübergestellt. Im empirischen Teil liegt der Fokus ausschließlich auf den Ärzten. Mithilfe einer quantitativen Befragung soll den Fragen nach Einstellungen, Erfahrungen und spezifischen Eigenschaften der deutschen und österreichischen Hausärzteschaft genauer auf den Grund gegangen werden.

Inwiefern also kann es zu einer Diskussion mit dem Arzt führen, oder sogar zu einer Auseinandersetzung, wenn sich der Patient eigenständig über komplexe medizinische Themen informiert? Oder überwiegen gar die Vorteile, die ein vorinformierter Patient in die „Arbeit“ mit seinem Arzt mit einbringt? Ist ein informierter Patient für den Arzt unangenehmer, als ein nicht informierter? Dies führt weiterhin zur Frage, wie sich denn ein Arzt einen idealen Patient vorstellt und in wie weit sich dieser von einem eigenständig informierten Patient unterscheidet. Diese und ähnliche Fragen stehen im Zentrum der empirischen Forschung dieser Arbeit. Es wird aus ärztlicher Sicht dargelegt, in welchen Fällen es sinnvoll für die Beziehung zwischen Arzt und Patient sein kann, wenn dieser vorinformiert zur Sprechstunde geht und in welchen Fällen nicht. Daher werden nach Zusammenhängen zwischen der Einstellung der Ärzte zu Vorinformationen, ihren bisherigen Erfahrungen mit vorinformierten Patienten, ihrem eigenen Internetverhalten, sowie soziodemografischen Daten gesucht. Ein weiterer wichtiger Teil dieser Arbeit ist darüber hinaus der Blick auf die Meinung der Ärzte bezüglich medizinischen Informationsangeboten in den Medien. Welche erachten sie als nützlich für den Patienten und von welchen würden sie eher abraten? Welche Faktoren müssen auf Seiten der medialen Angebote, aber auch auf jener der Patienten gegeben sein, damit Vorinformationen für alle Beteiligten, sowie für die Beziehung zwischen Arzt und Patient gewinnbringen und nutzstiftend sein können?

Um den eben dargelegten Sachverhalten auf den Grund gehen zu können, setzt sich die vorliegende Magisterarbeit wie folgt zusammen. Im theoretischen Teil der Arbeit finden zunächst eine Hinführung zum Thema, sowie die Eingrenzung des vorliegenden Forschungsgegenstandes statt. Sie besteht aus der Einleitung und dem Erkenntnisinteresse. Folglich werden die Rahmenbedingungen des Beziehungswandels zwischen Arzt und Patient erläutert. Aufgeteilt in die beiden Kapitel „gesellschaftliche Makrotrends“ und „Trends im Gesundheitssystem“ wird aufgezeigt, wie sich die Ausgangssituation der Patienten-, sowie der Ärzteschaft darstellt. Ferner werden die verschiedenen Modelle der Arzt Patient-Beziehung erläutert, um zu veranschaulichen, welche Möglichkeiten es im Umgang mit Informationen innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung gibt. Hierzu zählen das paternalistic decision making model, das informed model, sowie das shared decision making model. Darüber hinaus werden diese Modelle in einem weiteren Kapitel ergänzt.

Darauf folgt eine detaillierte Auseinandersetzung mit den verschiedenen Komponenten dieser Beziehung. Zu dem Kapitel „Aspekte des Wandels der Arzt-Patient-Beziehung“ zählt die Erläuterung aktueller Studienergebnisse, die die Arzt-Patient-Beziehung –insbesondere im Umgang mit Vorinformationen- betreffen. Demnach wird dieses Kapitel in drei Teile aufgeteilt. Zunächst wird die Sicht der Patienten dargestellt und erklärt, was statistisch mit dem Terminus des vorinformierten Patienten gemeint ist und welches der angeführten Entscheidungsmodelle von Patienten bevorzugt wird. Daran anknüpfend geht es um die Sicht der Ärzte, wobei zunächst ein kurzer Einblick in den Ärzteberuf gegeben wird, bevor auch hier Studien vorgestellt werden, die das Denken und Handeln der Ärzte im Bezug auf Vorinformationen und vorinformierte Patienten abbilden. Schließlich wird das Thema der Kommunikation zwischen Arzt und Patient aufgegriffen, in dem auf grundsätzliche Problemfelder, sowie im Speziellen auf die Kommunikation mit vorinformierten Patienten, eingegangen wird.

Im empirischen Teil der Arbeit werden zunächst die Forschungsfragen und Hypothesen vorgestellt, sowie die angewandte Methodik erläutert. In letzterem Kapitel inbegriffen sind Forschungsdesign, Fragebogenkonstruktion, sowie die durchgeführten Analyseverfahren. Die Vorstellung der Ergebnisse geschieht in elf einzelnen Kapiteln, die sich der Beantwortung der Forschungsfragen, der Prüfung der Hypothesen, sowie der Darstellung der spezifischen Analyseergebnisse widmen. Die Arbeit schließt mit dem Fazit und einem Ausblick.

2. Rahmenbedingungen des Wandels der Arzt-Patient-Beziehung

Als grundsätzliche Rahmenbedingungen einer jeden Arzt-Patient-Beziehung können nach Buddeberg und Buddeberg-Fischer folgende bestimmende, personenunabhängige Faktoren herangezogen werden:

- Gesetzliche Bestimmungen
- Ethische Prinzipien
- Standesregeln
- Vertragliche Vereinbarungen
- Der systematische Kontext

Diese Determinanten normieren, regeln und begrenzen die Gestaltungsfreiheit des Arztes. Beispielsweise legen die gesetzlichen Bestimmungen fest, dass die Gesundheitsversorgung in Deutschland und Österreich freiberuflich geregelt ist, wodurch ein jeder Arzt zu etwas wie einem freien Unternehmer innerhalb der Gesundheitsbranche wird.⁷ Anders als in England, wo das Gesundheitswesen in staatlicher Hand liegt, ist der Arzt hier kein Staatsangestellter und unterliegt dadurch spezifischen Stressoren, wie Konkurrenzdruck, Anforderungen als Manager, Zeitstress und finanzielle Verunsicherung, um nur einige wenige zu nennen. Diese Verkettung von Umständen wirkt unter anderem auch indirekt auf die Beziehung zwischen einem Arzt und seinen Patienten ein.⁸

Neben diesen allgemeinen Faktoren gibt es eine Reihe von weiteren, situations-, bzw. personenabhängigen Bedingungen, die auf dieses komplexe Verhältnis einwirken:

- Behandlungsauftrag
- Einstellungen und Erwartungen von Arzt und Patient
- Persönlichkeitsmerkmale
- Kommunikation und Interaktion⁹

⁷ Vgl. Buddeberg/Buddeberg-Fischer (2004): S. 330

⁸ Vgl. Willi et al. (1998): 21f.

⁹ Vgl. Buddeberg/Buddeberg-Fischer (2004): S. 330

Im Folgenden werden auf einige der oben genannten Punkte vertiefend eingegangen, um abzubilden, inwiefern sich ein Wandel im Arzt-Patienten Gefüge vollzieht und welche Konsequenzen er hat. Dazu wurde auf zwei unterschiedliche Zugänge zurückgegriffen. Zum einen findet sich ein Zugang über gesellschaftliche Makrotrends und zum anderen über Trends, die im Gesundheitswesen von Deutschland und Österreich zu finden sind. Beide Kapitel überschneiden sich daher an manchen Stellen und sind deshalb nur als grobe Einteilung der vorherrschenden Rahmenbedingungen zu betrachten.

2.1 Gesellschaftliche Makrotrends

Jener Faktor, der als erstes an dieser Stelle Erwähnung findet, ist der demografische Wandel. Konstant niedrige Geburtenraten und eine steigende Lebenserwartung führen demnach zu einer älter werdenden Bevölkerung.¹⁰ Dadurch steigt zum einen die Zahl chronisch kranker Menschen, was nach und nach zu einer stärkeren Bindung des Patienten an die Ärzteschaft führt.¹¹ Zum anderen steigen durch diesen Umstand die Kosten für das Gesundheitswesen.¹² In weiterer Folge sind die Ärzte daher angehalten, wirtschaftlich und kostenbewusst zu Handeln, was sie vor neue und zum Teil bislang ungelöste Probleme stellt.

Ein weiterer Punkt, der tendenzielle Mehrkosten für das Gesundheitssystem bedeuten kann, ist der Trend zur Individualisierung der Gesellschaft, welcher insbesondere vom Soziologen Ulrich Beck thematisiert und untersucht wurde.¹³ Gemeint ist damit, dass vorherrschende Lebensformen im Begriff sind, sich aufzulösen, was bedeutet, dass immer mehr Menschen eigenverantwortlich und auch nicht selten allein leben.¹⁴ Dies führt zu einer stärkeren Inanspruchnahme öffentlicher Einrichtungen im Falle eines Krankheitsfalls, wohingegen die Verantwortung früher oftmals innerhalb des Familienverbandes lag und auch getragen wurde.¹⁵

Der nächste Faktor, der zur Veränderung des Arzt-Patient-Verhältnisses beiträgt, ist die rasant fortschreitende Entwicklung auf dem Gebiet der Technologie.¹⁶ Unter anderem ist damit die

¹⁰ Vgl. Rieder/Giesing (2011): S. 17

¹¹ Vgl. Buddeberg/Buddeberg-Fischer (2004): S. 338ff.

¹² Vgl. für Österreich: Bachner et al. (2013): S. 130; für Deutschland: Statistisches Bundesamt (2015): S. 1

¹³ Vgl. Rieder/Giesing (2011): S. 17

¹⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (2014): S. 1

¹⁵ Vgl. Grausgruber (2002): S. 15

¹⁶ Vgl. Rieder/Giesing (2011): S. 18

immer größer werdende Verbreitung des Internets gemeint. Während das World Wide Web noch im Jahr 2003 als Quelle für medizinische Informationen nur auf wenig Akzeptanz stieß¹⁷, ist es mittlerweile der am häufigsten verwendete Bezugspunkt zur Beschaffung von Gesundheitsinformationen.¹⁸ Dieser Trend lässt sich europaweit feststellen, wie eine groß angelegte Panelstudie aus den Jahren 2005 und 2007 zeigt. So wurde in den sieben untersuchten Ländern Dänemark, Deutschland, Griechenland, Lettland, Norwegen, Polen und Portugal ein signifikanter Anstieg der Benutzung und der Wichtigkeit des Internets bei medizinischen, bzw. gesundheitlichen Fragen festgestellt. Vermehrt Frauen lassen sich demnach zu sogenannten „E-Patienten“ zählen.¹⁹

Die Folgen der zunehmenden Anzahl informierter Patienten führen zu den zentralen Aspekten, mit denen sich diese Arbeit beschäftigt. Unter anderem sind dies Spannungsverhältnisse, die zwischen vorinformierten Patienten und ihren Ärzten auftreten können. Spricht ein Patient seine sich im Vorfeld angeeigneten Informationen vor dem Arzt an, wird eine neue Situation geschaffen, die es in der bisherigen Arzt-Patient-Beziehung in dieser Weise noch nicht gab. Der Patient hatte womöglich mehr Zeit als der Arzt, um sich mit der Materie auseinander zu setzen und kann daher beispielsweise zu aktuellen Studien mehr Wissen aufweisen, als er. Der Arzt kann dadurch verunsichert werden und Gefahr laufen, vom Patient angezweifelt oder kritisiert zu werden.²⁰ Dadurch ergibt sich eine Reihe von neuen Situationen und Möglichkeiten im Praxisalltag, die unter anderem die Basis einer neuen Problemstellung bilden, mit der sich diese Arbeit beschäftigt.

Eng mit diesem Aspekt verbunden ist der Wandel der Unternehmen-Kunden-Beziehungen.²¹ Damit ist gemeint, dass der Kunde selbst produktionsbezogene Leistungen erbringt, die früher im Aufgabenbereich der Firma lagen. Das „Outsourcing zum Kunden“ bedeutet, dass der Kunde als Arbeitskraft *„gezielt gesteuert [wird], damit seine produktiven Potenziale unmittelbar ökonomisch genutzt werden können.“*²² Als Beispiel dafür nennen Rieder und Giesing den Handelskonzern Amazon.com, der seinen Kunden eine Plattform bietet, Kaufartikel, wie etwa Bücher selbst zu bewerten, wodurch ihm diese Arbeit abgenommen

¹⁷ Vgl. Schmid/Wang (2003): S. 2134

¹⁸ Vgl. Schachinger (2014): S. 140ff.

¹⁹ Vgl. Andreassen et al. (2007): S. 9

²⁰ Vgl. Tezcan-Güntekin (2010): S. 99

²¹ Vgl. Rieder/Giesing (2011): S. 19

²² Voß/Rieder (2005): S. 124

wird.²³ Dadurch entsteht ein neues Kundentypus, der von Voß und Rieder als der arbeitende Kunde bezeichnet wird.²⁴

Plattformen wie diese, aber auch Gesundheitswebsites wie netdoktor.at, laden den Kunden, bzw. Konsumenten dazu ein, selbst aktiv zu werden. Dabei bildet sich folglich auch eine Gemeinschaft, eine Community, die zur Identitätsbildung beiträgt und immer mehr Bedeutung erlangt. Es findet eine virtuelle Vergesellschaftung der Bevölkerung statt, deren Grundlage Netzwerke wie beispielsweise Facebook oder Twitter sind.²⁵ Dieser Trend beeinflusst das Arzt-Patient-Verhältnis wie andere bereits erwähnte Trends auch dahingehend, als dass er die Anzahl von eigenständig informierten Patienten ansteigen lässt und der Patienten dadurch selbstbewusster wird.

Ferner findet eine Pluralisierung von Wertvorstellungen statt, die Buddeberg und Buddeberg-Fischer als ein Merkmal der westlichen Gesellschaft ansehen.²⁶

„Der vielfach beschworene ‚Wertewandel‘, der eigentlich ein Wandel in den Einstellungen zu Werten ist, erweckt nicht selten das Gefühl der Ratlosigkeit, der Orientierungslosigkeit. Einerseits erscheint fast alles als möglich oder machbar, andererseits ertönt immer ein lauter Ruf nach [...] unverrückbaren Maßstäben [...]. Damit ist eine weitere, nämlich eine ethische Herausforderung für die Neustrukturierung des Arzt-Patient-Verhältnisses gegeben.“²⁷

Ein letzter Makrotrend, der in diesem Kapitel eine Erwähnung findet, ist der der aufkommenden Gesundheitsgesellschaft. Das Thema Gesundheit ist generell ein immer wichtiger werdender Faktor in unserer heutigen Gesellschaft. Er durchdringt unseren Alltag auf die verschiedensten Weisen und schafft dadurch neue Denkweisen und Chancen, aber auch neue Probleme. Gesundheitliches Befinden wird subjektiv erlebt und verbreitet sich in der europäischen Gesellschaft expansiv. So dringen gesundheitliche Aspekte in immer mehr Bereiche des gesellschaftlichen Lebens, als auch des individuellen Handelns vor.²⁸

²³ Vgl. Rieder/Giesing (2011): S. 19

²⁴ Vgl. Voß/Rieder (2005): S. 124

²⁵ Vgl. Rieder/Giesing (2011): S. 18

²⁶ Vgl. Buddeberg/Buddeberg-Fischer (2004): S. 332

²⁷ Kampits (1996): S. 11f.

²⁸ Vgl. Kickbusch (2012): S. 1f.

2.2 Trends im Gesundheitssystem

Im Gegensatz zu weniger weit entwickelten Staaten, herrscht in den Industrienationen ein vergleichsweise geringer Anteil an Infektionskrankheiten. Dafür sind chronische, lebensbegleitende (Nichtinfektions-)Erkrankungen umso weiter verbreitet und nehmen in der westlichen Gesellschaft stetig zu. Das Krankheitsgeschehen in Ländern mit einem hohen Einkommen wird daher vor allem durch chronische Atemwegserkrankungen, Krebs, sowie Herz-Kreislaufkrankheiten und Diabetes geprägt.²⁹ Das hat zum einen zur Folge, dass ein Arzt heute weniger als Helfer in der Not gesehen wird (wie etwa noch zu Zeiten von vermehrten akuten Infektionskrankheiten), sondern vielmehr als Anbieter von Dienstleistungen und Produkten auf dem immer größer werdenden Gesundheitsmarkt. Zudem muss er sich gegenüber Kollegen und paramedizinischen Anbietern durchsetzen.³⁰

Zum anderen hat die Verlagerung der Krankheitsfälle schwerwiegende Folgen für das Gesundheitssystem, auf welches dadurch enorme Mehrkosten zukommen. *„Damit würde sich die bereits aktuell bestehende Problematik der Finanzierung des Gesundheitswesens [...] verschärfen.“*³¹ Eine Reihe dieser Folgen hat das Gesundheitswesen bereits in verschiedenen Therapieprojekten erfahren müssen. In Deutschland wurde so in verschiedenen Bereichen gespart, wie beispielsweise bei der ambulanten Versorgung von Krebspatienten, der Behandlung von Immunkrankheiten oder Depressionen. Das Gesundheitswesen muss sich gleichermaßen wirtschaftlich beweisen, wie etwa ein Supermarkt. Kosten- und Kapitalinteressen werden vorrangig behandelt, während das Heilen und die Vorsorge in den Hintergrund geraten.³²

Auf der Ebene des Hausarzt-Patient-Verhältnisses ist diese Grundeinstellung zum Gesundheitswesen ebenfalls festzustellen. Pro Tag empfängt ein deutscher Hausarzt im Durchschnitt 53 Patienten.³³ Nicht verwunderlich ist es daher, dass ihm pro Patient gerade einmal drei Minuten bleiben bzw. er sich pro Patient nicht mehr Zeit nimmt.³⁴ Dabei muss jedoch angemerkt werden, dass es ebenfalls die Hausärzte sind, die vergleichsweise den

²⁹ Vgl. World Health Organization (2014): S. 48

³⁰ Vgl. Buddeberg (2004): S. 6

³¹ Rieder/Giesing (2011): S. 20

³² Vgl. Grönemeyer (2003): S. 3f.

³³ Vgl. Osterloh (2012): S. 1

³⁴ Vgl. Wittchen et al. (2006): S. 6

längsten Arbeitstag haben. Mit 57,6 Wochenstunden liegen sie vor den Fachärzten (55,3 Stunden) und den Psychotherapeuten (42,4 Stunden). Mit Abstand die meiste Zeit verbringen Hausärzte in der Sprechstunde (60 Prozent), gefolgt von Verwaltungsaufgaben (13 Prozent) und Hausbesuchen (elf Prozent). Die restliche Zeit verbringen sie im Bereitschaftsdienst, bei internen Praxisangelegenheiten oder sind auf Fortbildungen.³⁵

Des Weiteren stehen die deutschen Kassenärzte immer mehr unter dem Druck der kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen, die sich zusammengeschlossen haben und den Ärzten strenge Sparrichtlinien vordiktieren. Durch ein von ihnen entwickeltes Punktesystem wird es dem praktizierenden Arzt erschwert, Mehrleistungen an seinen Patienten vorzunehmen. Der Arzt steht unter großem Druck, zwischen den Patienten und den Kassen zu vermitteln. Dadurch wird *„...das Verhältnis Arzt-Kassenpatient [wird] immer prekärer. Aufgrund der Bonus-Malus Regelung könnten Ärzte gezwungen sein, Patienten lebenswichtige, aber zu teure Medikamente vorzuenthalten. Der ethische Druck wird furchtbar sein.“*³⁶

Ein weiterer Trend im Gesundheitssystem, von welchem unmittelbare Auswirkungen auf den Alltag der Ärzte mit ihren Patienten ableitbar sind, ist die zunehmende Verbreitung des Wunsches nach individualisierter Behandlung. Damit ist der Wunsch vieler Patienten gemeint, dass ihre persönliche Wertvorstellung und Lebenssituation vom Arzt in die Krankheitsbehandlung mit einbezogen werden soll.³⁷ Mit dem Wunsch nach individualisierter Behandlung geht die Forderung von immer mehr Patienten nach mehr Mitbestimmung bei Behandlungs- und Therapieentscheidungen oder der Wahl des Krankenhauses einher: *„Es findet regelrecht eine stille Revolution im Gesundheitswesen statt“, erklärt Dr. Michael Heinisch, Geschäftsführer der Vinzenz Gruppe und Auftraggeber der Studie.“*³⁸ Um diese Entscheidungen, wie etwa die Wahl des Krankenhauses auch treffen zu können, fordern sogar 51 Prozent der befragten Österreicher, dass Krankenhäuser zukünftig dazu verpflichtet werden sollen, interne Informationen über Heilungserfolge zu veröffentlichen.³⁹

³⁵ Vgl. Osterloh (2012): S. 1f.

³⁶ Gellner (2006): S.1

³⁷ Vgl. Rieder/Giesing (2011): S. 21f.

³⁸ Vinzenz Gruppe Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH (2013): S. 1

³⁹ Vgl. Vinzenz Gruppe Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH (2013): S. 1

Sicherlich gibt es darüber hinaus weitere Veränderungen im Gesundheitswesen, die man im Zuge dieses Kapitels anführen könnte. Es wird sich jedoch auf jene genannten beschränkt, um den Fokus der Arzt-Patient-Interaktion, bzw. die sich zunehmend wandelnden Rollen des Patienten und des Arztes im Blick zu behalten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich einige gesellschaftliche Trends, sowie Trends im Gesundheitssystem ausfindig machen lassen, die das Gesundheitsverhalten und –denken der Gesellschaft maßgeblich geprägt und verändert haben. Der Gesundheitsmarkt wächst stetig und dringt in viele Bereiche des Alltags vor, wie etwa in die Lebensmittel- und Konsumindustrie, aber auch in weniger naheliegende Branchen, wie etwa die Politik. Darüber hinaus hält die Technik die Patienten mittlerweile nahezu an, selbst Nachforschungen anzustellen und sich eigenständig zu informieren. Es lässt sich stärker denn je ein Emanzipationsstreben auf Seiten der Patienten feststellen. Die Informiertheit ist also zum einen das Ergebnis einer Reihe von Prozessen, die die Patienteninitiative fördern und zum anderen ist es einer von vielen Faktoren, die zusammen auf die Beziehung Arzt-Patient einwirken. Veränderungen im Umgang zwischen Arzt und Patient durch Vorwissen auf Seiten des Patienten lassen sich daher nicht gesondert und frei von allen anderen Faktoren, bzw. jenen Prozessen, die dazu geführt haben, dass der Patient Vorwissen erlangt hat, betrachten. Vorinformierte Patienten dürfen daher nicht etwa als homogene Gruppe verstanden werden, die sich in ihrem Denken und Handeln nicht unterscheiden. Um zu verstehen, wie sich vorinformierte Patienten auf den Praxisalltag auswirken, erfordert es daher einen umfangreichen Blick auf die Beziehung zwischen Ärzten und ihren Patienten, sowie den Zusammenhängen, denen sie unterliegt.

3. Theoretische Modelle der Arzt-Patient-Kommunikation

Mit dem Wunsch des Patienten nach mehr medizinischen Informationen geht nicht unbedingt auch der Wunsch nach mehr Mitbestimmung bei ärztlichen Entscheidungen einher. Dennoch spielt der Umgang mit Informationen eine der wichtigsten Rollen innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung und bestimmt nicht zuletzt über den Grad der Patientenautonomie. Umgekehrt betrachtet ist es schließlich für den Patient nicht möglich, an einer Entscheidung mitzuarbeiten, wenn er keinerlei oder nur unzureichende Informationen über den Sachverhalt besitzt. An dieser Stelle knüpfen verschiedene Modelle der Entscheidungsfindung an, die die Beziehung und damit auch die Aspekte der Kommunikation, wie sie heute zwischen Arzt und

Patient stattfinden können, abbilden. Es werden zunächst die drei in der Forschungsliteratur meistzitierten Modelle erläutert, auf welche sich auch alle bekannten Studien zu diesem Thema beziehen. In der englischsprachigen Fachliteratur heißen sie paternalistic decision making model, informed decision making model und shared decision making model. Im Folgenden werden sie erklärt und kritisch miteinander in Beziehung gesetzt. Darüber hinaus werden auch andere Modelle, die in diesem Zusammenhang relevant sind, aufgeführt, um dem Anspruch der Vollständigkeit gerecht zu werden.

3.1 Paternalistic decision making model

Das paternalistic decision making model, zu Deutsch paternalistisches Modell, beschreibt, wie die anderen hier erläuterten Modelle auch, das Zusammenspiel von Arzt und Patient, wenn es um eine generelle Entscheidungsfindung geht. In diesem Zusammenhang kann es unter anderem um Therapiemaßnahmen, Behandlungsmethoden oder Entscheidungen über die von Arzt verschriebene Medikation gehen. Als grundsätzliches Unterscheidungskriterium der drei Modelle kann folgendes von Klemperer definierte Merkmal ausgemacht werden: „...*die Rolle und das Verhalten von Arzt und Patient in den Bereichen Informationsfluss, Abwägungsprozess und Entscheidung*“⁴⁰.

Erstmals ausführlicher beschrieben wurde das Modell im Werk „The Social System“ von dem Soziologen Talcott Parsons⁴¹ und wird in der Forschungsliteratur oft mit diesem gleichgesetzt. Parsons nahm in seinem stark vom Strukturfunktionalismus geprägten Werk eine idealtypische Charakterisierung des Arzt-Patient-Verhältnisses vor. Der ursprüngliche Bezug Parsons für dieses Modell lag auf dem US-amerikanischen Gesundheitssystem, welches sich jedoch als allgemein gültig herausstellte.⁴² Der Arzt übernimmt in diesem Modell eine eindeutig dominante Rolle und entscheidet für den Patient, der –in gewisser Weise als passiver Part- kooperiert und den ärztlichen Handlungsanweisungen folgt. Allein die professionelle Sicht des Arztes entscheidet somit über das weitere Vorgehen. Der Arzt bestimmt ferner über die Weitergabe von Informationen an den Patient, die in diesem Fall höchst selektiv erfolgt. Bedenken, Risiken oder andere Botschaften, die den Patient an den

⁴⁰ Klemperer (2005a): S. 72

⁴¹ Vgl. Parsons (1964): S. 428ff.

⁴² Vgl. Grausgruber (2002): S. 10

Entscheidungen des Arztes zweifeln lassen könnten, werden vom Arzt nicht erwähnt. Die Zustimmung des Patienten wird somit zu einer reinen Formsache degradiert.⁴³

Welchen Beigeschmack diese Beziehungshaltung mit sich bringt verdeutlicht ein Zitat des österreichischen Philosophen Peter Kampits aus seinem Werk „Das dialogische Prinzip der Arzt-Patient-Beziehung“:

„Nun ist in der Tat die Arzt-Patient-Beziehung in dieser Hinsicht eine fast einmalige Erscheinung unserer gegenwärtigen Kultur, die nahezu aus dem Rahmen all unserer anderen sozialen Beziehungen und Verhältnisse herausfällt. Nirgendwo anders ist das Geflecht existentieller Abhängigkeit größer als im Leid oder gar vor dem Tod. Gerade deshalb bedarf eine paternalistische Haltung besonderer Rechtfertigungen.“⁴⁴

Kampits betont mit dieser Aussage die Besonderheit des Beziehungsgeflechts Arzt-Patient und die sensiblen Punkte, die das paternalistische Modell im Kontext der heutigen Gesellschaft berührt. Klemperer führt in diesem Zusammenhang drei wesentliche Annahmen an, die dem paternalistischen Modell zugrunde liegen, es beschreiben und gleichzeitig moralisch rechtfertigen:

„- Es gibt objektive Kriterien dafür, was das Beste für den Patienten ist. Die Ärzte verfügen über dieses Wissen und wenden es an ihren Patienten an.

- Die Ärzte sind aufgrund ihrer Erfahrung und ihres Fachwissens diejenigen, die das Für und Wider unterschiedlicher Behandlungsmöglichkeiten am besten abwägen können.

- Aufgrund ihrer Verpflichtung auf ethische Prinzipien stellen die Ärzte das Patientenwohl allen anderen Interessen voran.“⁴⁵

An diesem Punkt stellt sich die Frage, inwiefern diese drei Aspekte noch Gültigkeit in den Köpfen der Patienten von heute haben, bzw. ob sie von der Mehrheit der Bevölkerung ohne jeglichen Einspruch anerkannt werden würden.

Kampits unterscheidet zwischen starkem und schwachem Paternalismus, welcher die verschiedenen Schattierungen eines paternalistischen Arztverhaltens widerspiegelt. So kann es bereits problematisch werden, wenn ein Arzt im Falle eines Notfalls –beispielsweise bei Bewusstlosigkeit des Patienten- über dessen Kopf hinweg entscheidet und eine medizinische Behandlung vornimmt. Einerseits eine selbstverständliche Tat für den Arzt. Andererseits kann

⁴³ Vgl. Klemperer/Rosenwirth (2005): S. 5

⁴⁴ Kampits (1996): S. 15

⁴⁵ Klemperer (2005): S. 73

es sich das für den Patient ganz anders darstellen, wenn er eine vom Arzt abweichende Wertvorstellung in dieser Frage hat. Der Patient könnte es als eine ihm aufgezwungene Entscheidung sehen.⁴⁶

Neben dieser Kritik gibt es aber auch gewisse Umstände, in welchen paternalistische Rahmenbedingungen der Arzt-Patient-Beziehung von Vorteil sind. So kommt dieses Modell beispielsweise dem Wunsch des Patienten nach Entlastung und Fürsorglichkeit nach. Dieses Modell muss also nicht zwangsweise den Aspekt der Unmündigkeit des Patienten unterstützen, sondern vielmehr die Rolle des Arztes als Verantwortungsträger in einer seelisch belastenden Krankheitssituation.⁴⁷ Darüber hinaus gibt es bestimmte Situationen, in denen der Arzt die Urteilsfähigkeit für den Patient übernehmen muss, da dieser nicht in der Lage dazu ist. In Abbildung 1 wird dargestellt, inwiefern sich diese je nach Art der Krankheit verändern kann.

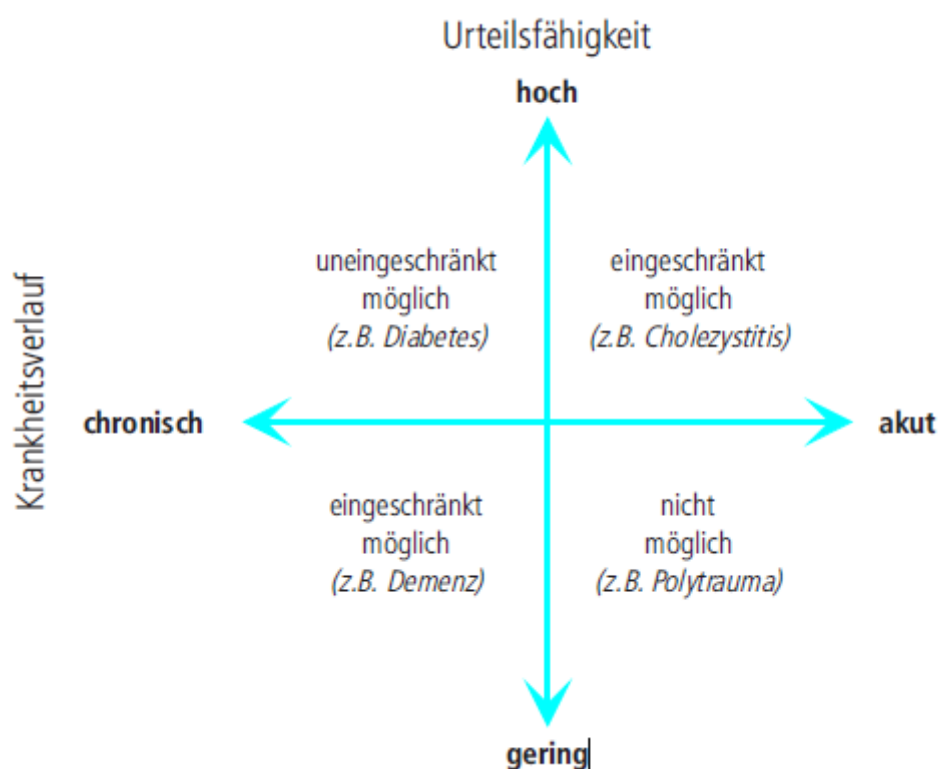


Abbildung 1: Urteilsfähigkeit und Krankheitsverlauf (Vgl. Butzlaff et al. (2003): S. 44)

⁴⁶ Vgl. Kampits (1996): S. 15f.

⁴⁷ Vgl. Hillebrand (2008): S. 90f.

Kampits unterscheidet weiterhin zwischen dem aufgeforderten und unaufgeforderten Paternalismus. Ersteres tritt zum Beispiel auf, wenn der Arzt vom Patienten angehalten wird, diesen beim Aufgeben des Rauchens zu unterstützen. Der aufgeforderte Paternalismus kann folglich als aktive Aufforderung des Patienten gegenüber seinem Arzt verstanden werden, ihm eine Behandlung oder Therapie „aufzuzwingen“. Doch stellt Zweites, der unaufgeforderte Paternalismus, wiederum ein ethisches Dilemma dar, wenn beispielsweise einem Anhänger der Glaubensbewegung Zeugen Jehova eine Bluttransfusion ohne dessen Zustimmung verabreicht wird.⁴⁸ „In jedem Fall drückt eine paternalistische Deutung des Arzt-Patient-Verhältnisses eine in einem hohen Maße vorhandene Asymmetrie aus.“⁴⁹

3.2 Informed decision making model

Das informed decision making model steht in einem klaren Gegensatz zum paternalistic decision making model. Hier besteht die Verpflichtung für den Arzt, dem Patienten alle medizinischen Informationen zugänglich zu machen. Der Patient erfährt also eine maximale Aufklärung über seine Krankheit, sowie über die Chancen und Risiken in Frage kommender Behandlungsmöglichkeiten. Die endgültige Entscheidung über das weitere Vorgehen trifft der Patient allein. Der Arzt befolgt letztlich die Vorgehensweise, die der Patient für sich gewählt hat. Dieses Modell geht davon aus, dass nur der Patient selbst genau weiß, was für ihn das Beste ist. Nur unter Berücksichtigung seiner individuellen und persönlichen Werte kann er für sich zu einer Entscheidung gelangen. Andere Personen sind an diesem Prozess nicht beteiligt. Das Modell unterstützt weiterhin die Annahme, dass der Patient nur dann die beste Entscheidung treffen kann, wenn er über alle Informationen verfügt. Das zentrale Argument, welches diesem Modell zugrunde liegt ist, dass die Interessen des Arztes andere sein könnten, als jene des Patienten und der Arzt ihm in weiterer Folge dadurch Schaden zufügen könnte.⁵⁰

Der Patient wird hier zum freien und souveränen Subjekt, während hingegen der Arzt zu einer Art Mittel zum Zweck der Gesundheit wird, von der der Patient Gebrauch machen kann.⁵¹ Die Rolle des Patienten, als auch die des Arztes verändern sich dadurch im Vergleich zum paternalistischen Modell immens. In diesem Zusammenhang könnte man den Arzt auch als einen Techniker bezeichnen, der dafür Sorge trägt, alle nötigen Informationen zu

⁴⁸ Kampits (1996): S. 16

⁴⁹ Kampits (1996): S. 16

⁵⁰ Vgl. Klemperer/Rosenwirth (2005): S. 5f.

⁵¹ Vgl. Kampits (1996): S. 22f.

beschaffen.⁵² Ferner schließt es dieses Modell nicht aus, Informationen von dritter Seite mit einzubeziehen; wozu beispielsweise Informationen aus dem Internet oder eine Zweitmeinung zählen.⁵³

Damit das informed decision making model jedoch in der gewünschten Art und Weise funktionieren kann, gehen Vertreter des Modells von zwei Annahmen aus.

„Erstens, der Patient ist trotz seiner Erkrankung fähig, vollumfänglich für seine Interessen einzustehen. Zweitens, die vom Patienten auffindbaren Informationen sind hinreichend, über die Erkrankung und ihre Behandlung so umfassend und objektiv zu unterrichten, dass der Patient eine rationale Entscheidung fällen kann.“⁵⁴

Damit wird zugleich auf ein fundamentales Problem verwiesen, welches diesem Modell zugrunde liegt. Denn in vielen Fällen herrscht eine fehlende Kompetenz auf Seiten des Patienten, um mit den medizinischen Informationen –seien sie vom Arzt oder durch das Internet kommuniziert- richtig umzugehen. Während die beiden Begriffe Informiertheit und Kompetenz im Kontext leicht so erscheinen, als seien sie Synonyme füreinander, untergräbt dieser Umstand in gewisser Weise die Arbeit der Ärzte, da es so wirkt, als könnte sich der Patient tatsächlich allein durch sein recherchiertes Wissen mit dem Arzt auf eine Stufe stellen. Kompetenz ist jedoch eine Fähigkeit, die sich aus der Erfahrung und dem Gesamtwissen über medizinische Vorgänge zusammensetzt und die in jedem Fall auf der Ärzteseite stärker vorhanden ist, als auf der Patientenseite. Der Arzt vermag vielleicht nicht immer auf dem neuesten Stand jeder Therapie oder Behandlungsmaßnahme sein, er besitzt jedoch medizinische Kompetenz, um neugewonnene Informationen richtig einordnen zu können, die der Patient zumeist nicht hat.⁵⁵ Die Soziologin Hürrem Tezcan-Güntekin drückt diesen Umstand mit folgenden Worten aus:

„Auch wenn in den Fällen, in denen der Patient gut informiert ist und es sich nach Ansicht des Arztes um die ‚richtigen‘ Informationen handelt, erfolgt nahezu zeitgleich die Einschränkung, dass auch eine richtige und gute Informiertheit von Patienten diese nicht handlungskompetent bzw. nicht zu ebenbürtigen Gesprächspartnern machen kann, weswegen auch diesen Patienten der Wind aus den Segeln genommen werden muss.“⁵⁶

⁵² Vgl. Klemperer/Rosenwirth (2005): S. 6

⁵³ Vgl. Büchi et al. (2000): S. 2777

⁵⁴ Ebd.

⁵⁵ Vgl. Tezcan-Güntekin (2010): S. 101ff.

⁵⁶ Ebd.: S. 103

Tezcan-Güntekin rechtfertigt damit die Tatsache, dass eine Informiertheit des Patienten nur wenige Auswirkungen auf die Wissensasymmetrie, sowie die Asymmetrie der Handlungskompetenz von Arzt und Patient hat. Der Patient kann sich demnach –ganz gleich wie viel Wissen er sich aneignet- nicht auf eine Stufe mit dem Arzt begeben.⁵⁷ Informationen, egal durch welches Medium sie letztlich aufgenommen werden, können dem Menschen Sicherheit geben oder Mut machen, aber sie verschaffen ihm keine Kompetenz, die Informationen auch „ausschöpfend“ zu nutzen.

In der Tat ist die Gesundheitskompetenz der deutschen Bevölkerung nicht sonderlich hoch. Betrachtet man sich Studien, in denen die Gesundheitskompetenz untersucht wurde, zeigt sich, dass es nach wie vor hartnäckige Irrtümer gibt, denen ein Großteil der deutschen Bevölkerung aufsitzt.⁵⁸ Auch eine österreichische Studie, die die Kompetenzen im Bereich Gesundheit bei 15 Jährigen untersucht hat, kam zu dem Schluss, dass hier etwa die Hälfte der Jugendlichen problematische Defizite aufweist. Österreichische Erwachsene haben hingegen um etwa zehn Prozent bessere Werte.⁵⁹

Es stellt sich also die Frage, in wie weit ein Patient, der nicht gleichzeitig auch Arzt ist, die objektiv richtige –und gleichzeitig nach seinen Vorstellungen richtige- Entscheidung treffen kann. Der amerikanische Arzt J. Katz unterstellt in seinem Werk „The silent world of doctor and patient“ vielen Ärzten eine gewisse Feindschaft gegenüber den hier kontrovers diskutierten Mitbestimmungsrechten von Patienten. So zitiert er in diesem Zusammenhang einen Chirurgen, der sich nicht vorstellen kann, einen Patienten beurteilen zu lassen, welche Herzklappe für ihn die beste sei. Dagegen argumentiert Katz, dass der Patient die technischen Unterschiede vielleicht nicht verstehen mag, aber dennoch zwischen bestimmten Risiken und Folgeerscheinungen, die eine bestimmte Herzklappe gegenüber einer anderen Herzklappe haben können, abwägen kann, sofern er darüber informiert wird. Hier könnte es zum Beispiel eine Rolle spielen, in welcher Lebenssituation der Patient gerade ist und welche täglichen Anforderungen diese an ihn stellen. Darüber hinaus kann es für den Patienten von Bedeutung sein, wann ein solcher Eingriff vorgenommen wird, wenn etwa gerade die Hochzeit eines Enkelkindes ansteht oder Ähnliches.⁶⁰

⁵⁷ Vgl. ebd.

⁵⁸ Vgl. Kickbusch/Marstedt (2008): S. 14f.

⁵⁹ Vgl. Röthlin et al. (2013): S. 39

⁶⁰ Vgl. Katz (2002): S. 27

Eine vollkommene Autonomie des Patienten im Praxisalltag ist dennoch schwierig, da man im Grunde jede von einem Arzt durchgeführte Handlung an einem Patienten als Eingriff in dessen Selbstverfügung und damit als Problem verstehen könnte. Kampits stellt in diesem Zusammenhang fest, dass

„...es eine ständig wechselnde Kontextualität im Arzt-Patient-Verhältnis gebe, wobei Autonomie nicht immer als leitendes Prinzip des ärztlichen Handelns akzeptiert werden könne. Selbstverständlich soll der Respekt der Autonomie des Patienten mit in die Behandlungsziele des Arztes einfließen, doch lässt sich diese Autonomie als ausschließliche Zielsetzung ebensowenig [sic!] vertreten wie eine paternalistische Grundhaltung.“⁶¹

Bei diesem Modell kann leicht der Eindruck entstehen, Information führe automatisch zu einer Rechtfertigung, medizinisch-therapeutische Entscheidungen zu treffen. Es hängt zudem stark von der Auslegung des Modells ab, in wie weit diese Kritik greift. Im Grunde genommen geht es um den Wunsch des Patienten, selbstbestimmt zu entscheiden. Ob, bzw. in wie weit dies gerechtfertigt ist oder nicht, stößt an eine breite ethische Grundlagendiskussion, die letztlich nicht verallgemeinert und mit nur einem „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden kann.

3.3 Shared decision making model

Wie bereits deutlich wurde, bewegen sich die theoretischen Modelle und damit auch die Diskussionen über den Wandel der Arzt-Patient-Beziehung zwischen dem paternalistischen und dem informed Modell. Das shared decision making model ist innerhalb dieses Gefüges in der Mitte angesiedelt und versucht, die Interessen des Arztes und die des Patienten, sowie dessen Wertvorstellungen in sich zu vereinen. Das shared decision making model, kurz auch SDM-Modell genannt, ist aus einer Entwicklung in den 1960er Jahren heraus entstanden, bei dem eine Bürgerrechts- und Konsumentenbewegung Kritik an der Medizin geübt hat⁶² und wird mit den Worten partizipative Entscheidungsfindung übersetzt.⁶³ Entwickelt und ausführlich beschrieben wurde das Konzept schließlich in den 1990er Jahren von der kanadischen Soziologin Cathy Charles und ihren Kollegen. Sie führen vier Grundannahmen an, nach welchen das SDM-Modell besser verstanden werden kann:

⁶¹ Kampits (1996): S. 18

⁶² Vgl. Klemperer (2005): S. 5

⁶³ Vgl. Hoefert (2010): S. 136

- Am Entscheidungsprozess beteiligen sich zwei Parteien: Der Arzt und der Patient. Dritte Parteien, etwa Angehörige des Patienten können hinzutreten.
- Bei der Entscheidungsfindung nehmen beide Parteien eine aktive Rolle ein und entscheiden gemeinsam. Hierfür sollte eine Atmosphäre geschaffen werden, in der beide Parteien die Möglichkeit haben, ihre Meinung kund zu tun.
- Zwischen allen Beteiligten findet ein Informationsaustausch statt, bevor die Entscheidung getroffen wird. Hierbei spielen neben medizinischen auch persönliche Informationen eine wichtige Rolle.
- Die Entscheidung kommt nur dann zustande, wenn alle Parteien damit einverstanden sind und etwaige Bedenken akzeptiert werden. Ist sie schließlich getroffen, wird sie von allen getragen.⁶⁴

Wie beim informed decision making model rückt also auch hier die Subjektivität des Patienten zunehmend in das Blickfeld der Entscheidungsfindung. Doch anstatt der alleinigen Entscheidungsfreiheit des Arztes oder des Patienten, ist es im Falle des SDM-Modells eine partnerschaftliche Beziehung, mit dem Ziel gemeinsam und gleichberechtigt eine Entscheidung über das medizinische Vorgehen zu treffen.⁶⁵ Der größte Unterschied zu den anderen beiden Modellen ist dabei jener, dass sich Arzt und Patient einander ausführlich informieren, wobei den medizinischen Informationen ebenso viel Aufmerksamkeit geschenkt wird, wie etwa Wertvorstellungen und privaten Motiven des Patienten. Es findet ein direkter Austausch zwischen Arzt und Patient statt, bei dem beide Parteien ihre Vorschläge und Präferenzen einbringen, bis sich schließlich auf einen gemeinsamen Konsens geeinigt wird.⁶⁶

Eine weitere Voraussetzung, damit dieses Modell in der Praxis überhaupt Verwendung finden kann, ist die Existenz mehrerer Behandlungs- oder Therapiealternativen, die sich in ihrem Nutzen und ihren Risiken voneinander unterscheiden. Eine großangelegte Studie aus Deutschland konnte aufdecken, dass es zum Teil sehr große regionale Unterschiede in der Durchführung bestimmter Behandlungsmethoden gibt und unterstreicht damit die Notwendigkeit des Abwägens dieser Alternativen. Zudem sind diese Unterschiede nicht nur bei chronischen Langzeiterkrankungen festzustellen, sondern auch bei akuten Beschwerden des

⁶⁴ Vgl. Charles et al. (1997): S. 685ff.

⁶⁵ Vgl. Klemperer/Rosenwirth (2005): S. 5

⁶⁶ Vgl. Grausgruber (2002): S. 19

Patienten. Um diese Unterschiede vermeiden zu können, schlagen die Autoren der Studie das SDM-Modell vor, um die für den Patient passende Entscheidung treffen zu können.⁶⁷

Des Weiteren bietet dieses Modell die Möglichkeit, sich mit eventuellem Vorwissen des Patienten auseinanderzusetzen. Der Arzt kann in diesem Zuge Missverständnisse aufklären und den Patient ausführlich informieren. Seine fachliche Kompetenz als Behandelnder könnte nicht Gefahr laufen, wie beim informed model untergraben zu werden und der Patient würde gleichzeitig nicht übergangen werden, wie es bei dem paternalistischen Modell der Fall sein kann. Ferner sprechen für dieses Modell diverse eingangs erwähnte gesellschaftliche Makrotrends, wie etwa der zunehmende Wunsch der westlichen Bevölkerung nach Individualisierung oder die Veränderung der Unternehmen-Kunden-Beziehung.

Viele Trends im Gesundheitssystem begünstigen das SDM-Modell jedoch eher weniger. Neben dem Zeitmangel, der oftmals in Arztpraxen herrscht, muss an dieser Stelle vor allem der Faktor der Gesundheitsökonomie genannt werden. So bedeutet eine absolut individuelle Behandlung des Patienten nicht selten auch gewisse Mehrkosten, die die Krankenkasse womöglich nicht bereit ist, zu übernehmen. Der Arzt kann sich schnell in einem Interessenkonflikt zwischen der Kasse und seinem Patient wiederfinden.⁶⁸

3.4 Ergänzungen und weitere Modelle

Neben den drei bisher beschriebenen Modellen wurde von Cathy Charles und Kollegen noch eine weitere Form, das physician as agent model, beschrieben. Der Arzt tritt hier als Experte auf, der die Aufgabe hat, die Informationsasymmetrie zwischen ihm und dem Patient aufzuheben. Wie beim informed model wird der Patient hinreichend vom Arzt mit Informationen versorgt. Doch in diesem Modell ist es der Arzt, der schlussendlich die Entscheidung trifft. Dieses Modell verortet sich folglich zwischen dem SDM- und dem paternalistic model.⁶⁹

Der Internist und Autor David Klemperer ergänzt die drei Modelle um drei Weitere. Das interpretative, das beratende und das patientenzentrierte Modell. Beim interpretativen Modell stellt der Arzt dem Patienten, ähnlich wie beim shared model, die notwendigen Informationen bereit. Doch geht es ferner darum, die persönlichen Werte des Patienten herauszufinden, da

⁶⁷ Vgl. Grote-Westrick/Klemperer (2015): S. 13f.

⁶⁸ Vgl. Klemperer (2003): S. 11

⁶⁹ Vgl. Charles et al. (1999): S. 652

hier nicht vorausgesetzt wird, dass diese bereits feststehen. Der Arzt hilft folglich dem Patienten zusätzlich durch die Interpretation seiner Ausführungen dessen Wünsche und Vorstellungen zu erkennen. Beim beratenden Modell geht es darum, dass der Arzt dem Patienten eine auf seine Vorstellungen zugeschnittene Lösung präsentiert und ihn versucht davon zu überzeugen, ohne jedoch in irgendeiner Form Zwang auf ihn auszuüben. Die Entscheidung treffen Arzt und Patient schließlich gemeinsam. Das patientenzentrierte Modell ist weitaus komplexer mit einer daraus entwickelten patientenzentrierten klinischen Methode verbunden.⁷⁰ Diese geht „von der Notwendigkeit aus, sowohl Krankheit (disease) als auch Krankheitserfahrung (illness) zu berücksichtigen und sie zu integrieren.“⁷¹ Gemeinsam haben diese drei Modelle, dass sie sich bei der Informationsvermittlung auf den Patient konzentrieren. Sie können daher als Erweiterungen des SDM-Modells, bzw. des informed models verstanden werden.

Zusammenfassend lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass das paternalistische Modell, das informed Modell, sowie das SDM-Modell als „Grundgerüst“ verstanden werden können, in welches sich die anderen Modelle und Ergänzungen eingliedern lassen. In jenen Fällen, in denen der Patient mit Informationen aus externer Quelle an den Arzt herantritt und diese mit ihm kommunizieren möchte, bietet sich der Rahmen des SDM-Modells wohl am besten an. Anders als in den beiden ersten Modellen können hier beide Parteien ihre Bedenken äußern, was zum einen wichtig ist, um die ärztliche Kompetenz mit einzubeziehen und zum anderen, um die Wünsche des Patienten zu respektieren.

4. Aspekte des Wandels der Arzt-Patient-Beziehung

Nachdem nun nachvollzogen werden kann, wodurch sich Wandlungen in der Arzt-Patient-Beziehung abzeichnen und welche Modelle zur Abbildung dieser Beziehung herangezogen werden können, wird dieses Kapitel näher auf die konkreten Eigenschaften eingehen, die das Verhältnis Arzt-Patient charakterisieren und aufzeigen, inwiefern diese dem Wandel unterliegen und wo vorinformierte Patienten eingeordnet werden können. Daher wird dieser Terminus zunächst ausführlich erläutert, indem der bisherige Forschungsstand dargelegt wird. Anschließend geht es um die Rolle der Ärzte im Arzt-Patient-Verhältnis, auf welcher der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt. Hier wird zunächst ein Blick auf den Beruf des

⁷⁰ Vgl. Klemperer (2005): S. 74

⁷¹ Ebd.

Allgemeinmediziners geworfen. Daran knüpfen diverse Forschungsergebnisse zu den ärztlichen Einstellungen gegenüber vorinformierten Patienten, sowie den Entscheidungsfindungsmodellen an. Schließlich wird erläutert, welche spezifischen Eigenschaften der Kommunikation mit einem solchen Patiententyp zugeschrieben werden können und welche Möglichkeiten ein Arzt hat, mit Vorinformationen umzugehen.

4.1 Arzt-Patient-Verhältnis: Die Patienten

Einen wertvollen Beitrag zum Thema Vorinformationen und vorinformierter Patient leistet die Bertelsmann Stiftung mit dem „Gesundheitsmonitor“, der jährlich erscheint und sich mit repräsentativen Studien aktuellen Problemfeldern im medizinischen Bereich annimmt. Sie dient im Folgenden oft als Grundlage und Ausgangspunkt für weitere Überlegungen, da sie – meist unerreicht von anderen Forschungsinstituten- die deutsche Bevölkerung vielschichtig hinterfragt und ihre Ergebnisse miteinander verglichen werden können.

4.1.1 Der vorinformierte Patient

So geht aus dem Gesundheitsmonitor 2015 hervor, dass die Mehrheit der deutschen Bevölkerung an Themen, die die Gesundheit betreffen, grundsätzlich interessiert ist. Annähernd jeder der 1.728 Befragten (89 Prozent) informierte sich im letzten Jahr über Gesundheitsthemen.⁷² Darüber hinaus versucht über die Hälfte der Befragten (56 Prozent) vor einem Arztbesuch, eine Laien-Diagnose aufzustellen, während direkt vor oder nach einem Arztbesuch 64 Prozent im Internet nach Gesundheitsinformationen suchen. Als fast immer hilfreich beurteilen 35 Prozent der Befragten die Internet-Informationen zusätzlich zum Arztbesuch. Über die Hälfte finden die Gesundheitsinformationen manchmal hilfreich.⁷³ Andere Studienergebnisse können belegen, dass ein Drittel der Befragten sich gelegentlich einer verwirrenden Flut an Informationen gegenüber sieht. Zwei Drittel kennen das Gefühl, sich nicht im Klaren zu sein, wie verbindlich das Gefundene ist und ob es auf sie persönlich zutrifft. Dass Informationen in ihrer Aussage belasten oder sogar ängstigen können, erlebten bereits zwei Drittel der Befragten.⁷⁴

Die meistbenutzte mediale Quelle, die bei Informationsrecherchen herangezogen wird, ist im Fall der Studie der Bertelsmann Stiftung eindeutig (siehe Abbildung 2). Mehr als die Hälfte

⁷² Vgl. Baumann/Czerwinski (2015): S. 62f.

⁷³ Vgl. Marstedt (2007): S. 3

⁷⁴ Vgl. Kirschning et al. (2004): S. 3092

der Befragten informieren sich bei Health Professionals, also ihren Ärzten, Therapeuten oder Pflegekräften. Fast ebenso viele ziehen kostenlose Broschüren oder Kranken- bzw. Apothekenzeitschriften zu Rate. Das Internet als Informationsquelle landet dabei mit 38 Prozent der Befragten auf Platz fünf. Häufiger wird sich über persönliche Gespräche mit dem sozialen Umfeld (43 Prozent) und das TV, Radio, Tageszeitung und Zeitschriften informiert. Weitere Informationsquellen sind Gespräche mit Apothekern, Beratungsstellen oder anderen Betroffenen, Bücher und Telefonate mit Krankenkassen oder Patientenorganisationen.⁷⁵ Ähnliche Studien weisen vergleichbare Daten auf, wie etwa jene aus den USA. Hier sind es 34 Prozent, die sich hin und wieder über das Internet über Gesundheitsthemen informieren.⁷⁶

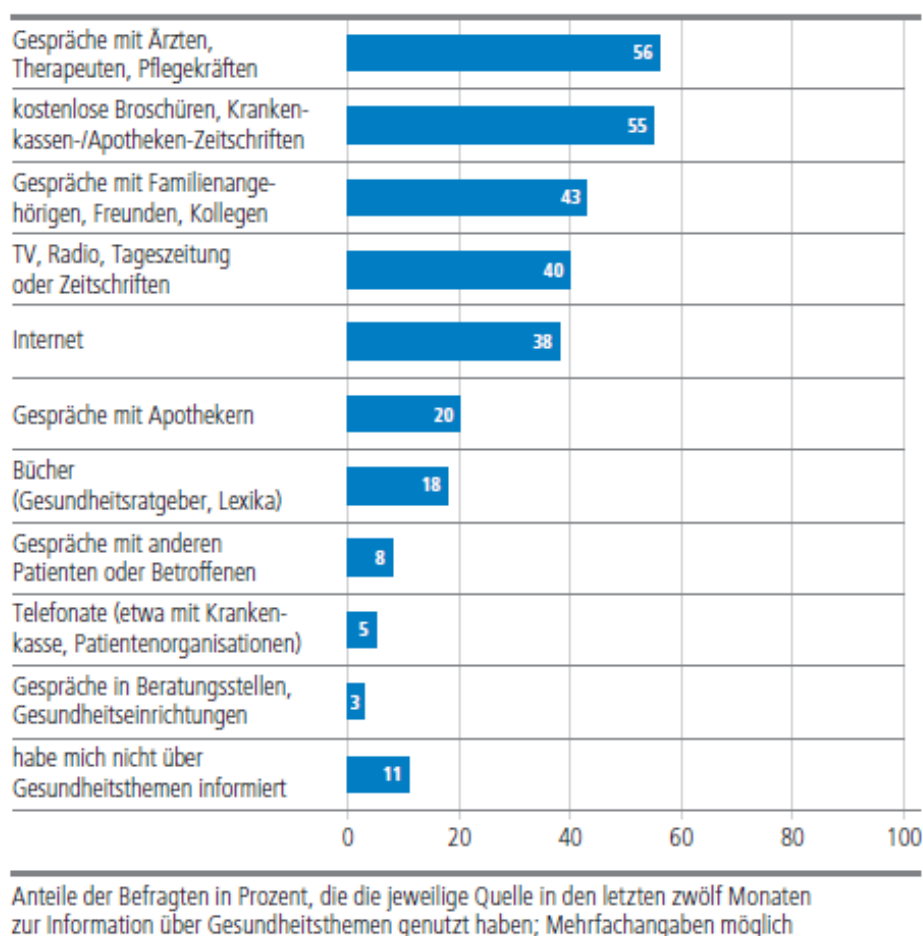


Abbildung 2: Recherchequellen von Gesundheitsinformationen 1 (Vgl. Baumann, Czerwinski (2015): S. 63)

Die Tatsache, dass der Gesundheitsmonitor die Gruppe der „Gesundheits-Onliner“, also Personen, die sich im Internet über Gesundheitsthemen informieren, von jener Gruppe, die das Internet nicht für Gesundheitsfragen nutzt, trennt, ist interessant, denn sie zeigt, dass die

⁷⁵ Vgl. Baumann/Czerwinski (2015): S. 63

⁷⁶ Vgl. Fox/Duggan (2013): S. 2

soziale Lage maßgeblich davon abhängt, ob das Internet dazu genutzt wird sich zu informieren oder nicht. Demnach nutzt die Oberschicht mit knapp 30 Prozent das Internet signifikant häufiger, als die Unterschicht. Ein umgekehrtes Bild ergibt sich bei den „Gesundheits-Offlinern“, die vermehrt aus der Unterschicht besteht und nur 13 Prozent der Oberschicht enthält. Zugleich gilt, je älter man ist, desto geringer wird die Wahrscheinlichkeit, das Internet bei Gesundheitsthemen zu Rate zu ziehen. Das Geschlecht hat weniger bis keinen Einfluss darauf.⁷⁷ Im internationalen Vergleich erhält man ein ähnliches Bild der Situation. In den USA beispielsweise sind es ebenfalls eher jüngere, reichere und gebildete Menschen, die das Internet zu Informationszwecken konsultieren.⁷⁸

Daneben existiert eine Reihe von Faktoren, die einen verstärkten Einfluss darauf nehmen, ob das Internet zum Suchen von Gesundheitsinformationen benutzt wird. Zum einen erhöht sich hier die Wahrscheinlichkeit, wenn die Person zum aktuellen Zeitpunkt ein Patient ist. Damit geht die Einstellung einher, dass man sich über seine Krankheit auskennen sollte. Je stärker dieser Aussage zugestimmt wird, desto häufiger war diese Person zugleich ein Gesundheits-Online. Ähnlich verhält es sich bei der Frage, ob ein grundsätzliches Informationsinteresse an Gesundheitsthemen, sowie ein gewisser Grad an Gesundheitsbewusstsein vorhanden sind. Anders, als man aus Plausibilität vermuten könnte, liefern der aktuelle Gesundheitszustand des Befragten oder die gesundheitliche Versorgungssituation in Deutschland keinen signifikanten Grund, im Internet nach Gesundheitsthemen zu suchen. Zwischen der Informationssuche im Internet und der Einstellung zur partizipativen Entscheidungsfindung bzw. dem SDM-Modell konnte ebenfalls kein Zusammenhang festgestellt werden.⁷⁹

Um einen detaillierteren Blick darauf werfen zu können, wer genau das Internet in Gesundheitsfragen wie und zu welchem Zweck konsultiert, wurden von verschiedenen Instituten Gruppierungen vorgenommen, die das Bild des informationssuchenden Internetnutzers übersichtlich darstellt und veranschaulicht, welche Motive und Hoffnungen diesem Verhalten zugrunde liegen. Die MSL Studie beispielsweise unterscheidet sechs unterschiedliche Typologien von Gesundheits-Online, als da wären Netzwerker, Smarte, Forscher, Beobachter, Zaungast und Traditionalist. Wie die Namen bereits vermuten lassen, verbergen sich dahinter bestimmte Altersgruppen, Bildungsschichten, Informations- und

⁷⁷ Vgl. Baumann/Czerwinski (2015): S. 65

⁷⁸ Vgl. Murray et al. (2003a): S. 5; Baker et al. (2003): S. 2403

⁷⁹ Vgl. Baumann/Czerwinski (2015): S. 66

Kommunikationsbedürfnisse, sowie verschiedene Kriterien zum Ausleben dieser Bedürfnisse.⁸⁰

Im Hinblick auf den Kontext dieser Arbeit ist es jedoch von größerer Bedeutung zu erfahren, welche konkreten Bedürfnisse –eventuell sogar in Verbindung mit dem eigenen Hausarzt– hinter der verschiedenartigen Nutzung des Internets stehen. Auch hierzu existieren konkrete Daten aus dem Gesundheitsmonitor 2015. Dieser hat die Gesundheits-Onliner in drei verschiedene Fokusgruppen aufgeteilt. Die erste Gruppe ist mit dem Empowerment des Patienten verbunden und beinhaltet als Hauptmotivation, *„die eigene Rolle als Patient in der Interaktion mit dem Arzt zu stärken und in Fragen der eigenen Gesundheit unabhängiger zu werden (z. B. ‚Behandlungsmöglichkeiten zusätzlich zu ärztlichen Empfehlungen finden‘, ‚die Informationen eines Arztes oder Therapeuten nachträglich klären und besser verstehen‘, ‚auf das Gespräch mit einem Arzt oder Therapeuten besser vorbereitet sein‘, ‚Behandlungs- und Verhaltensempfehlungen meines Arztes oder Therapeuten überprüfen‘)*.⁸¹ Vor diesem Hintergrund wirkt es weitgehend unverständlich, dass im Zuge derselben Studie kein Zusammenhang zwischen dem Informationsbedürfnis Patienten und seiner Einstellung zum shared decision model gefunden werden konnte. Zu dieser speziellen Gruppierung zählen vornehmlich Internet-Vielnutzer, die es zudem darauf abgesehen haben, ihre Gesundheitskompetenz zu erhöhen. Damit in Zusammenhang steht ferner die Tatsache, dass bei dieser Kategorie häufiger eine Unzufriedenheit mit dem eigenen Hausarzt vorliegt. Der Patient verspürt dadurch stärker den Wunsch, die Eigeninitiative zu ergreifen und sich selbst zu informieren, um dadurch unabhängiger vom Arzt zu werden.⁸² Nicht erwähnt wurde von den Autoren des Gesundheitsmonitors jedoch, aus wie viel Prozent der Befragten diese Gruppe besteht.

Die nächste Kategorie sind jene Gesundheits-Onliner, die den persönlichen Austausch suchen. Sie wollen mit ihren Gesundheitsproblemen nicht alleine sein und sprechen mit anderen (Betroffenen) online darüber. Die Themen, die dabei zur Sprache kommen sind vielfältig und reichen von allgemeinen Informationen bis hin zu persönlichen Erfahrungen und Meinungen. Die letzte Kategorie besteht aus jenen, die nach generellen

⁸⁰ Vgl. MS&L (2010): S. 7

⁸¹ Baumann/Czerwinski (2015): S. 72

⁸² Vgl. ebd.: S. 72f.

Krankheitsinformationen und Risiken im Internet sucht, um allgemein besser informiert zu sein. Hierzu zählen vor allem solche Personen, die das Internet nur gelegentlich nutzen.⁸³

Die meisten befragten Internet-Vielnutzer suchen zum Thema Gesundheit im Internet nach Informationen zur Unterkategorie Krankheit und Gesundheitsversorgung, gefolgt von Informationen zur Gesundheitspolitik und Gesundheitssystem. Annähernd ebenso viele interessieren sich eher für die Themen Gesundheit und Wohlbefinden. Am häufigsten kommen bei all diesen Suchen Online-Lexika, wie etwa Wikipedia zum Einsatz. Die Internetseiten von Krankenkassen nutzt circa die Hälfte der Befragten, ebenso wie Gesundheitsportale, wozu netdoctor.at und Co. zählen. Medizinische Online-Beratungsstellen, Websites von gemeinnützigen Organisationen, sowie Blogs zu Gesundheitsthemen werden am wenigsten genutzt.⁸⁴

Konkreter auf die Frage, nach was im Internet von Gesundheits-Onlineern gesucht wird, geht eine Studie von Alexander Schachinger ein, die 2014 durchgeführt wurde. Mit seinem Werk „Der digitale Patient“ leistet er einen wichtigen Beitrag zur aktuellen Lage und Nutzung der Gesundheitskommunikation im Internet. Ein Ergebnis dieser Studie ist, dass das häufigste Ziel, welches bei der Informationssuche angestrebt wird, der Erhalt von Informationen zu einer Diagnose oder Krankheit, sowie zu Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten ist (jeweils 79 Prozent). Der zweithäufigste Grund ist die Suche nach Symptomen und was sie bedeuten könnten, während ebenso viele nach Medikamenten und ihren Nebenwirkungen suchten (67 Prozent). Auf Platz drei zeigt sich die bereits erwähnte soziale Komponente der Onliner. 63 Prozent suchen folglich nach Erfahrungen von anderen Patienten zu einer bestimmten Krankheit, gefolgt von Informationen zur Gesundheitsversorgung, wie etwa Auskünfte über Kliniken, Ärzte und deren Bewertungen (57 Prozent). Spannend ist ferner das Ergebnis, dass nur 19 Prozent der Befragten ins Internet gehen, um eine Zweitmeinung von einem Experten einzuholen.⁸⁵

Es lässt sich an dieser Stelle also festhalten, dass die meisten Deutschen keinesfalls versuchen, den Arzt durch das Internet zu ersetzen. Vielmehr steht das Internet als ergänzendes Informationsmedium neben dem Arzt. Patientengruppen, die versuchen, sich über Online-Plattformen und digitale Arztpraxen zu therapieren, stellen die Ausnahme dar.

⁸³ Vgl. ebd.

⁸⁴ Vgl. ebd.: S. 71

⁸⁵ Vgl. Schachinger (2014): S. 148

Für jene Patienten, die den Austausch suchen, um mit ihren gesundheitlichen Problemen nicht allein zu sein, stellt das Internet ferner ein wichtiges Medium dar, dessen einfache Anwendbarkeit und bequeme Nutzung wohl jede Selbsthilfegruppe, die der Arzt empfehlen kann, übertrumpft. Dennoch muss an dieser Stelle danach gefragt werden, warum Patienten, die sich anderweitig über Medikamente und Diagnosen informieren, dies überhaupt tun. Schließlich wäre es eine wünschenswerte Situation, dass ein Patient nach dem Arztbesuch das Gefühl hat, über alles Nötige ausreichend informiert zu sein. Auf der anderen Seite scheint ihr Informationsbedürfnis mit der Zeit so stark gewachsen zu sein, dass Ärzte oft nicht über die zeitliche Kapazität verfügen, darauf ausreichend eingehen zu können. In jedem Fall muss konstatiert werden, dass es sich bei vorinformierten Patienten nicht um eine homogene Gruppe handelt, denen etwa gleiche Motive oder Handlungsweisen zu Grunde liegen, worauf folgende Ausführungen näher eingehen.

Schachinger veranschaulicht in seiner Studie neben den Antworten, die von allen Teilnehmern getätigt wurden, jene, die ausschließlich von chronisch Kranken, wie etwa Asthmatikern oder Diabetikern gegeben wurden. Ein unterschiedliches Verhalten drückt sich in der Nutzung von Selbsthilfe-Websites, bzw. Foren aus, die die chronisch kranken Patienten öfter aufsuchen. Es lässt sich sagen, dass unter chronischen Krankheiten Leidende häufiger kommunikativ tätig werden, während sie im Web nach gesundheitlichen Themen surfen. Von ihnen holen sich auch drei Prozent öfter eine Zweitmeinung von Experten ein (22 Prozent), als dies nicht chronisch Kranke tun. Die meisten aller chronisch Kranken (81 Prozent) und die Mehrheit aller von Schachinger Befragten stellen aufgrund ihrer Recherche eine andere oder mehrere Fragen bei ihrem nächsten Arztbesuch. Nun könnte vermutet werden, Vorinformationen schaffen letztendlich mehr Unklarheiten, als dass sie sie beseitigen. Doch dies kann –zumindest für einen großen Teil der Bevölkerung- verneint werden, da ebenso 74 (nicht chronisch Kranke) bzw. 80 Prozent (chronisch Kranke) nach der Informationssuche das Gefühl haben, sich nun bezüglich einer Behandlung besser entscheiden zu können. Weitere 36 bzw. 45 Prozent versuchen nun, ein anderes Medikament oder eine andere Behandlung zu erhalten. Einen zusätzlichen Arzttermin vereinbarten sich 28 und 32 Prozent. Ferner haben die Erfahrungen, die die Menschen im Internet machen konnten dazu geführt, dass nun ein Viertel aller Befragten und 31 Prozent der chronisch Kranken anders mit ihrer Krankenkasse umgehen.⁸⁶

⁸⁶ Vgl. ebd.: S. 154

Informationen aus dem Internet verändern also in erster Linie das Frageverhalten des Patienten und steigend dessen Selbstbewusstsein im Umgang mit medizinischen Entscheidungen. Die gewonnenen Informationen emanzipieren den Patient in gewisser Weise. Bei etwa der Hälfte der chronisch Erkrankten führt die Internetrecherche auch zu einem Umdenken über ihre Medikamente oder Therapiewünsche. Bei einem knappen Drittel wurden Termine ausgemacht, die es ohne den „Ratgeber Internet“ nicht gegeben hätte. Nun lässt sich auf der einen Seite so argumentieren, dass dafür wiederum Termine, die zu späteren Zeitpunkten hätten anfallen sollen, wegfallen oder der Patient durch sein präventives Verhalten gesundheitliche Folgeschäden vermeidet und sich dadurch –im Ganzen betrachtet– Arzttermine erspart. Auf der anderen Seite weiß man dies jedoch nicht mit Gewissheit und der zusätzliche Arzttermin könnten alleine durch hypochondrische, eingebildete Leiden des Patienten stattfinden, die durch das Internet forciert wurden und keinerlei Wirkung auf dessen Gesundheitszustand haben. Damit wäre dies eine reine Mehrarbeit für den Arzt.

Eine Umfrage bezüglich der Einhaltung von Therapien und Medikationen, was in der Fachsprache als Compliance bezeichnet wird, hat ergeben, dass im Durchschnitt 97 Prozent der deutschen Bevölkerung grundsätzlich der Aussage eher oder völlig zustimmt, Medikamente wie vom Arzt verordnet einzunehmen. Es herrscht also grundsätzlich kein verstärkter Drang, gegen die Anweisungen der Ärzteschaft zu handeln. Auf das Statement „Was mein Arzt mir sagt, befolge ich genau“ sind es jedoch nur mehr 87 Prozent, die dem eher bzw. völlig zustimmen. Über die Hälfte der Befragten ist der Ansicht, viele Medikamente könnten überflüssig werden, wenn sich der Arzt mehr Zeit für sie nehmen würde. Der häufigste Grund für Non-Compliance, also das nicht Befolgen oder nicht Einnehmen der ärztlich verordneten Therapiemaßnahme, ist laut dieser Studie, dass die Einnahme schlicht vergessen wurde. Was bleibt ist ein kleiner Teil, der die Medikation absichtlich entweder abgebrochen oder erst gar nicht begonnen hat.⁸⁷ Andere Studien zeigen, dass dieser Teil vor allem von der Qualität der von den Ärzten Vermittelten Informationen beeinflusst wird. Teilen diese ihren Patienten nur unzureichende Informationen mit oder ist das Medikament schlecht bewertet, neigen Patienten eher zu Non-Compliance.⁸⁸

Durch qualitative Interviews im Zuge einer Untersuchung von 2010 mit Allgemein- und Fachärzten konnte bestätigt werden, dass vor allem Hausärzte bereits Erfahrungen mit

⁸⁷ Vgl. Braun/Marstedt (2011): 59ff.

⁸⁸ Vgl. Marstedt (2007): S. 3

Patienten gesammelt haben, die ihre Medikation aufgrund von externen Informationen in Frage stellen. Das Thema Compliance oder vielmehr Non-Compliance kann also durchaus mit medialen Veröffentlichungen in Verbindung stehen.⁸⁹ Es scheint, als sei gerade die Kombination aus (für den Patient subjektiv) zu wenig kommunizierten Informationen durch den Arzt und Befriedigung der Informationsbedürfnisse des Patienten durch anderweitige Quellen eine Non-Compliance begünstigende Situation. Es ist jedoch alles andere als ratsam, an dieser Stelle eine Verallgemeinerung von Ärzten und Patienten vorzunehmen. Das Informationsbedürfnis und eine Reihe anderer Faktoren tragen dafür Sorge, wie ein Patientengespräch abläuft und mit welchem Wissensstand beide Gesprächspartner dieses wieder verlassen. In jedem Fall müssen beide Parteien mit den dazugehörigen Faktoren gleichermaßen berücksichtigt werden, um Lösungsvorschläge für Problemfelder wie Non-Compliance zu finden. Folgende Studien können Anhaltspunkte liefern, in wie fern Vorinformationen den direkten Weg in die ärztliche Sprechstunde finden.

Eine deutsche Studie aus dem Jahr 2004 stellte fest, dass durchschnittlich ein Drittel der Befragten nach eigenen Angaben vor dem Arztbesuch im Internet recherchiert hat und die dort gewonnenen Informationen in das Arztgespräch mit einfließen ließ. Unterschiedliche Angaben wurden dabei je nach Bildungsschicht gegeben. Während Personen mit einem Hauptschulabschluss deutlich seltener (29 Prozent) mit ihrem Arzt über ihre Nachforschungen sprachen, taten dies knapp 15 Prozent mehr Menschen mit Abitur (45 Prozent).⁹⁰ Zu einem etwas anderen Ergebnis kam eine österreichische Studie, die mithilfe von Fragebögen aus zwölf Ärztepraxen herausfand, dass nur 20 Prozent der befragten Internetnutzer sich über Gesundheitsthemen online informieren und dies auch mit ihrem Arzt kommunizieren. Darüber hinaus hat die Internetrecherche vier Prozent sogar schon einmal den Arztbesuch erspart.⁹¹ Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass diverse rein subjektiven Einschätzungen schwer zu quantifizieren und dadurch schwer vergleichbar sind. Auffallend ist jedoch, dass die Mehrheit der recherchierten Informationen nicht direkt an den Arzt herangetragen wird.

Betrachtet man Studienergebnisse, die mit US-amerikanischen Patienten durchgeführt wurden, kommen deutsche bzw. österreichische Patienten dabei auf vergleichsweise hohe

⁸⁹ Vgl. Baumgart (2010): S. 93

⁹⁰ Vgl. Streich (2004): S. 4

⁹¹ Vgl. Felt (2008): S. 7

Werte. Lediglich 3 Prozent der 3209 befragten US-amerikanischen Patienten, die sich im Internet über Gesundheitsthemen informierten, besprachen diese auch mit ihrem Arzt. Als meistgenannten Grund dafür gaben die Patienten an, die Meinung des Arztes über die Informationen wissen zu wollen. Eher weniger groß war das Bedürfnis nach einer alternativen Behandlung oder Medikation. Ferner konnte dabei auch festgestellt werden, dass die Beziehung zum Arzt als positiv erlebt wurde, sofern dieser seine Autorität durch die externen Informationen nicht in Frage gestellt sah (62 Prozent). Die Patienten empfanden dadurch mehr Kontrolle während des Gesprächs (83 Prozent) und die Beziehung wurde als vertrauensvoller erlebt (78 Prozent).⁹²

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Internetrecherchen zu gesundheitlichen Themen von nicht wenigen Mitgliedern der Bevölkerung vorgenommen werden. Die Gründe dafür sind vielseitig, gehen aber eindeutig eher in Richtung Sicherheit, als in Richtung Macht. Dies zeigt sich auch im Ergebnis, dass das Informationsbedürfnis von Patienten nicht mit dem Wunsch nach Mitbestimmung einhergeht. Jene Personen, die das Internet zu Gesundheitsthemen konsultieren, haben eine umfangreichere Gesundheitskompetenz, sowie einen höheren medizinischen Kenntnisstand. Mit diesem Umstand geht Hand in Hand, dass jene Personen mit geringerem Bildungsstand, die sich informiert haben, eher nicht mit ihrem Arzt darüber sprechen. Dies birgt die Gefahr, dass der Wissensabstand zwischen jenen, die sich durch Internet informieren und dies auch kommunizieren und jenen, die dies nicht tun, immer weiter auseinanderklafft. Es müssten also Maßnahmen geschaffen werden, das Informationsinteresse dieser Menschen, als auch ihr Partizipationsinteresse zu stärken. Nur gewisse Hilfestellungen der Gesundheitsförderung können dazu beitragen, dem Anspruch einer neuen Patientenrolle gerecht zu werden.

4.1.2 Patient Empowerment

Eine Vergleichsstudie des Deutschen Gesundheitsmonitors aus dem Jahr 2012 (siehe Abbildung 4) kam zu dem Ergebnis, dass die Mehrheit der Befragten, nämlich 52 Prozent eine Entscheidung gemeinsam mit ihrem Hausarzt bevorzugen. Ein Viertel der Befragten spricht sich für das paternalistische Modell aus, will also, dass der Arzt die Entscheidung alleine trifft. 18 Prozent will dagegen die Entscheidung als Patient selbst treffen. Im Vergleich zum Jahr 2008 sind diese Zahlen konstant geblieben. Vergleicht man sie mit jenen aus 2001,

⁹² Vgl. Murray et al. (2003a): S. 7

also elf Jahre zuvor, so ist sogar ein ganz leichter Rückgang des Patientenwunsches nach dem SDM-Modell festzustellen. Damals sprachen sich 58 Prozent der Befragten dafür aus, was sechs Prozent mehr sind, als 2012. Dafür ist die Zahl jener, die autonom über ihre Behandlung entscheiden wollen, um vier Prozent gestiegen.⁹³

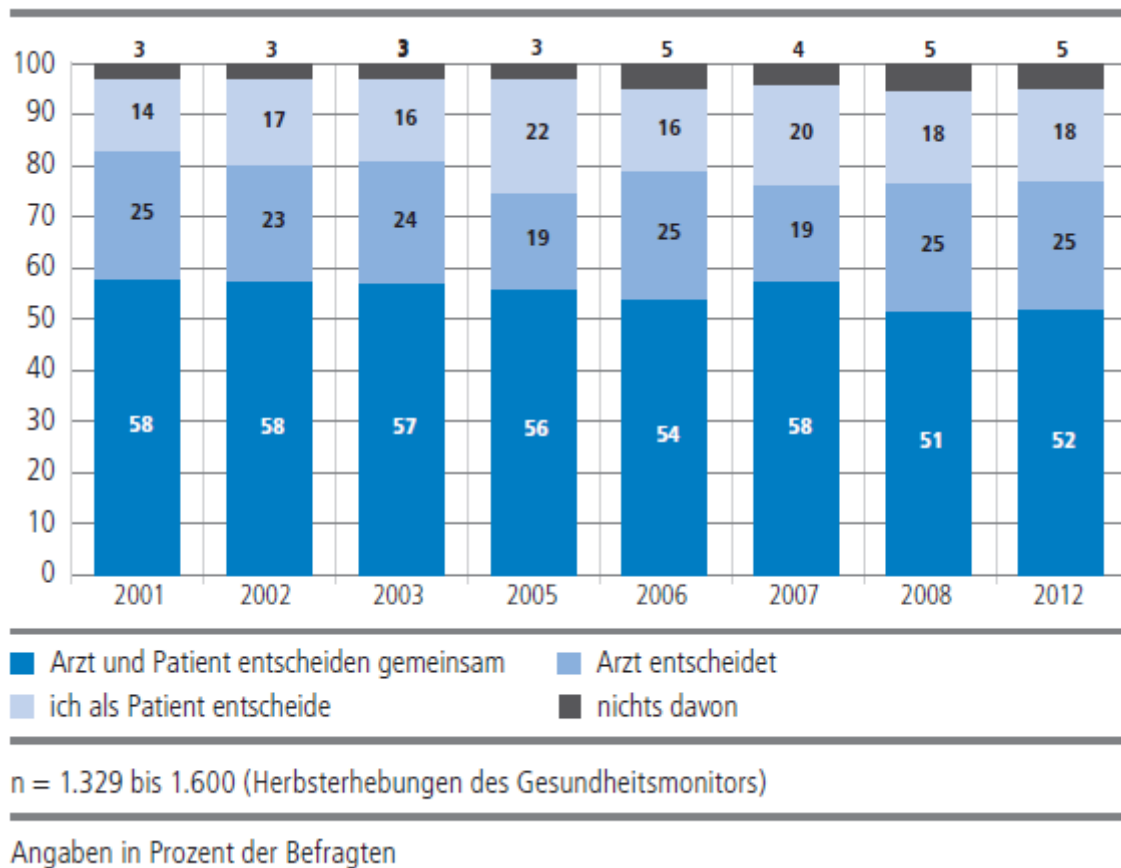


Abbildung 3: Bevorzugte Entscheidungsmodelle (Vgl. Böcken et al. (2014): S. 112)

Es lässt sich festhalten, dass es nur geringfügige Veränderungen in der allgemeinen Einstellung der Patienten zu den verschiedenen Entscheidungsfindungsmodellen gibt. In der Abbildung lassen sich die über die Jahre hinweg konstant gebliebenen einzelnen Gruppen erkennen. Ob diese geringfügigen Veränderungen nun von einem neuen Trend herrühren oder durch einen Zufall bedingt sind, bleibt abzuwarten.⁹⁴ Eine andere Studie konnte in diesem Zusammenhang feststellen, dass je länger die Arzt-Patient-Beziehung bereits existiert, desto höher der Anteil der Patienten ist, die den Arzt entscheiden lassen will. Dauert das Arzt-Patient-Verhältnis bereits mehr als fünf Jahre ist es sogar mehr als ein Viertel, das den Arzt

⁹³ Vgl. Braun/Marstedt (2014) S. 111f.

⁹⁴ Vgl. ebd. S. 112

allein entscheiden lassen will, während es bei einer Beziehungsdauer von unter fünf Jahren nur knapp über 20 Prozent sind.⁹⁵

Da nicht jeder Vorsorgetermin beim Arzt eine Situation darstellt, in welcher das SDM-Modell sinnhaft angewendet werden kann, fragte der Gesundheitsmonitor im Jahr 2012 konkret nach solchen Situationen, in welchen Beschwerden oder eine Krankheit bestehen und die Patienten vor der Möglichkeit mehrerer Therapiealternativen stehen. Die befragten Personen hatten dadurch mehrere Auswahlmöglichkeiten, auf diese sie mit „sehr stark“, „stark“, „weniger stark“ und „gar nicht“ antworten konnten. Abbildung 5 zeigt die Ergebnisse dieser Befragung und somit auch, welche Aspekte sich Patienten in konkreter Weise von ihrem Arzt wünschen.

96 Prozent gaben demnach an, sehr stark oder zumindest stark von ihrem Arzt ausführliche Informationen über Vor-/ und Nachteile der Therapie erhalten zu wollen. Fast genauso viel Prozent wollen von ihrem Arzt, dass dieser auf ihre Fragen oder Bedenken eingeht. Nur geringfügig weniger Prozent wollen, dass sich ihr Arzt für eine Therapieempfehlung ausspricht. Mit 79 Prozent wünschen sich die Befragten von ihrem Arzt, dass ihnen dieser Möglichkeiten anderweitiger Informationen aufzeigt. 67 Prozent würden die Entscheidung gerne (stark oder sehr stark) in Ruhe und alleine treffen. Mehr als die Hälfte würde gerne schriftliche Informationen von ihrem Arzt erhalten und ein Viertel wünscht sich, der Arzt trifft die Entscheidung alleine. Bei dieser Option war auch die größte Gruppe anzutreffen, die bei einer Frage mit „gar nicht“ geantwortet hat (21 Prozent).⁹⁶

⁹⁵ Vgl. Butzlaff et al. (2003): S. 45

⁹⁶ Vgl. Braun/Marstedt (2014) S. 113f.

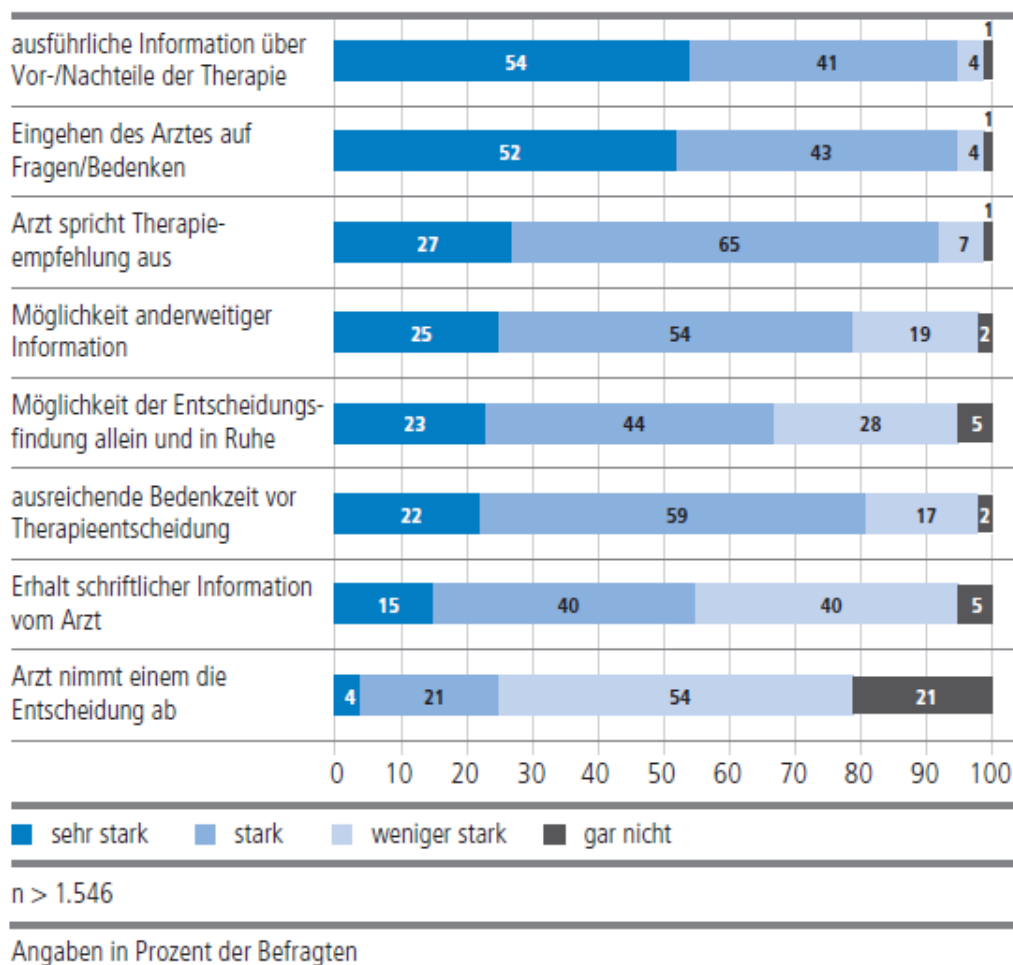


Abbildung 4: Patientenwünsche Sprechstunde (Vgl. Böcken et al. (2014): S. 114)

Daraus geht eindeutig hervor, dass die Vermittlung von Information dem Wunsch nach Mitbestimmung überwiegt. Sie stellt den wichtigsten Patientenwunsch dar. Weniger Resonanz erhalten Antwortoptionen, die die Entscheidungsfindung betreffen, egal, ob dies in die Richtung der autonomen Entscheidungsfindung oder der alleinigen Entscheidung des Arztes geht. Was die Vergabe von Informationen in schriftlicher Form angeht, so ist anzunehmen, dass hier die Resonanz noch vor zehn Jahren höher gewesen wäre, da mittlerweile eine Vielzahl an Informationen digital vermittelt wird.⁹⁷

Die Gesundheitsstudie gibt darüber hinaus auch Aufschluss über die Meinungsverteilung in verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Demnach sind es vorwiegend ältere Menschen ab 60 Jahren, die die Entscheidung am liebsten ihrem Arzt alleine überlassen, während jene die gemeinsame Entscheidungsfindung bevorzugen, die ein höheres Bildungsniveau besitzen. Aber nicht nur Ältere, auch weniger gebildete Menschen, sowie jene, die in letzter Zeit

⁹⁷ Vgl. ebd.: S. 114

häufiger einen Arzt aufgesucht haben, bevorzugen das paternalistische Modell. Frauen, sowie chronisch Erkrankte bevorzugen eher die partizipative Lösung.⁹⁸

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die PIA-Studie (Patienteninformation in der Allgemeinmedizin) aus dem Jahr 2002, die mittels Zufallsstichprobe deutschen Patienten herausgefunden hat, dass sich rund 77 Prozent der Patienten an Therapieentscheidungen beteiligen möchten. Dagegen halten knapp 6 Prozent, die die Entscheidung gänzlich ihrem Arzt überlassen wollen und 11 Prozent, die am liebsten alleine entscheiden würden. Insbesondere über 60 jährige und unter 33 jährige zählen zu jener Gruppe, die der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit dem Arzt weniger offen gegenübertritt, als die Gruppe der 34 bis 60 jährigen.⁹⁹

Eine Frage, die die beiden letzten Studien jedoch nicht zu klären vermögen ist, ob dieser Umstand aus der grundlegenden Einstellung der Generationen selbst hervorgeht oder eine Abhängigkeit des Alters vorliegt. Wollen die unter 33 jährigen auch in ihren kommenden Lebensjahren weniger beim Arzt mitreden, weil dies ihrer generellen Einstellung entspricht oder wollen sie in Zukunft vermehrt mitreden weil sie beispielsweise älter, reifer und erfahrener geworden sind?

Auf internationaler Ebene konnte konstatiert werden, dass eher jene Personen einen verstärkten Wunsch nach Mitbestimmung hegen, die jünger und besser gebildet sind. Zudem zählen vor allem Frauen zu den Anhängern des SDM-Modells, wodurch sich hier ein ähnliches Bild wie im deutschsprachigen Raum abzeichnet.¹⁰⁰ Grundsätzlich muss aber festgehalten werden, dass es schwierig ist, allgemeingültige Patientenmerkmale zu finden, die für oder gegen die einzelnen Modelle sprechen. Viele Untersuchungen kommen hier zu unterschiedlichen Ergebnissen und so gibt es auch Autoren, die die Ansicht teilen, Mitbestimmungsbedürfnisse ließen sich nicht vorhersagen.¹⁰¹

Eine Arzt-Patient-Beziehung im Sinne des SDM-Modells trifft auf eine knappe Mehrheit der Bevölkerung zu. Vermehrt Patienten im mittleren Alter wünschen sich mehr Raum, um mitreden und auch mitbestimmen zu können, wenn es um ihre Gesundheit geht. Dabei ist es am wichtigsten, dass der Arzt Rede und Antwort steht, wenn es um Informationen zur

⁹⁸ Vgl. ebd.: S. 116f.

⁹⁹ Vgl. Isfort et al. (2004)

¹⁰⁰ Vgl. Say et al. (2006): S. 109

¹⁰¹ Vgl. Garfield et al. (2007): S. 361ff.

Krankheit geht, alle Fragen beantwortet und sich für eine bestimmte Therapie ausspricht. Der Trend geht zu einem „Miteinander im Praxisalltag“, in der sich der Patient jedoch keineswegs auf Augenhöhe mit dem Arzt sieht oder diesen Zustand anstrebt. Vielmehr bringt der Arzt einen Teil der Informationen und die fachliche Kompetenz in die Sprechstunde mit ein, während der Patient einen weiteren Teil der Informationen und seine persönlichen Präferenzen, Wünsche, Ängste und Überzeugungen liefert.

4.2 Arzt-Patient-Verhältnis: Die Sicht der Ärzte

Durch die dargelegten Veränderungen in der Patientenrolle geraten Ärzte mehr denn je unter Druck, ihre Arbeit zufriedenstellend zu verrichten. Der Patient will schließlich in der Regel als Ganzes begriffen werden, was den Ärzten –neben ihrem medizinischen Können– auch soziale Kompetenzen abverlangt. Da im Zuge dieser Forschungsarbeit eine Befragung speziell von deutschen und österreichischen Allgemeinmedizinerinnen, bzw. Hausärzten vorgenommen wurde, soll an dieser Stelle ein kurzer Einblick in das Berufsfeld dieser Ärztesgruppe gegeben werden. Zur Sicht der Ärzte gehört daher also auch ein kurzer Blick auf das Berufsbild, sowie das damit verbundene Rollenselbstverständnis. Daraufgehend wird der bisherige Forschungsstand zum Thema erläutert und kritisch diskutiert. Die Forschung über Ärzte und ihre Einstellung zu diversen Themen, wie unter anderem das der vorinformierten Patienten ist bedauerlicherweise nur ein Bruchteil dessen, was auf der Patientenseite über dieses Thema zu finden ist. Daher finden in diesem Kapitel auch qualitative und kleinere Arbeiten Erwähnung.

4.2.1 Der Arztberuf: Allgemeinärzte, Hausärzte

Das traditionelle Idealbild des Arztes erfährt einen hohen gesellschaftlichen Status und wird mit positiven Eigenschaften wie „vertrauensvoll“, „geduldig“ und „erfahren“ in Verbindung gebracht. In den letzten Jahren hat jedoch eine Entwicklung stattgefunden, die dieses Image im Begriff ist, aufzulösen. Eine zunehmende Enttabuisierung hat dazu geführt, dass sich Ärzte medial mit mehr Kritik konfrontiert sehen, als dies früher der Fall war. Bereits 1996 konnte festgestellt werden, dass Ärzte diesen Imagewandel selbst feststellen und ihren Beruf als weniger angesehen in der Bevölkerung beurteilen, als dies in der Vergangenheit noch der Fall war.¹⁰² Auch jüngere Studien konnten aufzeigen, dass Ärzte nicht zufrieden mit dem Arztbild in den Medien sind.¹⁰³ Des Weiteren nimmt die verstärkte Patientenbeteiligung Einfluss auf

¹⁰² Vgl. Stern (1996): S. 43

¹⁰³ Vgl. Bestmann (2005): S. 87

das Berufsbild der Ärzte und stellt dieses zum Teil Frage. Die Frage ob und wie weit der Wandel der Patientenrolle Einfluss auf eine Rollenverunsicherung der Ärzte hat, muss an dieser Stelle jedoch offen bleiben.¹⁰⁴

Wirft man einen Blick auf die Berufszufriedenheit von deutschen Allgemeinmediziner stellt man fest, dass die Mehrheit der Vertragsärzte (64 Prozent) zufrieden bis sehr zufrieden mit ihrer beruflichen Tätigkeit sind. Die Zufriedenheit scheint dabei mit dem Alter leicht abzunehmen.¹⁰⁵ Im internationalen Vergleich bilden deutsche Primärärzte jedoch die Gruppe mit den meisten unzufriedenen Ärzten. Nur ein Viertel der Befragten ist hier mit der Freiheit zufrieden, medizinische Entscheidungen treffen zu können, um Patienten optimal zu betreuen, was einen signifikanten Unterschied zu den anderen Ländern (Australien, Kanada, Niederlande, Neuseeland, Großbritannien, USA) darstellt. Fast die Hälfte der niedergelassenen Ärzte ist unzufrieden mit dem Einkommen aus der Arztpraxis. Ebenfalls bemängelt wird der bereits mehrmals angesprochene Zeitmangel, dem sich Ärzte im Sprechstundenalltag mit ihren Patienten gegenübersehen. Nur 50 Prozent sind sehr zufrieden oder zufrieden mit der Zeit, die ihnen für den einzelnen Patient bleibt. Lediglich im Punkt „sehr oder etwas zufrieden mit den allgemeinen Erfahrungen als Arzt“ spiegelt sich die vorherige Studie wieder: 80 Prozent können sich diesem Statement anschließen.¹⁰⁶

Früher auch als praktische Ärzte bezeichnet, stehen Allgemeinmediziner sozusagen an „vorderster Front“ innerhalb des deutschen und österreichischen Gesundheitssystems. Wie bereits erwähnt wurde, befinden sie sich dabei in einem Spannungsfeld zwischen den Krankenkassen (sofern es sich um Kassenärzte handelt¹⁰⁷), die ihnen Vorgaben bezüglich Behandlungsmethoden auferlegen¹⁰⁸ und ihren Patienten, denen sie sich gegenüber für ihre Behandlungsentscheidungen rechtfertigen müssen.¹⁰⁹ Damit steht nicht nur allein die Beziehung zwischen Arzt und Patient im Vordergrund, die mit den bestmöglichen Behandlungsmethoden für den Patient verbunden ist, sondern darüber hinaus auch ökonomische Interessen, die den Handlungsrahmen begrenzen. 76 Prozent der Ärzte spüren dies laut einer Umfrage und fühlen sich einem zunehmenden Rechtfertigungsdruck gegenüber

¹⁰⁴ Vgl. Rockenbach et al. (2010): S. 7

¹⁰⁵ Vgl. Behmann et al. (2012): S. 194

¹⁰⁶ Vgl. Koch et al. (2007): S. 2587

¹⁰⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2013)

¹⁰⁸ Vgl. Dieterich (2006): S. 12, 18, 47

¹⁰⁹ Von letzterem Punkt sind darüber hinaus auch Privatärzte nicht ausgenommen.

ihren Patienten ausgesetzt. Für 68 Prozent äußert sich der Druck weiterhin im subjektiv wahrgenommenen Umstand, dass der Durchschnittspatient ihnen fordernder gegenübertritt, was medizinische Leistungen angeht. Knapp über die Hälfte der Ärzte stellt auch ein gewisses Misstrauen ihrer Patienten fest, was Therapieentscheidungen anbelangt.¹¹⁰ Auch Privatärzte sind von ökonomischen Einflüssen nicht komplett ausgenommen, da es möglich ist, eine kostentechnische Obergrenze mit ihm zu vereinbaren.¹¹¹ Ferner muss auch ein Privatarzt in der Lage sein, sich vor seinen Patienten für seine Entscheidungen zu rechtfertigen.

Dieses Dilemma, indem sich Ärzte wiederfinden, wird auch in Vergleichsstudien deutlich. Deutsche niedergelassene Ärzte bewerten das Gesundheitssystem ihres Landes wesentlich schlechter, als dies ihre Kollegen aus anderen Nationen tun. So sind mehr als die Hälfte der Ansicht, dass grundlegende Änderungen im Gesundheitssystem von Nöten wären und sogar 42 Prozent meinen, es sollte komplett reformiert werden. Mehr als 80 Prozent sehen eine Verschlechterung der Bedingungen der letzten Jahre. Damit unterscheidet sich Deutschland signifikant von allen anderen teilnehmenden Ländern (Australien, Kanada, Niederlande, Neuseeland, Großbritannien, USA).¹¹²

Das Bild des Arztes, wie wir ihn heute kennen, bzw. das Bild des Arztes der westlichen Welt hat sich im letzten Jahrhundert stetig gewandelt und ist neben medizinischen Aspekten abhängig von ökonomischen und rechtlichen Entwicklungen, sowie dem Patientenverhalten. Eine auf einer Ärztebefragung gestützte Typologie beschreibt Michael Schmöller im Zuge einer empirischen Studie des Zufog -Zukunftsforum Gesundheitspolitik aus dem Jahr 2006 und kann somit einen Teil dazu beitragen, wie Ärzte mit den Veränderungen ihres beruflichen Umfeldes umgehen. Angelehnt an die bereits beschriebenen Modelle konnte er unter den 700 deutschen niedergelassenen Haus- und Fachärzten vier Gruppen ausmachen, indem er neben den Entscheidungsverfahren auch die politische Sichtweise und die Einstellung von medizinischer Versorgung und staatlicher Regulierung mit einbezieht. Von dieser Grundgesamtheit konnten 14 Prozent als sogenannte paternalistische Leistungserbringer identifiziert werden. Wie die Bezeichnung bereits vermuten lässt ist dieser Typus am ehesten in das paternalistische Modell einordnen und sieht sich in der Arztrolle zugleich als väterliche Autorität, die dem Patient eine passiv-untergeordnete Position zuweist. Der paternalistische

¹¹⁰ Vgl. Schmöller (2008): S. 42f.

¹¹¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2013)

¹¹² Vgl. Koch et al. (2007): S. 2587

Leistungserbringer steht hinter dem Konzept der staatlichen Regulation des Gesundheitswesens. Dies sind auch die Ansichten des patientenorientierten Traditionalisten, der etwas weniger als die Hälfte (43 Prozent) der Befragten ausmacht. Dieser Ärzte-Typ ist hingegen weitaus mehr dazu bereit, seine Patienten als gleichberechtigte Partner anzuerkennen und sie an Entscheidungen zu beteiligen.¹¹³

		Patientverständnis	
		Partnerschaftliches Verhältnis	Paternalistisches Verhältnis
Regulation	Staat	patientenorientierter Traditionalist	paternalistischer Leistungserbringer
	Markt	Kundenorientierter Dienstleister	Liberaler Autokrat

Tabelle 1: Ärztegruppen (Vgl. Schmöller (2008): S. 21)

Ein Viertel lässt sich als kundenorientierter Dienstleister beschreiben, der gegen die bestehenden intentionellen Rahmenbedingungen und für mehr Wettbewerb steht. Auch was das Arzt-Patient Verhältnis angeht ist er als sehr liberal einzustufen. Der Patient nimmt in seiner Praxis eine weitestgehend autonome Rolle ein, während ein partnerschaftliches Miteinander auf Augenhöhe herrscht. Der letzte Typus ist der liberale Autokrat, der mit einer Häufigkeit von 9 Prozent am seltensten zu finden ist. Er steht ebenfalls für eine Öffnung des Gesundheitsmarktes, hält innerhalb des Patienten-Verhältnisses jedoch an paternalistischen

¹¹³ Vgl. Schmöller (2008): S. 21ff.

Gesinnungen fest. Für ihn ist es von großer Bedeutung, dass der Patient die verordnete Therapie einhält und ihn als hierarchisch übergeordnet akzeptiert.¹¹⁴

Es ist also bereits zu beobachten, dass Ärzte auf die Veränderungen reagieren und auf den Wandel der Patientenrolle mit ebenfalls neuen Handlungsmustern eingehen. Dennoch sind die Ärzte der Gruppe der kundenorientierten Dienstleister nicht bereit, ihre berufliche Tätigkeit ausschließlich auf eine Dienstleistung im Sinne einer Dienstleister-Kunden-Beziehung zu reduzieren. Der grundlegenden Auffassung treten sie jedoch offen gegenüber. Die wichtigste Entwicklungstendenz sieht Schmöller in der Festigung des Bildes der partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung, mit der gleichermaßen eine Ablehnung gegen hierarchisch geprägte Beziehungsmuster einhergeht.¹¹⁵

4.2.2 Ärzte und ihre Patienten

Schmöller konnte mit seiner Studie belegen, dass mehr als 80 Prozent der niedergelassenen deutschen Ärzteschaft ein gewandeltes Rollenverständnis bei Patienten seit 2004 wahrnehmen. 35 Prozent sehen ihre Patienten ferner als informierter an, als noch vor 2004.¹¹⁶ Dieser vergleichsweise niedrige Prozentsatz könnte aber auch dem bereits erwähnten Umstand geschuldet sein, dass viele Patienten nicht mit ihren Ärzten über ihre eigens gewonnenen Informationen sprechen und die Ärzte dadurch nicht merken, dass die Patienten informierter sind.¹¹⁷ Darüber hinaus fragt ein Arzt im Zuge der Sprechstunde in der Regel nicht direkt nach bestehendem Vorwissen.¹¹⁸

Die Frage nach dem Idealbild des mündigen Patienten ergab, dass es der deutschen Ärzteschaft am wichtigsten ist, dass die Patienten informiert sind und Eigenverantwortung für ihren gesundheitlichen Zustand übernehmen. Knapp mehr als 87 Prozent sprachen sich dafür aus. Die Bereitschaft, als auch die Fähigkeit an Entscheidungsprozessen mitzuarbeiten kommt an zweiter Stelle (80 Prozent). Am medizinischen Urteil beteiligen wollen jedoch nur 43 Prozent der Mediziner ihre Patienten. 40 Prozent verbinden mit dem idealen Patient auch einen Patienten, der seine Therapie wie vom Arzt verordnet einhält und 37 Prozent sind der Meinung, ein Patient sollte der Urteilkraft seines Mediziners vertrauen. Nur eine kleine

¹¹⁴ Vgl. Schmöller (2008): S. 24f.

¹¹⁵ Vgl. ebd. S. 58

¹¹⁶ Vgl. ebd.: S. 42f.

¹¹⁷ Vgl. Streich (2004): S. 4; Felt (2008): S. 7

¹¹⁸ Vgl. Baumgart (2010): S. 50

Gruppe ist der Meinung, ein mündiger Patient zeichne sich dadurch aus, dass er die Therapieentscheidung bewusst dem Mediziner überlässt (acht Prozent). Festzuhalten ist an dieser Stelle, dass je paternalistischer der Arzt eingestellt war, desto wichtiger waren die Punkte, dass der Patient dem ärztlichen Urteil vertraut und die verordnete Therapie einhält. Die Entscheidung über die Therapie wollen vermehrt paternalistisch eingestellte Ärzte bei sich wissen, während sie schwächer bei den Fragen nach der Informiertheit und Eigenverantwortlichkeit des Patienten, sowie dessen Mitarbeit an Entscheidungen vertreten sind.¹¹⁹

85 Prozent von 1.500 befragten US-amerikanischen Ärzten behaupten, Patienten zu ihrer Klientel zählen zu können, die Informationen mit in die Sprechstunde einbringen. Jedoch zählt es für die meisten (59 Prozent) zu einem eher seltenen Ereignis. Gründe für die Konfrontation des Arztes mit dem erworbenen Wissen der Patienten sahen die befragten Ärzte in erster Linie (90 Prozent) im Wunsch nach der Meinung des Arztes diesbezüglich. Des Weiteren wollten nach Angaben der Ärzte einige Patienten damit eine Änderung ihrer Medikation (32 Prozent), eine Untersuchung (27 Prozent) oder eine Überweisung (14 Prozent) erreichen, worin der Arzt ihnen in den meisten Fällen ganz (24 Prozent) oder teilweise (59 Prozent) auch nachkam.¹²⁰ Anders als jedoch in bereits erwähnte Studien, die mit Patienten durchgeführt wurden¹²¹, hatten diverse Ärzte im Zuge dieser Befragung sehr wohl das Gefühl, die Patienten wollen sie durch das mitgebrachte externe Wissen testen, bzw. auf die Probe stellen. 17 Prozent sahen ihre Autorität durch die angesprochenen externen Informationen des Patienten auf dem Prüfstand.¹²²

Was die grundsätzliche Einstellung zu diesem Thema betrifft, so sehen 65 Prozent der Hausärzte die informationsbezogene Eigeninitiative des Patienten als einen grundsätzlich positiven Ansatzpunkt an. Fachärzte befürworten diesen Punkt sogar um circa fünf Prozent noch etwas mehr. Mehr als ein Viertel der Hausärzte ist auch der Meinung, dass man sich Erklärungen sparen kann, wenn der Patienten über Vorinformationen verfügt. Durchaus herrschen aber auch negative Konnotationen mit vorinformierten Patienten in der Ärzteswelt vor. So ist mehr als die Hälfte der befragten Hausärzte der Meinung, dass dieser Aspekt den Patienten durch zu hohe Erwartungen belastet und 40 Prozent sprechen den Vorinformationen

¹¹⁹ Vgl. Schmöller (2008): S. 45

¹²⁰ Vgl. Murray et al. (2003b)

¹²¹ Vgl. Murray et al. (2003a): S. 7

¹²² Vgl. Murray et al. (2003b)

sogar eine behindernde Wirkung zu. Mehr als ein Viertel findet, die Informationen aus externer Quelle verwirren den Patienten und schmälern das Vertrauen, dass dieser seinem Arzt entgegenbringt.¹²³

Auffallend ist ferner die Tatsache, dass Hausärzte Vorinformationen gegenüber negativer eingestellt sind, als Fachärzte. Eine mögliche Erklärung dafür sieht der Autor Waldemar Streich vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen im Informationsbedarf in der primärmedizinischen Versorgung, worauf sich selbst erworbenes Wissen der Patienten tendenziell negativ auswirkt. *„Einen Ansatzpunkt zur Erklärung dieses Phänomens gibt der Hinweis auf den hohen Anteil unspezifischer Beschwerden und psychosomatischer Symptomatiken, mit denen Patienten vorzugsweise in die allgemeinmedizinische Praxis kommen. Sie erfordern ein abwartendes Beobachten des Krankheitsverlaufs, das Patienten möglicherweise häufiger zu eigenen – gegebenenfalls unangemessenen – Interpretationsversuchen herausfordert.“*¹²⁴

Ähnliche Ergebnisse erläutern Klemperer und Rosenwirth. So empfindet etwa die Hälfte von 511 befragten Ärzten vorinformierte Patienten als Belastung für die eigene Arbeit. Fast genauso viele sind der Meinung, dass vorinformierte Patienten ihre Ausführungen erleichtern und etwa ein Drittel findet, es erspart sogar teilweise Erklärungen. Die Hälfte der Ärzte gibt zu, dass ihnen zumindest ab und zu die Zeit fehlt, auf das Vorwissen des Patienten einzugehen.¹²⁵ Stellt man dieser Untersuchung die Ergebnisse einer Patientenbefragung aus demselben Jahr gegenüber, erhält man ein ähnliches Bild. Die Hälfte der befragten Patienten hatte den Eindruck, ihr Arzt sei interessiert an den von ihnen erworbenen Informationen aus dem Internet. Ein Drittel hatte das Gefühl, den Arzt durch die Konfrontation mit den zusätzlichen Informationen irritiert zu haben. Ein Viertel der Ärzte war sogar überfordert damit. Zugleich hat nach den Aussagen der Patienten ein Fünftel der Ärzte aber auch ablehnend reagiert.¹²⁶

Eine österreichische Studie bestätigt mittels qualitativ geführten Interviews diese ambivalente Sichtweise der Ärzte gegenüber vorinformierten Patienten. So konnte ein Zusammenhang zwischen dem Bild, welches der Arzt von seinem Patient hat und seiner Einstellung zu dem

¹²³ Vgl. Streich (2004): S. 4

¹²⁴ Ebd.: S. 4f.

¹²⁵ Vgl. Klemperer/Rosenwirth (2005): S. 27

¹²⁶ Vgl. Kirschning et al. (2004): S. 3090f.

Vorwissen des Patienten festgestellt werden. Stuft der Arzt seinen Patient als rational handelnd ein, so ist er auch dessen Vorinformationen gegenüber positiv eingestellt. Dominiert jedoch das Bild einer hilflosen oder irrationalen Person, werden die mit dem Internet verbundenen Möglichkeiten der Informationssuche zu einer Belastung des Arzt-Patient-Verhältnisses. Dem Arzt fällt es folglich leichter, Verantwortung abzugeben, wenn er in seinem subjektiven Empfinden positiv gegenüber dem Patienten eingestellt ist. Ein solcher Patient wäre also durchaus wünschenswert. Andernfalls wird der Patient mit seinen Informationen von externer Stelle schnell als Störfaktor angesehen, der eine zusätzliche Anstrengung für ihn bedeutet.¹²⁷

Julia Baumgart leistete im Jahr 2010 einen Beitrag zur deutschen Forschung und konnte detaillierte Einblicke in die Ansichten und Umgangsweisen von Ärzten mit Vorinformationen liefern. Mittels qualitativ geführten Interviews versuchte sie darüber hinaus zu erläutern, wie man das Vorwissen der Patienten gewinnbringend in die ärztliche Sprechstunde integrieren kann. Ihre Ergebnisse können zunächst bestätigen, dass die von ihr befragten Mediziner einhellig der Ansicht sind, Patienten informieren sich zur heutigen Zeit weitaus mehr als früher. Die Qualität der Informationen, mit denen die Patienten ihre Praxis betreten, nehmen die Ärzte dabei als sehr kritisch war. Besonders Informationen aus dem Internet werden eher negativer beurteilt. Foren kommen ferner schlechter weg, als die Online-Enzyklopädie Wikipedia. Ärzte sehen diverse negative Effekte von Vorinformationen bei Patienten, die sich auf nahezu alle Bereiche ihrer Beziehung auswirken können. Konkrete Gründe für das Misstrauen gegenüber dem Engagement von Patienten sehen die Ärzte vor allem in der fehlenden fachlichen Kompetenz derselben. Informationen können somit in der Lage sein, Patienten zu verunsichern und zu überfordern. Des Weiteren können unnötige Ängste geschürt werden.¹²⁸

Andere Studien können bestätigen, dass ein Großteil der Ärzte (84 Prozent) die Qualität der an sie herangetragenen Internetinformationen als nur mittelmäßig bis schlecht von den Patienten bewertet sieht. Erschwerend wirkt dabei der Effekt, dass diese Informationen in einigen Fällen als nicht wichtig für den Patient (28 Prozent) oder nicht fehlerfrei (26 Prozent) von den Ärzten eingestuft werden. Darüber hinaus empfindet rund ein Drittel der befragten Ärzte von Patienten mitgebrachten Informationen als nachteilig für die zeitliche Effizienz der

¹²⁷ Vgl. Felt (2008): S. 17

¹²⁸ Vgl. Baumgart (2010): S. 82ff.

Sprechstunde. Dem gegenüber stehen nur 16 Prozent, die der Meinung sind, Vorinformationen beeinflussen die zeitliche Effizienz positiv.¹²⁹

Weitere negative Effekte, die Ärzte im Zuge der Studie Baumgarts formulierten, sind Zweifel, die Patienten im Hinblick auf ihre Behandlung entwickeln können und die auch zur eigenständigen Änderung der Medikation des Patienten führen können. Zum einen geraten Ärzte dadurch vermehrt unter Druck, ihre Therapieentscheidungen vor dem Patient zu rechtfertigen, zum anderen müssen sie diesem Wünsche oder Ideen (bspw. bzgl. Diagnose, Therapie oder Medikation) ausreden, die zu kostenaufwendig sind oder medizinisch nicht tragbar wären. Die Folge sind Meinungsverschiedenheiten und Diskussionen der Ärzte mit ihren Patienten. Diese Situation stellt für den Arzt eine Gratwanderung dar und es herrscht eine gewisse Dreiecksbeziehung zwischen dem Arzt, seinem Patient und dessen Vorwissen. Der Arzt und die Vorinformationen treten dabei nahezu in Konkurrenz miteinander. Neben der Sichtweise als positive Herausforderung können vorinformierte Patienten daher auch als Ärgernis von Ärzten wahrgenommen werden. Ein Grundvertrauen zwischen Arzt und Patient ist an dieser Stelle unabdingbar für eine weitere Zusammenarbeit.¹³⁰

US-amerikanische Ärzte hingegen beurteilen Vorinformationen als vermehrt neutral (54 Prozent) oder vorteilhaft (38 Prozent) für die Arzt-Patient-Beziehung. Faktoren, die sich nach ärztlichen Aussagen eher negativ auf das Arzt-Patient-Verhältnis auswirken sind insbesondere, wenn der Arzt seine Autorität durch die Vorinformationen in Frage gestellt sieht, er die Ausführungen des Patienten für unangemessen, bzw. nicht sachgemäß hält oder er nicht das Gefühl hatte, dass der Patient Eigenverantwortung für seinen gesundheitlichen Zustand übernimmt.¹³¹

Grundsätzlich kam Baumgart zu dem Ergebnis, dass vorinformierte Patienten von Ärzten eher negativ wahrgenommen werden. In der Regel bedeuten sie eine Mehrarbeit für den Arzt, da sie generell fordernder und problematisch im Umgang sind. So kann ein vorinformierter Patient zu einer Belastung im Arbeitsalltag eines Arztes werden, vor allem wenn dieser ihm den Kontakt per Mail anbietet. Dabei erfüllen die Ärzte zum Teil eine Stellvertreterposition für die Krankenkassen, wenn sie den Patienten erklären müssen, dass etwa bestimmte Behandlungen nicht finanziert werden. Wie bereits mehrfach erwähnt wurde geraten die Ärzte

¹²⁹ Vgl. Murray et al. (2003a)

¹³⁰ Vgl. Baumgart (2010): S. 93ff.

¹³¹ Vgl. Murray et al. (2003a)

damit in ein Dilemma. Ferner kommt es vereinzelt vor, dass dem Patient nachgegeben wird und ihm ein anderes Medikament verschrieben wird, sofern der Arzt dies für medizinisch vertretbar hält. Auch bei anderen Maßnahmen, wie zum Beispiel körperlichen Untersuchungen oder Überweisungen wird dem Patient nachgegeben, um Zeit zu sparen. Darüber hinaus wird bei den vorinformierten Patienten zwischen den Zeilen ein hypochondrisches Verhalten von den Ärzten festgestellt.¹³²

Die Frage, ob das Informationsverhalten der Patienten einen Einfluss auf gesundheitliche Outcomes, wie etwa eine Verbesserung des Gesundheitszustandes hat, verneinen 75 Prozent der befragten US-amerikanischen Ärzte. 21 Prozent können sich dieser Meinung nicht anschließen und sehen in Verbindung mit Vorinformationen durchaus eine Verbesserung des Patientenbefindens, während vier Prozent der Ansicht sind, Vorinformationen schaden dem Patienten. Darüber hinaus sieht ein Viertel durch Vorinformationen mehr Vor- als Nachteile für die medizinische Versorgungsqualität.¹³³

Neben den mehrheitlich negativen Aspekten, die Ärzte mit vorinformierten Patienten in Verbindung bringen, gibt es aber auch Vorteile in der Beziehung mit Vorinformierten. So kann die eigenständige Informationsrecherche des Patienten auch als eine gute Vorbereitung auf das ärztliche Gespräch gesehen werden. Vorwissen kann den Faktor der Kooperation zwischen Arzt und Patient erhöhen, sofern sie als Diskussionsgrundlage dienen. Ferner kann dies auch positiv zur Entscheidungsfindung beitragen. Des Weiteren sehen die Ärzte vermehrt positive Effekte für den Patient selbst. Dieser bekommt durch die eigens recherchierten Informationen ein Stück weit (mehr) Kontrolle und Selbstverantwortung in seiner Situation als „Kranker“. Darüber hinaus liegt bei Gedanken an vorinformierte Patienten jener an eine durchwegs positive Herausforderung für den Arzt nicht fern. Dieser kann die Beziehung mit einem durch Vorwissen schwieriger gewordenen Patient auch als kommunikativ, sowie fachlich anregend, statt lästig einstufen.¹³⁴

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Ärzte gewissermaßen eine ambivalente Sichtweise auf vorinformierte Patienten haben müssen. In den meisten Fällen ist dies jedoch leider nicht oder nur zum Teil der Fall und der Arzt sieht sich mit einem größeren Arbeitsaufwand durch den vorinformierten Patient konfrontiert. Denn selbst wenn die

¹³² Vgl. Baumgart (2010): S. 97ff.

¹³³ Vgl. Murray et al. (2003a)

¹³⁴ Vgl. Baumgart (2010): S. 102ff.

Informationen des Patienten dazu führen, dass auf der einen Seite Fragen geklärt werden, ist es nicht selten gleichzeitig auf der anderen Seite der Fall, dass dadurch neue Fragen auftreten.

4.2.3 Ärzte und das SDM-Modell

Zum Thema partizipative Entscheidungsfindung bzw. Shared Decision Model wurden im Zuge des deutschen Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung im Jahr 2002 502 Ärzte befragt, von welchen sich 67 Prozent für das Shared Model ausgesprochen haben. Interessant ist dabei der Aspekt, dass die größte Gruppe der Shared Model-Fürsprecher jene Ärzte unter 45 Jahren darstellen. Dabei sind diverse Ähnlichkeiten zu Patientenbefragungen zu finden, bei welchen das paternalistische Modell ebenfalls vorwiegend von älteren Personen angenommen wurde.¹³⁵

Auch Schmöller kommt zu dem Ergebnis, dass Ärzte mit einer klassischen paternalistischen Gesinnung zumeist älter und immer seltener anzutreffen sind und der Trend eindeutig zur gemeinsamen Entscheidungsfindung mit dem Patient geht.¹³⁶ Demgegenüber stehen jedoch nur 39 Prozent, die bei ihren Patienten den aktiven Wunsch nach mehr Beteiligung an medizinischen Entscheidungen wahrnehmen. Wie anzunehmen war, zeigt sich die Motivation zum SDM-Modell also stärker in theoretischen Einstellungen von Patienten, als schließlich im Praxisalltag aus ärztlicher Sicht.¹³⁷

Einen weiteren Erkenntnisgewinn zu dieser Thematik liefern Rockenbach und ihre Kollegen mit der Auswertung von 25 Leitfadeninterviews, die mit an einer Universitätsklinik angestellten Ärzten durchgeführt wurden. Im Zuge dieser Untersuchung konnte ein umfangreicher, als auch detaillierter Blick auf die ärztliche Kritik am SDM-Modell ausfindig gemacht und offengelegt werden. Demnach werden einige Punkte von Ärzten angesprochen, die bereits in letzteren Kapiteln Erwähnung fanden, wie etwa die Problematik der Umsetzung von gesteigerter Patientenbeteiligung auf der Makroebene, die Schwierigkeit, kommunikative Fertigkeiten für diesen Prozess auszubilden oder die Einbeziehung von Patienten mit geringem Intellekt. Vor allem der Faktor Zeit scheint in diesem Zusammenhang von den Ärzten die größte Hürde darzustellen, da sie im Alltag nicht in ausreichender Menge vorhanden ist, um alle Patienten ausführlich aufzuklären. Des Weiteren trägt zu wenig

¹³⁵ Vgl. Butzlaff et al. (2002): S. 43

¹³⁶ Vgl. Schmöller (2008): S. 57

¹³⁷ Vgl. ebd.: S. 42f.

motiviertes Personal, keine konkret vereinheitlichte Handhabung des Modells und das Honorierungsmodell, dem der Arztberuf unterliegt, nicht dazu bei, das SDM Modell zu fördern bzw. in die Praxis umzusetzen.¹³⁸

Es lässt sich folglich festhalten, dass gewisse paternalistische Grundhaltungen im Begriff sind, sich –zumindest teilweise– aufzulösen. Immer mehr Ärzte wissen um die Wichtigkeit eines gut funktionierenden Arzt-Patient-Verhältnisses, welches miteinschließt, dass die Bedürfnisse des Patienten mit in den Entscheidungsprozess einbezogen werden. Auf die Wichtigkeit der Kommunikation zwischen Arzt und Patient wird im nächsten Kapitel eingegangen.

4.3 Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient

Die Kommunikation zwischen einem Arzt und seinem Patient ist als eine berufliche zwischenmenschliche Interaktionsform zu verstehen, welcher eine mehrschichtige Vernetzung von soziokulturellen und biographischen Erfahrungen der beiden Interaktionspartner zugrunde liegt. Psychosoziale Faktoren, wie etwa das soziale Milieu, die aktuelle persönliche Lebenssituation und Ähnliches wirken zusätzlich auf die zweckgebundene Kommunikation ein. Um eine erfolgreiche Kommunikation herzustellen ist es dabei von Bedeutung, einen „gemeinsamen Nenner“ zu finden.¹³⁹

„Arzt wie Patient haben eine unausgesprochene Vorstellung davon, wie der andere sich eigentlich verhalten sollte und stellen dementsprechende Erwartungen und Ansprüche aneinander. Die Arzt-Patient-Beziehung ist immer als Kompromiss zwischen den Ansprüchen und Forderungen des Patienten und den Reaktionen des Arztes zu verstehen.“¹⁴⁰

Pflegt ein Arzt mit seinen Patienten eine Beziehungsstruktur im paternalistischen Sinne, so herrscht eine Interaktionsform, die einer Subjekt-Objekt-Kommunikation gleichkommt und die dadurch zwangsweise auf humanspezifische Dimensionen und Qualitäten verzichten muss. Konrad Ehlich geht sogar einen Schritt weiter und behauptet, sie „wäre selbstverständlich nicht mehr wirklich Kommunikation.“¹⁴¹

¹³⁸ Vgl. Rockenbach (2010): S. 159ff.

¹³⁹ Vgl. Roßmanith (2002): S. 110

¹⁴⁰ Ebd.

¹⁴¹ Ehlich (1993): S. 70

Betrachtet man sich darüber hinaus die hohe Anzahl an Patienten, die ein Hausarzt in Deutschland täglich behandelt –nämlich mehr als 50¹⁴²- ist es auch nur wenig verwunderlich, dass die heutige Medizin zudem dazu neigt, die Kommunikation zu vereinheitlichen und zu standardisieren.¹⁴³ Erschwerend wirkt dabei der Fakt, dass ein deutscher Hausarzt im Schnitt sogar nur drei Minuten pro Patient für diagnostische, therapeutische und labortechnische Aufgaben Zeit hat.¹⁴⁴ Diese beiden Aspekte, Kommunikation nach dem paternalistischen Modell und der unter dem Gesundheitswesen leidende Praxisalltag, stellen die wesentlichen und akuten Problemfelder dar, unter denen die heutige Arzt-Patient-Beziehung leidet. Sie können daher in gewisser Weise als Ausgangspunkt für den Wandel der Arzt-Patient-Kommunikation herangezogen werden.

Diverse Studien sind zu dem Ergebnis gelangt, dass die Kommunikation einen zentralen Stellenwert in der Arzt-Patient-Kommunikation einnimmt und Einfluss auf diverse Aspekte innerhalb dieser Beziehung hat. Buddeberg und Buddeberg-Fischer fassen diese Aspekte wie folgt zusammen:

- Die Zufriedenheit des Patienten
- Die Zufriedenheit des Arztes
- Das Stellen einer richtigen Diagnose
- Die Kooperationsbereitschaft des Patienten
- Die Vermeidung von juristischen Auseinandersetzungen¹⁴⁵

Mit anderen Worten lässt sich aus diesen Ausführungen ableiten, dass ferner auch der Behandlungserfolg eines Patienten maßgeblich von der Kommunikation zwischen ihm und seinem Arzt abhängt. Dies stellt auch Ehlich mit folgenden Worten fest:

„Dies ist von besonderer Bedeutung gerade für das zentrale Ziel ärztlichen Handelns, die Heilung. Heilung und Subjekthaftigkeit gehören substantiell zusammen. Die Akzeptanz der Subjekthaftigkeit des ‚objektivierten‘ Patienten leistet einen wichtigen Beitrag zu dessen Anerkennung und damit zur wechselseitigen Anerkennung von Arzt und Patient, also der Anerkennung der an der Kommunikation beteiligten.

¹⁴² Vgl. Statista (2015)

¹⁴³ Vgl. Helmchen (2005)

¹⁴⁴ Vgl. Wittchen et. al. (2006): S. 6

¹⁴⁵ Vgl. Buddeberg/Buddeberg-Fischer (2004): S. 348

*Andererseits ermöglicht erst diese wechselseitige Subjekt-Anerkennung, das sprachliche Handeln der Subjekte [...] ernstzunehmen [sic!].*¹⁴⁶

Ehlich meint damit, dass der Arzt die Äußerungen seines Patienten anerkennen muss, sie ernst nehmen muss, damit eine Kommunikation zwischen zwei Subjekten überhaupt erst herrschen kann. Mit anderen Worten ausgedrückt muss er dafür die Subjekthaftigkeit seines Gegenübers in die Kommunikation mit einbeziehen.¹⁴⁷

Eine Studie die aufzeigt, dass die Kommunikation zwischen Arzt und Patient wichtig ist, liefert der Picker Report aus dem Jahr 2013. Die Analyse von Berichtsdaten aus 29 deutschen Krankenhäusern hat ergeben, dass das Verhältnis zu dem betreuenden Pflegepersonal und Ärzten maßgeblich zur Zufriedenheit der Patienten beiträgt. Zwischenmenschliche Faktoren wie Kommunikation, Empathie, Respekt und Information sind demnach viel wichtiger, als die Einrichtung des Raumes oder die Qualität der Mahlzeiten.¹⁴⁸

Leider ist es zugleich so, dass sich dahinter auch gewisse Problemfelder verbergen. 47 Prozent der Patienten sehen eine suboptimale Versorgungssituation in der Vorbereitung auf ihre Entlassung aus dem Krankenhaus. 30 Prozent empfinden die Einbeziehung der Familie als verbesserungswürdig. Weitere 22 Prozent sehen die Arzt-Patient-Interaktion als nicht optimal an. Ferner haben 50 bis 65 Prozent der Ärzte und des Pflegepersonals selbst den subjektiven Eindruck, zu wenig Zeit für die Interaktion mit Patienten und Angehörigen zu haben.¹⁴⁹ Näher auf diese Probleme geht das folgende Kapitel „Problemfelder innerhalb der Arzt-Patient-Kommunikation“ ein.

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient empfinden auch die Ärzte als wichtig. Dies ergab eine Studie niedergelassener Ärzte 2006. Ärztinnen halten mit 94 Prozent das Arzt-Patient-Gespräch im Arbeitsalltag für wichtig bis sehr wichtig. Bei ihren männlichen Kollegen sind es dagegen mit 88 Prozent etwas weniger. Es sind auch die Frauen, die dem Gespräch mehr positive Effekte abgewinnen. Sie sind stärker als männliche Ärzte der Meinung, dass ein intensiv geführtes Gespräch die Patienten zu mehr Eigenverantwortlichkeit und Mündigkeit führt (Frauen: 69 Prozent, Männer: 60 Prozent). Nicht verwunderlich ist es

¹⁴⁶ Ehlich (1993): S. 70

¹⁴⁷ Vgl. ebd.

¹⁴⁸ Vgl. Picker Institut (2013): S. 2

¹⁴⁹ Vgl. ebd.

daher, dass die Frauen sich mit der Sprechstunde im Durchschnitt eine Minute länger Zeit lassen, als die Männer.¹⁵⁰

Zwischen Arzt und Patient herrscht eine asymmetrische Beziehung, die auf dem Patienten als Experten für sein persönliches Befinden, bzw. Kranksein und dem Arzt als Experten für das spezifische Wissen und Erfahrungen über dieses Kranksein basiert.¹⁵¹ Durch diesen Umstand konstituiert sich ein Spannungsverhältnis, wie es der deutsche Psychiater und Wissenschaftler Hanfried Helmchen im Deutschen Ärzteblatt im Jahr 2005 wie folgt beschreibt:

„Zum einen werden Eigenheiten und Erfahrungen des Patienten wie auch des Arztes unvermeidlich wirksam und im notwendigen Eingehen aufeinander auch wirksam gemacht; die Beziehung zwischen Patient und Arzt ist also individuell und wird individualisiert. Zum anderen folgt die Umsetzung gesicherten Wissens auf den einzelnen Patienten bestimmten Regeln, die kontinuierlich differenziert und vermehrt werden; sie standardisieren die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Das Verhältnis zwischen Individualisierung und Standardisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses unterliegt ständiger Spannung, die oft als ein Gegeneinander erlebt wird.“¹⁵²

Die Arzt-Patient-Beziehung pendelt demnach zwischen der Individualisierung, die der Patient in diese Beziehung mit einbringt und die Standardisierung, die wiederum durch das Wissen und die bisherigen Erfahrungen vom Arzt eingebracht wird. Die Individualisierung kennzeichnet sich in diesem Zusammenhang an verschiedenen Punkten während der Kommunikation zwischen Arzt und Patient; beispielsweise bei der Schilderung der spezifischen Krankheitssituation des Patienten, seinen Wertvorstellungen und Wünschen, eben sein Personssein. Ebenso wie die Individualisierung hat auch der Gebrauch von standardisierten Aspekten und Techniken innerhalb der Kommunikation ihre Berechtigung. Sie dient der Rationalität, Transparenz, Vergleichbarkeit und nicht zuletzt der Gerechtigkeit der medizinischen Behandlung. Die optimale Gewichtung von Standardisierung und Individualisierung hängt jedoch von der aktuellen, spezifischen Situation, sowie dem Krankheitsstadium des Patienten ab und erfordert darüber hinaus verschiedene Fähigkeiten des Arztes.¹⁵³

Der Umbruch, der in den letzten Jahrzehnten im Gange ist, wird in der Fachliteratur häufig mit der Formulierung „Patient Empowerment“ umschrieben. Damit wird betont, dass die

¹⁵⁰ Vgl. Schmöller (2008): S. 53

¹⁵¹ Vgl. Helmchen (2005)

¹⁵² Ebd.

¹⁵³ Vgl. ebd.

moderne Arzt-Patient-Beziehung ohne die Aspekte „Partizipation“ und „Information“ auf der Patientenseite nicht mehr denkbar wäre.¹⁵⁴ Möglich geworden ist diese Veränderung –wie bereits mehrfach erwähnt- vor allem durch das Internet. Mit einem Internetzugang und einem internetfähigen Gerät gelangen Patienten an mehr Informationen, als ihnen ihr Arzt geben kann. Diese Verhaltensänderung hat zur Folge, dass der Patient eine Eigenständigkeit erlangt, was einen Bruch mit dem vorherrschenden, traditionellen Arzt-Patient-Bild, wie etwa im paternalistischen Modell dargelegt, bedeutet. Der Patient erhält -zumindest theoretisch- die Möglichkeit, sich dem Arzt argumentativ entgegenzustellen, wodurch ein Machtzuwachs auf Seiten des Patienten entsteht.

Zugleich ändert sich dadurch zwangsweise die Kommunikation zwischen Arzt und Patient, sowie das Rollenbild des Arztes. Hoefert beschreibt diesen Umstand treffend mit folgenden Worten:

„Während früher der Arzt am besten zu wissen glaubte, was für den Patienten gut ist, [...] haben sich durch die Verbraucherbewegung einerseits und durch die allmähliche Etablierung des Modells der partizipativen Entscheidungsfindung andererseits auch die Kommunikationsstrukturen dahingehend verändert, dass Ärzte Interesse an dem Vorwissen und den Meinungen von Patienten zeigen, die Kommunikation nicht nur als Mittel nutzen, sondern auch als wichtigen Faktor für die Patientenzufriedenheit erkannt haben [...].“¹⁵⁵

Daraus geht hervor, dass es für den Arzt unerlässlich ist –sofern er seine Patienten zufrieden wissen will- ihnen zuzuhören, über ihre Meinung und Wünsche nachzudenken und darüber zu reden. Kommunikation wird in diesem Sinne von den Ärzten nicht nur als Mittel benutzt, um eine Behandlung erfolgreich vollziehen zu können, sondern auch, um diese dem Patienten zu erleichtern.¹⁵⁶ Kommunikation erfährt im Praxisalltag einen unverkennbaren Bedeutungszuwachs.

4.3.1 Problemfelder innerhalb der Arzt-Patient-Kommunikation

Dass während der Kommunikation zwischen Arzt und Patient diverse Probleme auftreten können, wie etwa bei der Überbringung von schweren Nachrichten oder Diagnosen ist nicht verwunderlich. In diesem Kapitel werden jedoch verstärkt jene Kommunikationsprobleme veranschaulicht, die an das Thema der Vorinformationen in der Arzt-Patient-Interaktion

¹⁵⁴ Vgl. Büchi et al. (2000): S. 2776; Schmid/Wang (2003): S. 2133

¹⁵⁵ Hoefert (2010): S. 164

¹⁵⁶ Vgl. ebd.

anknüpfen und in diesem Sinne eine Relevanz aufweisen. Dies betrifft in erster Linie Problemfelder rund um die Weitergabe und Bewertung von Informationen. So stimmen beispielsweise bei mehr als der Hälfte der Konsultationen die Ärzte nicht mit ihren Patienten überein, welches das wesentlichste Gesundheitsproblem des Patienten ist.¹⁵⁷

Eine erfolgreiche und gelungene Kommunikation zwischen Arzt und seinem Patient bedeutet, dass der Arzt auf der einen Seite alle für ihn notwendigen Informationen erhält und auf der anderen Seite dem Patient während des Gesprächs genug Möglichkeiten gegeben werden, dem Arzt seine Ängste und Fragen mitzuteilen, die im Zusammenhang mit den Beschwerden oder der Erkrankung bestehen. Um diesen beiden Komponenten in der meist nur kurzen Zeit, die dem Arzt für ein Patientengespräch zur Verfügung steht, Genüge zu tun, erfordert es auf beiden Seiten ein gewisses Geschick, was die Gesprächsführung betrifft.¹⁵⁸

Dabei spielt die Ausdrucksweise beider Gesprächspartner eine wichtige Rolle. Der Arzt benutzt Fachbegriffe, die der Patient nicht versteht, was für ihn die Erfüllung des Eindeutigkeitsanspruches darstellt. Für den Patient kommt es aber einem Vertrauensbruch gleich, da der Arzt in diesem Moment die „gemeinsame Welt“ verlässt und in seine abgehobene Wissenschaftswelt eintaucht. Der Patient erhofft sich an diesen Stellen mehr solidarisches Mitgefühl, das ihm der Arzt dadurch in gewisser Hinsicht verweigert. Zugrunde liegen diesem Problem die verschiedenen Sprachwelten, die in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, einem „Medizin-Laien“, aufeinandertreffen.¹⁵⁹ *„Ärzte sind zwar in der Lage, diese Begriffe auch an Laien zu kommunizieren, allerdings nicht immer bereit oder fähig, die Sprachwelt des Laien dabei zu berücksichtigen oder dort verankerte Begriffe quasi lexikalisch auszuwählen.“*¹⁶⁰

Auf der Patientenseite sind ebenfalls Aspekte zu finden, die die Kommunikation mit dem Arzt erschweren. Hier ist eine Standardisierung ihres Gesprächsverhaltens festzustellen, was durch mehrere Gründe zustande kommt. Zum einen haben viele Patienten den Eindruck, der Arzt habe wenig Zeit, wodurch sie ihre Ausführungen verkürzen, worunter die Komplexität des tatsächlich Erlebten leidet. Zum anderen glauben viele Patienten, der Arzt interessiere sich vor allem für körperliche Symptome und weniger für jene psychischer Natur. Sie

¹⁵⁷ Vgl. Langewitz et al. (2004): S. 376

¹⁵⁸ Vgl. Löning (1986): S. 106

¹⁵⁹ Vgl. Hoefert (2010): S. 165

¹⁶⁰ Ebd.

unterschlagen kurzerhand Aussagen über ihr psychisches Empfinden oder soziale Probleme, welche jedoch womöglich Aufschluss über ihr Krankheitsbild geben könnten. Ferner versuchen manche Patienten wissenschaftliche Ausdrücke zu verwenden, um dem Arzt entgegenzukommen. Werden diese Termini jedoch versehentlich falsch benutzt, kann dies den Arzt wiederum in die Irre führen. An dieses Problemfeld grenzt auch der Umgang mit vorinformierten Patienten an. Patienten, die sich vorab im Internet informieren und dadurch meinen, selbst eine Diagnose an sich stellen zu können, könnten damit die Arzt-Patient-Kommunikation behindern und erschweren.¹⁶¹

Patienten, die sich im Vorfeld ihres Arztbesuchs informiert haben und nun mit einer vorgefertigten Meinung bezüglich ihres Leidens in die Sprechstunde kommen, sorgen nicht automatisch und vor allem nicht allein durch den Umstand, dass sie vorinformiert sind, für kommunikative oder beziehungs technische Probleme. Vielmehr ist es so, dass es negative, als auch positive Effekte von Vorinformationen geben kann, die in den folgenden Kapiteln herausgearbeitet werden.

Die Sprachwelt eines Patienten, der zugleich Nicht-Mediziner ist, bedient sich an ungenauen, missverständlichen und auch doppeldeutigen Begrifflichkeiten, die von seiner persönlichen Situation, Biografie, seinen Sorgen und Problemen, sowie seinen Ängsten herrühren. Nicht selten spielt auch die Zuhilfenahme von Gesten und Körpersprache eine Rolle, um dem Arzt wichtige Inhalte verständlich zu machen. In Anbetracht der Laiensprache muss der Arzt daher eine doppelte „Übersetzung“ vornehmen. Zunächst muss er die ihm zugetragenen Informationen in seine Fachsprache übersetzen, welche ausschließlich das Beobachtbare und Objektivierbare mit einbezieht. Danach muss er die gestellte Diagnose wiederum in die Laiensprache zurück übersetzen. Damit schwingt zudem das Risiko mit, sich bei der 2. Übersetzung nicht präzise genug ausgedrückt zu haben.¹⁶²

Die Forscherin Petra Löning hat sich in den 80er und 90er Jahren viel mit der Kommunikation zwischen Arzt und Patient beschäftigt und darüber mehrere Werke verfasst. In einem von ihnen stellt sie gewonnene Erkenntnisse aus Kommunikationsanalysen von Arzt-Patient-Gesprächen aus dem Jahr 1986 vor. Bereits zu dieser Zeit war festzustellen, dass die Beziehung zwischen einem Arzt und seinem Patient wenig kooperativ ist, was sich aus dem Umstand ergibt, dass der Arzt die Unterhaltung dominiert und eventuell auftretende

¹⁶¹ Vgl. Hoefert (2010): S. 165

¹⁶² Vgl. ebd.: S. 165f.

Eigeninitiativen auf Patientenseite sofort abblockt. Dieses Abblocken steht nach Löning im Zusammenhang mit seinen Rollenverpflichtungen, das Gespräch in die „richtigen“ Bahnen zu lenken, um von dem Patient letztendlich die benötigten Informationen zu erhalten.¹⁶³ Das Arzt-Patient-Gespräch ist dadurch geprägt von *„Zwängen und Ritualen der institutionellen Rollenverpflichtung sowie aus unkontrollierten Verhaltensweisen der Gesprächsführung. Ein intensiveres Eingehen auf den Patienten und bewußteres [sic!] Zuhören [...] erfordert vielleicht einen weniger gedrängten Sprechstundenalltag wie auch eine gewisse Vorbereitung und Schulung während der ärztlichen Ausbildung.“*¹⁶⁴

Einen weniger theoretischen Hinweis auf Kommunikationsprobleme liefert die Studie des Picker Instituts aus dem Jahr 2014. Laut der Befragung von 140.000 Patienten zwischen den Jahren 2010 und 2013 in rund 160 deutschen Krankenhäusern haben 21 Prozent der befragten Patienten bereits die Erfahrung gemacht, keine verständlichen Antworten von Ärzten oder Pflegekräften auf wichtige Fragen zu erhalten. 17 Prozent erhielten widersprüchliche Informationen, während circa 15 Prozent keine verständliche Aufklärung über die Risiken und Vorteile einer OP, bzw. der Narkose bekamen. 24 Prozent erhielten keine verständliche Aufklärung über die Ergebnisse des chirurgischen Eingriffs. Ferner hatten 32 Prozent den Eindruck, keinen festen Ansprechpartner unter den Ärzten zu haben. Weitere Untersuchungen des Reports brachten zu Tage, dass in manchen Fällen (18 Prozent) kein Entlassungsgespräch geführt wurde und unzureichende Informationen zur häuslichen Medikation (29 Prozent), zu deren Nebenwirkungen (63 Prozent), zu Gefahrensymptomen (43 Prozent) und zu der Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten vermittelt wurden.¹⁶⁵

Internationale Studien zeigen ferner, dass Deutschland mit solchen Problemen nicht alleine ist. Auch aus anderen Ländern wie Kanada, den USA, Großbritannien, Australien oder Neuseeland sind Klagen von Patienten zu vernehmen. Ein wesentlicher Unterschied besteht jedoch in der Tatsache, dass deutsche Patienten eine im Vergleich längere Beziehung zu ihren Ärzten pflegen und notwendige Informationen meistens bereits vorliegen. Es sind aber auch deutsche Patienten, die im Krankenhaus im Durchschnitt weniger oft vollständig über Risiken eines Eingriffs informiert werden. Auch beim Hausarzt berichten Patienten aus Deutschland häufiger, selten oder nie über mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten aufgeklärt zu

¹⁶³ Vgl. Löning (1986): S. 106ff.

¹⁶⁴ Ebd.: S. 123

¹⁶⁵ Vgl. Picker Institut (2014): S. 1

werden. Weibliche Patienten gehen dabei mit den abgefragten Situationen härter ins Gericht, als männliche Patienten und bewerten tendenziell negativer. Was Behandlungsfehler betrifft, so informieren deutsche Ärzte ihre Patienten im Durchschnitt seltener, als dies in den anderen Ländern der Fall ist.¹⁶⁶

Nicht selten kommen solche Fehler zustande, weil sich der Faktor Zeit meist negativ auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient auswirkt. Es kann vorkommen, dass der Arzt wenig bis zu wenig Zeit für seine Patienten hat. In Deutschland sind es –wie bereits erwähnt- drei Minuten pro Patient, die ein Hausarzt, der 60 Patienten pro Tag empfängt, „für *diagnostische und therapeutische Aufgaben des Arztes sowie allgemeine Beratung und Beziehungsgestaltung*“¹⁶⁷ Zeit hat. Auch im internationalen Vergleich ist dies ein Rekord. Von den Staaten Australien, Kanada, Deutschland, Niederlande, Neuseeland, Großbritannien und den USA haben deutsche Ärzte mit Abstand die meisten Patienten pro Woche und die wenigste Zeit pro Patient zur Verfügung.¹⁶⁸

Trotz diesem Umstand fällt das Urteil des deutschen Durchschnittsbürgers vergleichsweise milde im Gegensatz zu der zuvor erwähnten Krankenhaus-Studie aus. 2009 gaben laut dem Gesundheitsmonitor 83 Prozent der Befragten an, die Länge des letzten Gesprächs mit ihrem Hausarzt sei „gerade richtig“ gewesen. 17 Prozent fanden es „(viel) zu kurz“. Fast alle Befragten waren ferner mindestens zufrieden mit ihrem letzten Hausarztbesuch.¹⁶⁹ Die Dauer einer Sprechstunde ist also keinesfalls mit mangelnder Qualität derselben gleichzusetzen.

Ein weiterer Missstand sind die vom Gesundheitsmonitor 2003 erforschten Unterschiede in der Wahrnehmung von Gesprächsinhalten beim Arzt-Patient-Gespräch. Es ließ sich eine große Diskrepanz zwischen dem feststellen, was die Patienten denken, an Informationen von ihrem Arzt erhalten zu haben und dem, was die Ärzte glauben an Informationen geliefert zu haben. Während knapp 90 Prozent der Ärzte der Meinung waren, über die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungen informiert zu haben, empfanden dies nur weniger als die Hälfte der Patienten so. Generell teilten stets mehr als 60 Prozent der Ärzte die Ansicht, bestimmte Aspekte in das Gespräch mit eingeflossen zu haben, wie die Ermunterung Fragen zu stellen,

¹⁶⁶ Vgl. Sawicki (2005): S. 755f.

¹⁶⁷ Osterloh (2012): S. 1

¹⁶⁸ Vgl. Koch et al. (2007): S. 3

¹⁶⁹ Vgl. Böcken et al. (2009): S. 85

Info-Material weitergegeben oder Behandlungsalternativen vorgeschlagen zu haben. Doch gleichzeitig sahen das weniger als 50 Prozent der Patienten auch so.¹⁷⁰

Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass ein generelles Ungleichgewicht in der Arzt-Patient-Beziehung dafür sorgt, dass Probleme bei der Kommunikation zwischen den beiden Parteien auftreten. Unterschiedliche Interessen und mangelndes Verständnis für die jeweils andere Seite erschweren das Verstehen. Ein Faktor, der in diesem Kommunikationsgefüge nicht gerade für Abhilfe sorgen dürfte ist, wenn der Patient mit selbst erworbenem Vorwissen in die Sprechstunde kommt und dies mit in das Gespräch einfließen lässt. Diese Probleme erfordern im Endeffekt noch mehr kommunikative Kompetenzen, sowie Verständnis auf beiden Seiten. Das übergeordnete Ziel sollte es sein, dass Arzt und Patient alle Informationen erhalten, die für die Diagnose und das weitere Vorgehen wichtig sind und dass sich der Patient wohl fühlt und seine Rolle besser annehmen kann.

4.3.2 Die Kommunikation mit vorinformierten Patienten

Mit der Kommunikation mit vorinformierten Patienten geht ein Konfliktpotential einher, das nicht nur die Inhaltsebene, sondern auch die Beziehungsebene der Arzt-Patient-Kommunikation berührt. Damit einher gehen folglich neben kognitiv-sachliche auch emotionale Aspekte, die Einfluss auf die Arzt-Patient-Beziehung nehmen.¹⁷¹ Darüber hinaus kann die Recherche von medizinischen Informationen von Ärzten auch als „*Resultat einer im Grunde pathologischen Verschiebung beunruhigender Gefühle und Konflikte gewertet*“¹⁷² werden.

Betrifft ein Patient mit medizinischem Vorwissen oder gar einer vorgefertigten Meinung die Sprechstunde bei seinem Arzt, so hat dieser im Verlauf des Gesprächs, mehrere Möglichkeiten, damit umzugehen. James Anderson beschrieb 2004 mehrere Reaktionen von Ärzten auf vorinformierte Patienten. Mit modernen Informationstechnologien unerfahrene Ärzte können sich demnach bedroht fühlen und reagieren mit einer Verkürzung der Sprechstunde. Die Behandlung, die sie bereits für ihre Patienten beschlossen haben, soll schnellstmöglich durchgeführt werden. Anderson gelangte zu der Erkenntnis, dass dieser Umstand letztendlich zu einer Kontaktverknappung zwischen dem Patient und dem Arzt führt. Als eine weitere Reaktion führt er an, dass Ärzte durch verschiedene Mechanismen

¹⁷⁰ Vgl. Butzlaff et al. (2003): S. 48

¹⁷¹ Vgl. Baumgart (2010): S. 91

¹⁷² Ebd.: S. 92

versuchen, ihre Kompetenz vorzutäuschen. Dies gelingt ihnen beispielsweise durch dem Ausweichen der eigentlichen Patientenfrage auf ein verwandtes Thema. Eine weitere Reaktion stellt eine Fortsetzung dieses Verhaltens dar: Der Arzt empfiehlt seinem Patienten bestimmte Internetseiten mit hochwertigen Informationen zu seiner Krankheit. Diese Reaktion ist jedoch schwierig umzusetzen, da der Arzt zum einen gut über die Webseiten informiert sein müsste und dies dem Patient zum anderen in der kurzen Zeit der Sprechstunde kommunizieren müsste. Er würde dadurch die Eigenschaften einer Suchmaschine für medizinische Informationen für den Patienten übernehmen. Eine kooperativere und patientenorientiertere Reaktion wäre es, mit dem Patient eine Art Bündnis einzugehen. Während dieser dem Arzt von den neuesten Informationen über seine Krankheit berichtet, die er recherchiert hat, teilt der Arzt ihm wiederum alle für den Patienten wichtige Anteile mit. Durch seine Wissensbasis und Kompetenz kann er die Informationen für den Patient besser verständlich darlegen und Missverständnissen vorbeugen.¹⁷³

Tezcan-Güntekin beschreibt vier Strategien, die er im Zuge von Experteninterviews mit Ärzten herausgearbeitet hat. Sie beschreiben Handlungswege, die Ärzte im Umgang mit vorinformierten Patienten entwickelt haben. Im Folgenden werden sie erläutert.

1. Strategie I: „Den Wind aus den Segeln nehmen“

Besonders bei Patienten mit einem höheren Bildungsstand wird am Anfang des Gesprächs zunächst nichts unternommen. Die Ärzte lassen die Patienten über ihre gewonnenen Erkenntnisse bezüglich ihrer Krankheit berichten. Der Arzt kann auf diesem Weg zum einen herausfinden, wo er den Patienten argumentativ abholen kann. Zum anderen beugt diese Strategie auch der Versuchung des Patienten vor, den Arzt später bei seinen Ausführungen zu unterbrechen. Arzt und Patient bekommen auf diese Weise die Möglichkeit, ihre Überlegungen zur Therapie und Behandlung darzulegen. Der Arzt unterbricht den Patient schließlich an der Stelle, an der er merkt, dass er ihn abholen kann, um seinem Therapiekonzept zuzustimmen.

2. Strategie II: „Das Wissen neu ordnen“

Ein Patient gilt als „überinformiert“, sobald er damit sich Wissen angeeignet hat, welches sich um seine Krankheit herum ansiedelt, er jedoch nicht in der Lage ist, es richtig einzuordnen, zu filtern oder zu bewerten. Durch das mangelnde Vorwissen und die fehlende Erfahrung kann

¹⁷³ Vgl. Anderson (2004): S. 242ff.

ihm dies nicht möglich sein. Ärzte setzten Überinformation daher mit Fehlinformation gleich, wodurch sie in der Sprechstunde die Dinge wieder „ins rechte Licht rücken“ müssen. Dabei haben sie jedoch –nach eigenem Ermessen- auch die Möglichkeit, bestimmte Entscheidungen von Patienten zu akzeptieren.

Die Interaktion mit diesen Patienten gehört zu jenen Aufgaben, die durch vorinformierte Patienten erst neu entstanden sind und eine zusätzliche Herausforderung für den Arzt darstellen. Die Arbeit mit ihnen wird vom Arzt als mühsam empfunden.

3. Strategie III: Den Patienten dazu bringen, die Patientenrolle wieder aktiv einzunehmen

Diese Strategie sieht vor, den Patient, der durch übermäßiges Selbstbewusstsein und Informiertheit die Patientenrolle verlassen hat, wieder dazu zu bringen, dem Arzt zu vertrauen und auf ihn zu hören. Dieser Fall tritt häufig bei Patienten auf, die selbst Ärzte sind oder einen großen Wissensvorsprung ihrem behandelnden Arzt gegenüber haben (zum Beispiel aufgrund einer seltenen Erkrankung etc.). Doch damit der Patient wieder die „richtige“ Rolle einnimmt hängt von dem Vertrauen ab, das er seinem Arzt entgegenbringt. Ist dieses nicht genügend vorhanden, so wird er wahrscheinlich nicht von seinem Standpunkt ablassen.

Behandlungserfolg, bzw. eine gelungene Interaktion zwischen Arzt und Patient hängt im Wesentlichen von den Rollenwahrnehmungen ab, die beide Parteien haben. Es geht im Umgang mit vorinformierten Patienten also um die Ausgestaltung der Arzt-Patient-Beziehung, welche wiederum auf Vertrauen basieren muss, um zu funktionieren:

„Vertrauen ist das maßgebliche Merkmal für das Funktionieren der Arzt-Patient-Beziehung, da hierdurch die Behandlung – sowohl bei vorhandener, als auch fehlender Wissensasymmetrie – möglich wird. Die Arzt-Patient-Beziehung konstituiert sich aus dem beiderseitigen Verständnis, dass der Arzt dem Patienten, der sich in einer Krise befindet, professionell hilft, diese Krise zu überwinden.“¹⁷⁴

4. Strategie IV: Dem Patienten das Gefühl geben, ernst genommen zu werden

Diese Strategie knüpft direkt an das vorherige Zitat von Tezcan-Güntekin an. Das Vertrauen, auf welchem eine erfolgreiche Arzt-Patient-Beziehung basiert, konstituiert sich maßgeblich durch das Gefühl der Sicherheit, das der Arzt dem Patient suggeriert. Die aus externer Quelle erworbenen Informationen können Patienten durchaus verwirren und verunsichern, sodass sie auf die Hilfe des Arztes angewiesen sind, ihr Wissen neu zu ordnen.

¹⁷⁴ Tezcan-Güntekin (2010): S. 107

Grundsätzlich wird es von den von Tezcan-Güntekin interviewten Ärzten als positiv empfunden, wenn sich Patienten von sich aus informieren. Der Arzt entscheidet jedoch über den weiteren Behandlungsverlauf, ganz gleich, wie sehr der Patient über seine Krankheit informiert ist. Aufgrund seiner Erfahrung, sowie seiner Autorität als Arzt ist er darüber hinaus in den meisten Fällen der Gesprächsleiter und bestimmt daher, wie und wann er den Patient unterbricht. Er hat in diesem Zuge auch die „Macht“ darüber zu entscheiden, welche Informationen, die durch den Patient an ihn herangetragen werden, wichtig für die weiteren Therapie- oder Behandlungsmaßnahmen des Patienten sind und welche nicht. Durch das Vertrauen, dass der Patient seinem Arzt entgegenbringt lässt er ihn diese Entscheidung auch bereitwillig treffen, da er seine Rolle akzeptiert hat und sie ausfüllt. Der Arzt übernimmt darüber hinaus mit dem Fällen von Entscheidungen im Sinne des Patienten auch die Verantwortung dafür.¹⁷⁵

Hoefert schließt sich diesen Ausführungen in weiten Teilen an und betont, dass ein fehlinformierter Patient schnell dazu neigt, sich zu verschließen, wenn er das Gefühl hat, vom Arzt nicht ernst genommen zu werden. Dieser wiederum will den Patient aufklären und seine Falschheit beweisen. Er empfiehlt daher dem Behandelnden, die der Wahrheit entsprechenden Wissensanteile des Patienten herauszugreifen und ihm diesbezüglich weiterführendes, fachliches Wissen anzubieten. *„Korrekturen werden von Patienten eher akzeptiert, wenn sie als Ergänzungen vom Arzt ausgewiesen werden.“*¹⁷⁶ Generell ist es nach Hoefert ratsam, an bestehendes Patientenwissen anzuknüpfen und niemals mit diesem zu rivalisieren.

Legt man diese Strategien auf die theoretischen Modelle, so wird deutlich, dass sich eine kooperative Grundhaltung neben dem paternalistischen Stil gebildet hat. Das Bild des „Halbgottes in weiß“ mag demnach vielleicht im Begriff sein, sich aufzulösen, dennoch trifft der Arzt nach diesen Strategien die Entscheidung über jegliche Therapieentscheidungen allein ohne Ausnahme. Dem vorgeschaltet wird jedoch nun ein Prozess, in welchem der Arzt zuhört und auf den Patient eingeht – sei es auf Fragen, Bedenken, Vorwissen oder Vorschläge. Dieser Punkt mag nicht immer unbedingt einfach für beide Gesprächspartner sein. Zum einen kommt es zu einem Großteil darauf an, ob der Patient die richtigen Schlüsse aus den eigens von ihm recherchierten Informationen zieht oder nicht. Treffen die Informationen auf ausreichende Kompetenz, was den Umgang mit ihnen betrifft, kann sogar in weiterer Folge von einer

¹⁷⁵ Vgl. ebd.: S. 101ff.

¹⁷⁶ Hoefert (2010): S. 146

Arbeitsentlastung für den Arzt gesprochen werden. Zum anderen kommt es auf die sozialen und kommunikativen Fähigkeiten des Arztes an und wie dieser die vom Patient angesprochenen Aspekte in die Sprechstunde mit einbaut und darauf eingeht. Der Arzt kann bestimmen, wie er mit dieser Situation umgeht und in welche Richtung er versucht, sie zu lenken. Aus diesem Zwischenschritt heraus wird schließlich deutlich, ob die Vorinformationen letztendlich gewinnbringend in die Sprechstunde integriert wurden.

Wie es sich in der Realität mit feststellbaren Handlungsmustern von Ärzten verhält, die mit vorinformierten Patienten zu tun haben, hat Baumgart näher untersucht. Durch die qualitativ geführten Interviews hat sie verschiedene Handlungsmuster herausfiltern können. So kann es für manche Ärzte wichtig sein, gewisse Präventivmaßnahmen zu generieren und die Patienten von Anfang an selbst richtig aufzuklären und zu informieren. Um eine spätere Konkurrenz mit den externen Quellen zu vermeiden, können Ärzte durch das Handlungsmuster „selber informieren“ auch persönlich Informationsmaterial an die Patienten weitergeben und auf bestimmte Websites verweisen. Daran knüpft das Handlungsmuster „steuern“ an, das darauf abzielt, Recherche-Vorhaben und –Unternehmungen zu verhindern bzw. zu fördern, wenn die Ärzte diese als hinderlich bzw. nützlich für den Patienten empfinden. Dieses Muster entsteht gleichzeitig aus der Skepsis gegenüber dem Internet, als auch aus einer positiven Sichtweise heraus. Ein weiteres Handlungsmuster, „korrigieren und streiten“, kommt vor, wenn der Patient neu gewonnenes (Halb-)Wissen in der Sprechstunde thematisiert. Der Arzt muss an dieser Stelle, ähnlich wie die oben beschriebene Strategie II, die Ausführungen des Patienten korrigieren und ins rechte Licht rücken. Nicht selten tritt dabei das konfliktträchtige Potenzial der Vorinformationen zu Tage, wodurch es zu einer Meinungsverschiedenheit zwischen Arzt und Patient kommen kann. Auf einer emotionalen Ebene kommt das Handlungsmuster „deuten“ zum Tragen, bei dem der Mediziner versucht, die Ursachen der Informationssuche besser zu verstehen und zu ergründen. Nicht selten rührt die Informationssuche von bereits erwähnten verdrängten Konflikten, was der Arzt durchaus in der Sprechstunde ansprechen kann. Das letzte von Baumgart ausgemachte Handlungsmuster heißt „integrieren“ und beschreibt einen Prozess, bei dem die Vorinformationen des Patienten möglichst auf Augenhöhe besprochen werden und sich Arzt und Patient produktiv damit auseinandersetzen.¹⁷⁷

¹⁷⁷ Vgl. Baumgart (2010): S. 116ff.

EMPIRIE

5. Forschungsfragen und Hypothesen

Im Folgenden werden die Forschungsfragen erläutert, auf welche der empirische Teil dieser Arbeit aufbaut. Daraus abgeleitet wurden schließlich die insgesamt acht Hypothesen, die durch die quantitative Analyse verifiziert oder falsifiziert wurden. Darüber hinaus wird in diesem Kapitel beschrieben, wodurch die Annahmen begründet sind und worauf sie sich stützen.

Forschungsfrage 1: Inwiefern hängt die Einstellung der Ärzte zu vorinformierten Patienten und Informationsquellen mit ihren Erfahrungen mit vorinformierten Patienten zusammen?

Die erste Forschungsfrage thematisiert, ob Ärzte, die bereits einschlägige Erfahrungen mit vorinformierten Patienten gesammelt haben, diese auch gleichzeitig schlechter bewerten. Außerdem beinhaltet sie die Frage, wie es sich dabei mit Informationsquellen verhält, ob also ein Arzt, der bereits schlechte Erfahrungen mit einem vorinformierten Patienten gemacht hat, Informationsquellen, wie etwa Zeitschriften oder Fernsehsendungen, auch dementsprechend schlecht bewertet. In diesem Zusammenhang wurden zwei Hypothesen formuliert:

F1H1: Ärzte, die bereits schlechte Erfahrungen mit vorinformierten Patienten gesammelt haben, bewerten Patienteninformationen aus externen Quellen eher negativer.

F1H2: Ärzte, die bereits schlechte Erfahrungen mit vorinformierten Patienten gesammelt haben, sprechen vorinformierten Patienten eher negative Eigenschaften zu.

Die Hypothesen gehen von der Annahme aus, dass ein negativer Zusammenhang zwischen den in diesem Falle abhängigen Variablen „Einstellung zu Patienteninformationen aus externer Quelle“, sowie „Bewertung vorinformierter Patient“ und der unabhängigen Variable „Erfahrungen mit vorinformierten Patienten“ besteht. Diese Vermutungen begründen sich durch die Tatsache, dass bereits diverse Studien die ambivalente Sichtweise der Ärzte auf vorinformierte Patienten nachweisen konnten und versucht darauf aufbauend zu klären, ob die Einstellung zu anderen Aspekten, die den vorinformierten Patient betreffen, ebenfalls negativer ausfallen.

Forschungsfrage 2: Welche Faktoren beeinflussen die Einstellung der Ärzte zu Vorinformationen und vorinformierten Patienten?

Die nächste Forschungsfrage bildet den Schwerpunkt innerhalb des Fragenkonstrukts dieser Arbeit. Sie fragt nach konkreten Faktoren, die die abhängige Variable „Einstellung zu Vorinformationen“ und „Einstellung zu vorinformierten Patienten“ negativ beeinflussen. Ausgehend von den im Fragebogen abgefragten Meinungen, Erfahrungen und Einstellungen der Ärzte wurden zu dieser Frage folgende Hypothesen abgeleitet:

F2H1: Ärzte, die weniger versiert im Umgang mit dem Internet sind, schreiben vorinformierten Patienten eher negative Eigenschaften zu.

F2H2: Ältere Ärzte schreiben vorinformierten Patienten eher negative Eigenschaften zu.

F2H3: Je mehr Ärzte ein Patient pro Tag behandelt, desto negativer beurteilt er vorinformierte Patienten.

F2H4: Ärzte, die eher das shared decision model bevorzugen, stehen Vorinformationen positiver gegenüber, als jene, die das paternalistischen Model bevorzugen.

Diese Hypothesen gehen davon aus, dass diverse unabhängige Variablen die Sicht der Ärzte auf Vorinformationen und vorinformierte Patienten negativ verstärken. Ärzte etwa, die selbst nicht viel im Internet sind und diesem eher abneigend gegenüberstehen, könnten daher gleichzeitig auch vorinformierten Patienten gegenüber skeptischer und negativer eingestellt sein. Gleiches gilt für andere Voraussetzungen, wie das Alter des Arztes und wie viele Patienten er pro Tag behandelt. Darüber hinaus wird die Annahme vertreten, dass Ärzte, die sich eher das shared decision model, also die gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patient bevorzugen, externen Patienteninformationen gegenüber positiver eingestellt sind, als jene Ärzte, die nach dem paternalistischen model handeln.

Grundlage für diese Annahmen sind zum einen Studienergebnisse, die gezeigt haben, dass vor allem ältere Ärzte dem shared decision model eher negativer gegenüberstehen, woraus die Vermutung hervorgeht, dass sie gleichzeitig auch eher abgeneigt gegenüber vorinformierten Patienten sind. Zum anderen liegt die Vermutung nahe, dass bei dem mehrmals beschriebenen Zeitmangel, unter dem Ärzte im Praxisalltag nicht selten leiden, vorinformierte Patienten eher negativ, als positiv in Erinnerung bleiben.

Forschungsfrage 3: Inwiefern unterscheidet sich der vorinformierte Patient aus Sicht der Ärzte vom Idealbild der Ärzte?

Die dritte Forschungsfrage will näher auf das Thema des idealen Patienten eingehen und fragt daher nach den Unterschieden in der Beurteilung des idealen und des vorinformierten Patienten. Aus dieser Fragestellung gehen folgende Hypothesen hervor:

F3H1: Vorinformierte Patienten sind aus ärztlicher Sicht mit negativeren Eigenschaften konnotiert, als ideale Patienten.

F3H2: Ärzte, die das shared decision model bevorzugen, stellen sich den idealen Patient eher als vorinformiert vor.

Diese Hypothesen gehen davon aus, dass vorinformierte Patienten sich vom idealen Patienten in erster Linie dadurch unterscheiden, dass sie von Ärzten mit negativeren Eigenschaften konnotiert sind. Ferner steht die zweite Hypothese für die Annahme, dass Ärzte es persönlich lieber mit vorinformierten Patienten zu tun haben, wenn sie hinter dem partnerschaftlichen, dem shared decision model stehen.

Grundlage dieser Hypothesen bildeten in erster Linie die Ergebnisse der Studien von Schmöller und Baumann. Durch ihre detaillierte Ergebnisdarstellung konnten genaue Eigenschaftsprofile der beiden Patiententypen „vorinformierter Patient“ und „idealer Patient“ ausgearbeitet werden, die schließlich in den Fragebogen eingearbeitet wurden. Durch diverse Studienergebnisse ging des Weiteren hervor, dass Ärzte nicht nur positive Eigenschaften mit vorinformierten Patienten verbinden, wodurch sich die erste Hypothese begründet. Die zweite Hypothese stützt sich auf die Annahme, dass Ärzte, die das shared decision model bevorzugen den Umstand, dass der Patient sich im Vorfeld informiert hat, als günstig bewerten und dies begrüßen.

6. Methodik

Im Methodik Teil wird zunächst erklärt, welche Forschungsmethode gewählt wurde, um die Forschungsfragen zu beantworten und wie diese im Detail umgesetzt wurde. Des Weiteren werden die dazu verwendeten Mittel, in diesem Fall der Online-Fragebogen, dargestellt. Schließlich werden die Analyseverfahren vorgestellt, die zur Überprüfung der Hypothesen eingesetzt wurden.

6.1 Forschungsdesign

Als wissenschaftliche Methode, um die Forschungsfragen beantworten zu können, wurde im Zuge dieser Arbeit eine Onlinebefragung von Allgemeinmedizinerinnen vorgenommen. Dieses

quantitative Untersuchungsdesign wurde aus dem Grund gewählt, um so viele Ärzte wie möglich in die Befragung mit einbinden zu können und somit verschiedene Gruppen, bzw. Typen von Ärzten sichtbar zu machen. Diese Gruppen können –in höherem Maße als qualitative Methoden- Aufschluss darüber geben, wie sich die allgemeine Einstellung von Ärzten gegenüber Vorinformationen und vorinformierten Patienten darstellt und wodurch diese zu Stande kommt. Darüber hinaus ist es mit Hilfe des Fragebogens möglich, viele einzelne Aspekte, die im Zusammenhang mit den zentralen Themen dieser Arbeit stehen, aufgreifen und abfragen zu können. Neben den technischen und inhaltlichen Vorteilen weist der Online-Fragebogen noch weitere positive Aspekte auf, wie etwa, dass er kostengünstig und ortsunabhängig ist. Gerade aus dem Umstand heraus, dass die Befragung mit Ärzten durchgeführt wird und der Untersuchungsgegenstand als sensibel betrachtet werden kann, ergibt sich des Weiteren die Notwendigkeit, zum einen eine schnelle Durchführung der Erhebung zu gewährleisten und zum anderen die absolute Anonymität der Teilnehmer zu garantieren.

Zu den Nachteilen des ausgewählten Methodendesigns zählen eine geringe Antwortquote, sowie der Umstand, dass die Befragung weitgehend unpersönlich ist. Trotz dieser Unpersönlichkeit kann es dennoch sein, dass weitere unerwünschte Effekte, wie die soziale Erwünschtheit zum Tragen kommen. Die Teilnehmer antworten bei dieser Form der Antwortverzerrung eher nach gesellschaftlich wünschenswerten Maßstäben und dadurch nicht unbedingt wahrheitsgetreu.¹⁷⁸

An der Umfrage teilgenommen haben ausschließlich Allgemeinmediziner aus Deutschland und Österreich, um zu einer möglichst hohen Teilnehmerzahl zu gelangen. Andere Länder wurden nicht in die Erhebung mit einbezogen, um eventuelle kulturelle Faktoren, wie etwa andere Grundvoraussetzungen des Gesundheitssystems ausklammern zu können. Mit einbezogen wurden neben sowohl Privat- und Kassenärzten, als auch niedergelassene Ärzte und jene, die in einer Klinik angestellt sind. Die Gruppe der Hausärzte wurde aus dem Grund gewählt, weil es gerade in dieser Ärztegruppe verstärkt vorkommt, dass die Ärzte eine langjährige Beziehung zu ihren oft chronisch kranken Patienten aufbauen und der Faktor der Kommunikation, Vertrauen, sowie gegenseitiges Verständnis in diesem Zusammenhang einen höheren Stellenwert einnimmt. Vor diesem Hintergrund wirken auch Vorinformationen

¹⁷⁸ Vgl. Möhring/Schlütz (2003): S. 66f.

stärker in dieses sensible Beziehungsgeflecht ein und nehmen somit eine bestimmte Problemstellung ein.

Die Befragung wurde mit dem Online-Programm Unipark¹⁷⁹ durchgeführt und fand ausschließlich online statt. Durch diverse Internetportale wurden die E-Mailadressen der Ärzte herausgesucht, um sie später anschreiben zu können. Für Österreich wurde dabei das Ärzteportal österreichischen Ärztekammer¹⁸⁰ als Grundlage verwendet. Es beinhaltet neun Unterseiten –eine für jedes Bundesland- mit einer Auflistung der Arztprofile, die durch gewisse Kriterien, wie die Benennung der Fachgruppe oder den räumlichen Umkreis eingegrenzt werden kann. Die einzelnen Seiten können im Anhang nachvollzogen werden. Da nicht jeder Eintrag in der Datenbank auch Informationen über die E-Mailadresse der Ärzte enthält, wurden die Einträge chronologisch durchgesucht. Für Deutschland wurde auf die Homepage der deutschen Bundesärztekammer¹⁸¹ zugegriffen, um Allgemeinärzte zu via E-Mail erreichen zu können. Dementsprechend gibt es hier 16 Unterseiten, die ebenfalls im Anhang aufgelistet sind und wo Ärztelisten für das jeweilige Bundesland gespeichert sind. Es wurden aus jedem deutschen und österreichischen Bundesland Ärzte angeschrieben, um den Untersuchungsraum nicht auf einen bestimmten Punkt im Land zu beschränken. Neben urbanen Räumen wurden gleichermaßen Ärzte aus ländlichen Gebieten kontaktiert.

Alle Ärzte wurden persönlich mit ihrem Titel und Namen in der E-Mail angeschrieben und mit einem informativen Begleitschreiben ermuntert, an der Befragung teilzunehmen. Insgesamt wurden 2.002 Allgemeinmediziner aus Deutschland und Österreich angeschrieben. Das Ergebnis waren 145 größtenteils vollständig ausgefüllte Fragebögen. Die Rücklaufquote betrug also lediglich 7 Prozent. 287 der angeschriebenen Ärzte haben den Fragebogen insgesamt aufgerufen. Beendet haben ihn 57 Prozent davon. Die meisten Abbrüche erfolgten auf der zweiten von insgesamt acht Seiten des Fragebogens. Die Ergebnisse wurden automatisiert in das Statistik-Programm IBM SPSS exportiert und schließlich mit der Version SPSS Statistics 23 ausgewertet.

¹⁷⁹ Vgl. <http://www.unipark.com/de/>

¹⁸⁰ Vgl. <http://www.aerztekammer.at/arztsuche>

¹⁸¹ Vgl. <http://www.bundesaerztekammer.de/service/arztsuche/>

6.2 Fragebogenkonstruktion

Im Folgenden werden der Aufbau, sowie ein inhaltlicher Überblick des Fragebogens erläutert. Der ganze Fragebogen lässt sich im Anhang dieser Forschungsarbeit finden. Er umfasst in komprimierter Form fünf Seiten und lässt sich in sechs Teile gliedern:

- Das Internetverhalten der Ärzte
- Einstellung der Ärzte zu Informationsquellen für medizinische Informationen
- Einstellung der Ärzte zu Patienteninformationen/Vorinformationen
- Bisherige Erfahrungen mit vorinformierten Patienten
- Einstellung der Ärzte zu vorinformierten Patienten
- Vorstellung der Ärzte zum idealen Patient
- Soziodemographische Daten der Ärzte

Alle Fragen des Fragebogens sind geschlossene Fragen. Das Internetverhalten wurde zum einen mit dichotomen Fragen und Fragen mit mehreren Antwortalternativen erfragt, bei welchen Einfach- oder Mehrfachauswahl gegeben war. Hierbei wurde nach der Zeit gefragt, die der Arzt durchschnittlich im Internet verbringt, welche Seiten er dabei konkret besucht und ob bzw. wie er eine eigene Homepage betreibt. Konnte er diese Frage bejahen, bekam er zwei zuzügliche Fragen gestellt, die darauf abzielten, ob er die Website mit oder ohne fachliche Unterstützung betreibt und welche Informationen darauf zu finden sind (Adressinformationen, Öffnungszeiten, Ankündigungen, medizinische Informationen, etc.).

Zum anderen wurde das Internetverhalten mittels intervallskalierten Aussagen hinterfragt, bei denen der Arzt zwischen sechs unterschiedlichen Stufen wählen konnte. Auf der linken Seite steht die Zahl 1 in diesem Zusammenhang für „stimme voll zu“, während die 6 der Aussage „stimme gar nicht zu“ gleichkommt. Inhaltlich zielten die Aussagen auf die Dauer und die Kompetenz der Internetnutzung, sowie die Einstellung zum Thema Internet als Recherchequelle ab.

Die Einstellung der Ärzte zu Informationsquellen für Patienten, sowie zu Vorinformationen im Allgemeinen wurde ebenfalls durch Intervallskalen abgefragt. Dabei ging es zunächst um die Bewertung der Ärzte von bestimmten Quellen für Patienteninformationen, wie etwa das Internet, Fernsehen oder Zeitungen. Anschließend wurde der Arzt angehalten abzuwägen, inwieweit er bestimmten Aussagen über die Wirkungsweise von (Vor-)Informationen bei Patienten zustimmt und ob er diese eher negativer oder positiver verortet. Die Aussagen selbst sprachen dabei teilweise für eine negative Bewertung von Vorinformationen

(„Vorinformationen führen zu einer falschen Risikobewertung des Patienten“) und teilweise für eine positive („Vorinformationen fördern die Selbstverantwortung des Patienten“).

Um herauszufinden, ob der Arzt bestimmte Erfahrungen mit vorinformierten Patienten bereits gemacht hat oder nicht, wurden erneut Statements vorgegeben, auf diese der Arzt mit „Ja“ oder „Nein“ antworten konnte. Hierunter zählen neben der Frage nach Meinungsverschiedenheiten mit Patienten aufgrund von Vorinformationen auch, ob sich Patienten in der Vergangenheit aus solchen Gründen bereits von ihm getrennt haben und ob er schon ein oder mehrere Male einem Patienten nachgegeben hat, um Zeit zu sparen oder eine Diskussion zu vermeiden.

Die Einstellung der befragten Ärzte zu vorinformierten Patienten, als auch ihre persönliche Sicht des idealen Patienten wurden mittels semantischen Differentialen abgefragt. Auch als Polaritätsprofile bezeichnet, findet man bei solchen kognitiven Konstrukten auf der linken Seite eher positive Aspekte wie in diesem Fall „Willensstark“, „Gelassen“ und „Nehmen mit Verantwortung ab“ und auf der rechten Seite dementsprechend eher negative Konnotationen. Hierbei konnte zwischen elf unterschiedlich starken Ausprägungen der Eigenschaften gewählt werden.

Der letzte Teil des Fragebogens diente zur Erfassung von soziodemographischen, sowie weiteren allgemeinen Daten der teilnehmenden Ärzte. Neben den Berufsjahren als Arzt und der Frage nach der Anzahl der Patienten pro Tag, sowie deren Durchschnittsalter, wurde auch nach der Größe der Stadt gefragt, in welcher sie als Arzt tätig sind. Hierbei kamen erneut Fragen mit mehreren Antwortkategorien zum Einsatz, bei welchen sich die Teilnehmer für eine Antwortalternative entscheiden mussten.

Bevor der Fragebogen verschickt wurde, wurde ein Pretest durchgeführt, der dabei half, kleinere Fehler, wie Rechtschreib- und Formulierungsfehler auszubessern. Des Weiteren wurde sich dafür entschieden, die soziodemografischen Fragen als letzten Teil zu reihen, um die Beantwortung des Fragebogens anregender zu gestalten. Die Zeit, die man benötigte, um den Fragebogen vollständig auszufüllen, wurde dabei mit zehn bis dreizehn Minuten bemessen. Der Fragebogen war schließlich im Zeitraum vom 27.7. bis zum 27.10. 2015 unter folgender Webadresse online: https://ww3.unipark.de/uc/MA_Univie/3edc/. Im gleichen Zeitraum wurden auch die Ärzte per E-Mail angeschrieben und zur Teilnahme eingeladen.

6.3 Analyseverfahren

Um die erste Forschungsfrage zu beantworten und die damit verbundenen beiden Hypothesen zu überprüfen, wurde eine Spearman Korrelation durchgeführt. Somit konnte geprüft werden, ob ein Zusammenhang zwischen bestimmten Einstellungen der Ärzte und ihren bisherigen Erfahrungen besteht. Zum einen wurde dieses Verfahren gewählt, weil bei zwei von den drei Variablen keine Normalverteilung vorliegt, zum anderen weil eine Variable zum Teil ordinalskaliert ist.

Die darauffolgenden drei Hypothesen der zweiten Forschungsfrage (F2H1 bis F2H3) wurden mit einer Multiplen Regression und der Backward Methode überprüft. Dabei wurde der Einfluss verschiedener Faktoren auf eine abhängige Variable, in diesem Fall die Einstellung der Ärzte zu vorinformierten Patienten getestet. Es wurde sich für dieses Analyseverfahren entschieden, da mehrere Einflussfaktoren für die Ausprägung der Eigenschaft in Frage kommen. Um die Hypothese F2H1, die den Einflussfaktor der Internetnutzung der Ärzte näher untersucht, sorgfältiger prüfen zu können, wurde zusätzlich eine Varianzanalyse durchgeführt. Durch den Kruskal-Wallis-Test konnten Ärzte verschiedenen Internetnutzertypen zugeordnet und auf unterschiedliche Ausprägungen im Hinblick auf die Bewertung von vorinformierten Patienten untersucht werden. Die letzte Hypothese der zweiten Forschungsfrage, F2H4, die annimmt, dass Ärzte, die nach dem shared decision model handeln, Vorinformationen eher etwas Positives abgewinnen können, wurde mittels Mann-Whitney-U-Test untersucht. Dies geschah, weil keine Normalverteilung der Variablen gegeben ist. Dieser Test verglich die Ausprägung der abhängigen Variable von zwei unterschiedlichen Gruppen miteinander.

Um die erste Hypothese der dritten Forschungsfrage (F3H1) zu prüfen, wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholung angewendet. Die beiden abhängigen Stichproben, die jeweilige Einstellung zu vorinformierten Patienten und dem idealen Patient, wurden durch das Verfahren des Wilcoxon-Tests miteinander verglichen. Im Zuge der Prüfung der letzten Hypothese (F3H2) wurde nochmals eine Spearman Korrelation angewandt. Dadurch konnte getestet werden, ob sich die Anhänger des shared decision models den idealen Patienten eher als vorinformiert vorstellen oder nicht.

7. Ergebnisse

Der Ergebnisteil gliedert sich in elf Kapitel. Zunächst wird die Gesamtheit der Ärzte, die an der Umfrage teilgenommen haben, demographisch beschrieben. Darauffolgen die verschiedenen Aspekte, denen sich die Umfrage im Zuge dieser Forschungsarbeit gewidmet hat. In der Reihenfolge, wie sie hier vorkommen sind das die bisherigen Erfahrungen der Ärzte mit vorinformierten Patienten, ihre Einstellung zu Informationsangeboten, ihre Internetnutzung, ihre Einstellung zu Vorinformationen und vorinformierten Patienten, ihre Einstellung zum shared decision model, sowie ihre Vorstellung über den idealen Patienten. Den Schwerpunkt bilden jene Kapitel dazwischen, die die Hypothesen prüfen und in diesem Zusammenhang die Forschungsfragen beantworten.

7.1 Die Ärzte

Die 145 an der Umfrage teilgenommenen Ärzte setzen sich aus einer Mehrheit an Männern (60 Prozent¹⁸²) und etwas weniger Frauen (40 Prozent) zusammen. Dies kann dadurch erklärt werden, dass es ebenfalls (noch) vermehrt Männer sind, die den Beruf des Allgemeinarztes ausüben.¹⁸³ Das Durchschnittsalter der Teilnehmer liegt bei 51 Jahren. Die meisten Teilnehmer sind darüber hinaus verheiratet (73 Prozent) oder leben in einer Partnerschaft (14 Prozent). Der durchschnittliche Teilnehmer zählt bereits 25 Berufsjahre als Arzt.

Die Verteilung der Teilnehmer auf die beiden Länder Österreich und Deutschland ist mit 77 zu 22 Prozent unausgeglichen. Dass die meisten teilnehmenden Ärzte in Österreich tätig sind könnte daran liegen, dass die Befragung im Zuge des Studiums an der Universität Wien stattfand und die Motivation an der Teilnahme daher bei österreichischen Ärzten höher war, als bei deutschen. Die meisten Ärzte, etwa ein Drittel, sind in einer Großstadt tätig. Ein weiteres Drittel arbeitet in einer Ortschaft unter 5.000 Einwohnern.

Das durchschnittliche Alter ihrer Patienten beziffern die meisten Ärzte mit 45 Jahren. Etwa 56 Patienten empfängt jeder Arzt pro Tag. Dabei muss beachtet werden, dass diese Zahl nur wenig allgemeine Aussagekraft hat, da Privatärzte im Durchschnitt weniger Patienten empfangen, als Kassenärzte oder österreichische Wahlärzte. Etwas mehr als ein Drittel der Teilnehmer setzt sich aus Privat- bzw. Wahlärzten zusammen, der mehrheitliche Rest (62

¹⁸² Alle Prozentangaben werden im Ergebnisteil auf ganze Prozente auf- oder abgerundet.

¹⁸³ Vgl. Hibbeler/Korzilius (2008): S. 610

Prozent) sind Kassenärzte. Die Mehrheit der Allgemeinmediziner sind niedergelassene Ärzte (77 Prozent). 10 weitere Prozent sind zusätzlich oder ausschließlich stationär tätig.

7.2 Erfahrungen mit vorinformierten Patienten

Die Erfahrungen der Ärzte wurden durch sieben Ja/Nein-Fragen erhoben, bei denen sich die Ärzte entscheiden mussten, ob ihnen ein bestimmtes Ereignis schon einmal passiert ist, oder nicht. Die folgende Balkendiagramme (Abbildung 5 und Abbildung 6) zeigen, welche Ereignisse im Fragebogen abgefragt wurden und von wie viel Prozent der Ärzte sie bereits erlebt wurden.

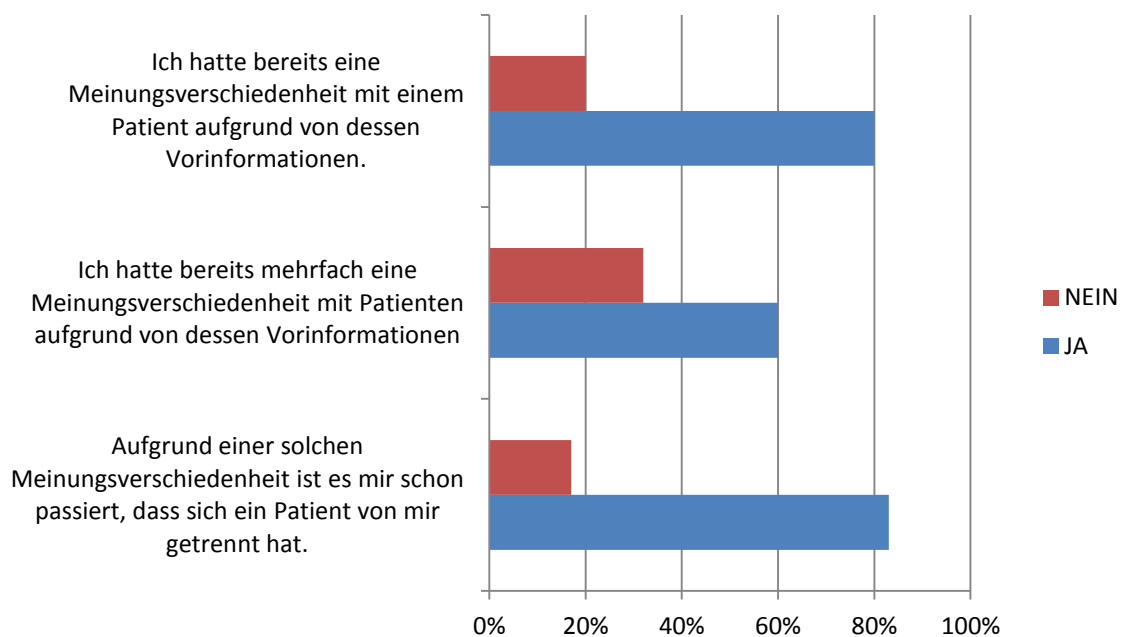


Abbildung 5: Erfahrung 1

Wie im Diagramm zu sehen ist, hatte die Mehrheit der befragten Ärzte bereits eine Meinungsverschiedenheit mit einem Patienten aufgrund von medizinischen Informationen, die sich der Patient eigens angeeignet hat. Etwas weniger Mediziner geben dagegen an, dass ihnen das bereits mehr als einmal passiert ist (68 Prozent). Es widerspricht sich, dass 83 Prozent der Ärzte angeben, dass sich ein Patient bereits wegen Meinungsverschiedenheiten aufgrund von Vorinformationen von ihnen getrennt hat, wohingegen nur 80 Prozent überhaupt Meinungsverschiedenheiten mit vorinformierten Patienten gehabt haben wollen.

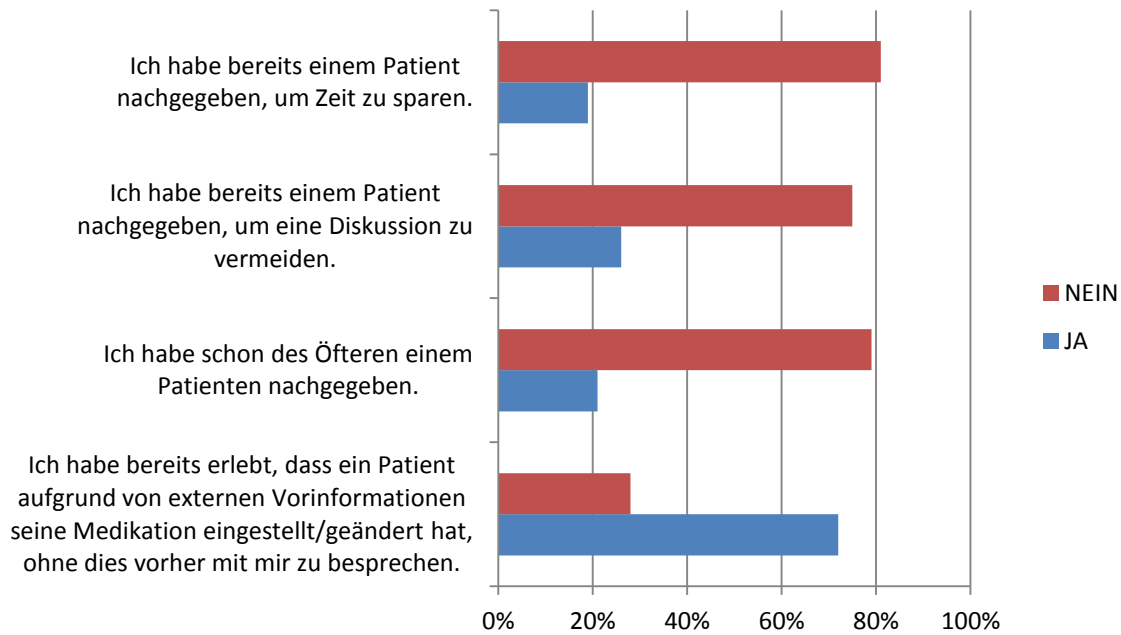


Abbildung 6: Erfahrung 2

In Abbildung 6 zeigt sich, dass die meisten Ärzte bisher weder einem Patienten nachgegeben haben, um Zeit zu sparen (81 Prozent), noch um eine Diskussion zu vermeiden (75 Prozent). Gemeint sind damit speziell jene Fälle, in welchen der Arzt ein bestimmtes Medikament verschreiben wollte, aber dem Wunsch des Patienten nachgibt und ihm schließlich ein anderes verschreibt. Voraussetzung dafür ist, dass das Medikament für den Patienten geeignet ist.¹⁸⁴

Die Ergebnisse konnten weiterhin zeigen, dass etwas mehr Ärzte einem Patienten nachgeben, um eine Diskussion zu vermeiden (25 Prozent), als Zeit zu sparen (19 Prozent). Daher liegt die Vermutung nahe, dass der Faktor Zeit eine weniger ausschlaggebende Rolle spielt, als eine Kommunikation mit dem Patienten, die ohne Diskussion auskommt. 21 Prozent der Ärzte können bestätigen, dass sie bereits mehrfach einem Patient nachgegeben haben.¹⁸⁵

Es muss beachtet werden, dass gerade bei den Fragen zu diesem Thema die soziale Erwünschtheit das Messergebnis verfälscht haben könnte, da es die Teilnehmer als

¹⁸⁴ Wortlaut im Fragebogen: „Ich habe bereits einem Patient nachgegeben (z.B. ein vom Patient gewünschtes Medikament verschrieben, das zwar für den Patienten geeignet ist, aber nicht meine erste Wahl gewesen wäre), um eine Diskussion zu vermeiden.“

¹⁸⁵ Wortlaut im Fragebogen: „Ich habe schon des Öfteren einem Patienten nachgegeben (z.B. ein vom Patient gewünschtes Medikament verschrieben, das zwar für den Patienten geeignet ist, aber nicht meine erste Wahl gewesen wäre).“

unangenehm empfinden könnten, bei jenen Aussagen wahrheitsgemäße Aussagen zu treffen.¹⁸⁶

7.3 Einstellung zu Informationsangeboten

Die Meinung der Ärzte zu verschiedenen Informationsangeboten für Patienten wurde mittels Intervallskala abgefragt, bei welcher die Ärzte zwischen sechs verschiedenen Ausprägungen der jeweiligen Aussagen wählen konnten. Jene Aussagenniveaus wurden schließlich zu „stimme zu“, „stimme teilweise zu“ und „stimme nicht zu“ zusammengefasst. Dabei zeigt sich, dass keine der abgefragten Medien von einer Mehrheit der Ärzte als geeignetes Patienteninformationsmedium angesehen wird. Die meisten Teilnehmer verorten sich in fast allen Fällen vornehmlich in der Mitte und stimmen damit jeweils nur teilweise den verschiedenen Informationskanälen zu.

Am ungeeignetsten für den Patienten werden mit Abstand Arztserien, wie etwa Der Bergdoktor (ZDF) als Quelle medizinischer Informationen beurteilt (83 Prozent). Das Internet erhält mit der Online-Enzyklopädie Wikipedia den Zuspruch der größten Gruppe innerhalb der Aussagen zu Informationsangeboten (28 Prozent). Darauf folgen medizinische Fernsehsendungen (23 Prozent) und medizinische Fachbücher, die von 17 Prozent der Ärzte als geeignetes Medium für Patienten erachtet werden. Generell zweifelt die Mehrheit der Ärzte zumindest teilweise an der Richtigkeit der im Internet dargebotenen Informationen (79 Prozent).

Aus der Tatsache, dass die meisten Ärzte mehrheitlich nicht für ein bestimmtes Medium sprechen, könnte geschlossen werden, dass sie sich selbst als beste Quelle für die Patienten sehen, wenn es um medizinische Informationen geht. Dies bestätigt weiterhin das Ergebnis, dass über die Hälfte (55 Prozent) der Teilnehmer die Ansicht vertritt, dass dem Patienten die fachliche Kompetenz fehlt, um mit medizinischen Informationen aus dem Internet sinnvoll umgehen zu können. Nur 15 Prozent sind der Meinung, dass dem nicht so ist.

7.4 F1: Zusammenhänge zwischen Erfahrung und Einstellung

Forschungsfrage 1: Inwiefern hängt die Einstellung der Ärzte zu vorinformierten Patienten und Informationsquellen mit ihren Erfahrungen mit vorinformierten Patienten zusammen?

¹⁸⁶ Vgl. Möhring/Schlütz (2010): S. 66f.

Um die erste Forschungsfrage zu beantworten, wurden zwei Korrelationen –eine pro Hypothese- durchgeführt. Die zu untersuchenden Variablen waren dabei auf der einen Seite die Gesamtmenge aller abgefragten Erfahrungen der Ärzte mit vorinformierten Patienten, welche jeweils die unabhängige Variable darstellt.

- Ich hatte bereits eine Diskussion/Meinungsverschiedenheit mit einem Patient aufgrund von Meinungsverschiedenheiten mit dem Patient.
- Ich hatte bereits mehrfach eine Diskussion/Meinungsverschiedenheit mit einem Patient aufgrund von Meinungsverschiedenheiten mit dem Patient.
- Aufgrund einer Meinungsverschiedenheit durch Vorinformationen ist es mir schon passiert, dass sich ein Patient von mir getrennt hat.
- Ich habe bereits einem Patient nachgegeben (z.B. ein von ihm gewünschtes Medikament verschrieben, das zwar für den Patient geeignet ist, aber nicht meine erste Wahl gewesen wäre), um eine Diskussion zu vermeiden.
- Ich habe bereits einem Patient nachgegeben (z.B. ein von ihm gewünschtes Medikament verschrieben, das zwar für den Patient geeignet ist, aber nicht meine erste Wahl gewesen wäre), um Zeit zu sparen.
- Ich habe schon des Öfteren einem Patient nachgegeben (z.B. ein von ihm gewünschtes Medikament verschrieben, das zwar für den Patient geeignet ist, aber nicht meine erste Wahl gewesen wäre), um Zeit zu sparen.
- Ich habe bereits erlebt, dass sich ein Patient aufgrund von Vorinformationen.

Auf der anderen Seite stellt die abhängige Variable der ersten Hypothese die Bewertung des Arztes verschiedener Patienteninformationen bzw. seine Einstellung zu folgenden Aussagen.

- Ich zweifle an der Richtigkeit der im Internet dargebotenen medizinischen Informationen
- Ich erachte Wikipedia als Quelle medizinischer Informationen für die Patienten als hilfreich.
- Ich erachte Gesundheitsportale/-foren (z.B. netdoktor.de etc.) als Quelle medizinischer Informationen für die Patienten als hilfreich.
- Ich erachte medizinische Fernsehsendungen (z.B. Medizin&Gesundheit (ZDF), Abenteuer Diagnose (NDR) etc.) als Quelle medizinischer Informationen für die Patienten als hilfreich.

- Ich erachte Tageszeitungen als Quelle medizinischer Informationen für die Patienten als hilfreich.
- Ich erachte Gesundheitszeitschriften (z.B. Apotheken Umschau, Neue Gesundheit etc.) als Quelle medizinischer Informationen für die Patienten als hilfreich.
- Ich erachte Wikipedia als Quelle medizinischer Informationen für die Patienten als hilfreich.
- Ich erachte Arztserien (z.B. Grey's Anatomy (Pro7), Der Bergdoktor (ZDF) etc.) als Quelle medizinischer Informationen für die Patienten als hilfreich.
- Ich erachte medizinische Fachbücher als Quelle medizinischer Informationen für die Patienten als hilfreich.

F1H1: Ärzte, die bereits schlechte Erfahrungen mit vorinformierten Patienten gesammelt haben, bewerten Patienteninformationen aus externen Quellen eher negativer.

Die erste Hypothese, welche einen Zusammenhang zwischen schlechten Erfahrungen der Ärzte mit vorinformierten Patienten und deren Bewertung von externen Patienteninformationen, wie das Fernsehen oder Zeitschriften, annimmt, konnte im Zuge dieses Analyseverfahrens nicht verifiziert werden ($p=0,407$). Jene Variable, die alle Erfahrungen der Ärzte miteinschließt, korreliert folglich nicht mit der Variable der Beurteilung verschiedener Informationsangebote. Die Ergebnistabellen zu dieser Hypothese können im Anhang gefunden werden.

Dieses Ergebnis lässt sich womöglich durch den zu geringen inhaltlichen Zusammenhang zwischen Patienteninformationen und den Erfahrungen mit vorinformierten Patienten erklären. Ärzte, die bereits eine (oder mehrere) schlechte Erfahrung(en) mit Patienten aufgrund von externen Informationen gemacht haben, müssen also nicht gleichzeitig auch die verschiedenen Informationsangebote zu medizinischen Themen als negativ beurteilen. Des Weiteren weist die Variable „Erfahrung der Ärzte“, sofern man alle abgefragten Statements¹⁸⁷ mit einbezieht, nur eine mittelmäßige Reliabilität (0,66) auf.

F1H2: Ärzte, die bereits schlechte Erfahrungen mit vorinformierten Patienten gesammelt haben, sprechen vorinformierten Patienten eher negative Eigenschaften zu.

¹⁸⁷ Siehe Kapitel 7.2 Erfahrungen mit vorinformierten Patienten

Bei dieser Hypothese bildet sich die unabhängige Variable wie in jener zuvor aus den bereits dargelegten abgefragten Erfahrungen der Ärzte. Die abhängige Variable ist in diesem Fall die Einstellung des Arztes zu vorinformierten Patienten, die mittels Eigenschaftsprofil abgefragt wurde. Folgende Aspekte wurden dabei in die Variable mit einbezogen.

- Willensstark – Verunsichert
- Furchtlos – Ängstlich
- Harmonisch/Wohlgesinnt – Streitlustig
- Gehorchend – Fordernd
- Vitalisierend – Anstrengend
- Gelassen/Entspannt – Angespannt
- Sympathisch – Unsympathisch
- Informiert über sein eigenes Krankheitsbild – Uninformiert über sein eigenes Krankheitsbild
- Hoher Bildungsgrad – Niedriger Bildungsgrad
- Vertraut meiner Urteilskraft – Misstraut meiner Urteilskraft
- Bereitschaft, an medizinischen Entscheidungsprozessen mitzuarbeiten – Keine Bereitschaft, an medizinischen Entscheidungsprozessen mitzuarbeiten

Ebenfalls keine Korrelation ergibt sich bei der Prüfung der zweiten Hypothese, die einen Zusammenhang zwischen den Erfahrungen der Ärzte und ihrer Einstellung zu vorinformierten Patienten vermutet ($p=0,222$). Auch hier wurden zunächst alle einzelnen Erfahrungswerte mit in die Variable einbezogen. Ein Grund dafür könnte sein, dass die ausgewählten Aussagen einen unzureichenden Indikator für schlechte Erfahrungen darstellen.

Bezieht man nur die ersten beiden im Fragebogen abgefragten Aussagen zur unabhängigen Variable ein,

- Ich hatte bereits eine Diskussion/Meinungsverschiedenheit mit einem Patient aufgrund von Meinungsverschiedenheiten mit dem Patient und
- Ich hatte bereits mehrfach eine Diskussion/Meinungsverschiedenheit mit einem Patient aufgrund von Meinungsverschiedenheiten mit dem Patient,

so lässt sich eine Korrelation feststellen ($p=0,044$). Diese beiden Variablen weisen darüber hinaus eine bessere Reliabilität auf (0,78), als die zuvor getestete Variable. Es besteht folglich ein signifikanter Zusammenhang zwischen jenen Ärzten, die bereits eine Differenz mit

vorinformierten Patienten hatten und ihrer generellen Beurteilung derselben. Die Ergebnistabellen zu dieser Hypothese können im Anhang gefunden werden.

Interessant ist ferner, dass man ebenfalls keine signifikanten Werte erhält, wenn man die erste Hypothese auf letztere Weise überprüft ($p=0,222$). Es lässt sich also kein Zusammenhang zwischen bestimmten negativen Erfahrungen von Ärzten mit vorinformierten Patienten und ihrer Sicht auf Informationsangebote nachweisen.

Die erste Forschungsfrage kann schließlich damit beantwortet werden, dass die Einstellung der befragten Ärzte zu Patienteninformationen bzw. externen Informationsquellen in diesem Fall nicht mit ihren bisherigen Erfahrungen mit vorinformierten Patienten zusammenhängt. Anders verhält es sich jedoch zur Einschätzung derselben, die sich als signifikant negativer gestaltet, sofern Meinungsverschiedenheiten in der Vergangenheit vorliegen.

7.5 Die Internetnutzung der Ärzte

Die Analyse der Ergebnisse bezüglich des Verhaltens und der Einstellung zum Internet hat ergeben, dass die meisten Ärzte (77 Prozent) von sich behaupten, sich im Internet gut zurechtzufinden. Ein ebenso hoher Anteil teilt die Meinung, dass sich das Internet gut für die eigenen medizinischen Recherchen eignet und im Begriff ist, andere Medien, die in der Vergangenheit zur medizinischen Recherche verwendet wurden, abzulösen.

Was den Patientenkontakt via E-Mail betrifft, so sind die befragten Ärzte weitgehend in zwei Gruppen gespalten. Während etwa ein Drittel (30 Prozent) mehrmals die Woche Kontakt zu Patienten pflegt und 19 Prozent zumindest mehrmals im Monat auf diese Weise Kontakt zu Patienten haben, haben 28 Prozent nur mehrmals jährlich und neun Prozent seltener als jährlich Kontakt. 13 Prozent hatten noch nie Mailkontakt mit Patienten. Die Hälfte (49 Prozent) kann sich vorstellen, erneut bzw. überhaupt E-Mailkontakt mit Patienten aufzunehmen, während sich dies andere Hälfte nicht (mehr) vorstellen kann.

Die meisten Ärzte haben noch nichts zu einem medizinischen Thema im Internet veröffentlicht (88 Prozent) und können sich dies auch für die Zukunft nicht vorstellen (75 Prozent). Viele der befragten Ärzte nutzen das Internet um das Online-Lexikon Wikipedia (51 Prozent) und Gesundheitsforen und –Portale zu besuchen (50 Prozent). Ein kleinerer Teil ist dabei auf Nachrichtenseiten (24 Prozent) und Seiten sozialer Netzwerke unterwegs (acht Prozent). Im Schnitt verbringen die Ärzte etwa eine Stunde privat, sowie eine Stunde beruflich pro Tag im Netz.

Ferner wurden Fragen zur Website der Ärzte gestellt, die die Mehrheit der Ärzte (62 Prozent) betreibt. Davon leiten diese Website mehr als ein Drittel (37 Prozent) selbstständig und ohne fachliche Unterstützung. Nahezu alle Websitebetreiber führen darüber hinaus Informationen wie Adresse (100 Prozent), Telefonnummer (98 Prozent), Öffnungszeiten (94 Prozent), sowie E-Mailadresse (92 Prozent) auf ihrer Homepage. Etwas weniger, dennoch die Mehrheit machen medizinische Informationen (69 Prozent) und Ankündigungen für die Außenwelt online zugänglich.

Es muss an dieser Stelle beachtet werden, dass die angewandte Methode zur Erhebung dieser Daten, die Online-Befragung, dazu geführt haben kann, dass vermehrt Ärzte an der Umfrage teilgenommen haben, die grundsätzlich versierter im Umgang mit dem Internet sind, wodurch auch die relativ hohe Zahl der Websitebetreiber entstanden sein könnte. Auch weitere Ergebnisse könnten dadurch leicht verfälscht worden sein, sodass der Anteil der Fürsprecher des Internets und derer, die versierter im Umgang damit sind, erhöht ist.

7.6 Einstellungen zu Vorinformationen

Die Einstellungen der Ärzte zum Thema Vorinformationen wurden erneut mittels Intervallskala abgefragt. Dabei konnten sich die Teilnehmer zwischen sechs unterschiedlichen Ausprägungen der Aussage entscheiden, die letztlich zu „stimme zu“, „stimme teilweise zu“ und „stimme nicht zu“ zusammengefasst wurden. In der folgenden Abbildung zeigen sich zunächst jene Aussagen zu Vorinformationen, bei denen unter einer Mehrheit der Ärzte Einigkeit zwischen Zustimmung oder Ablehnung herrscht.

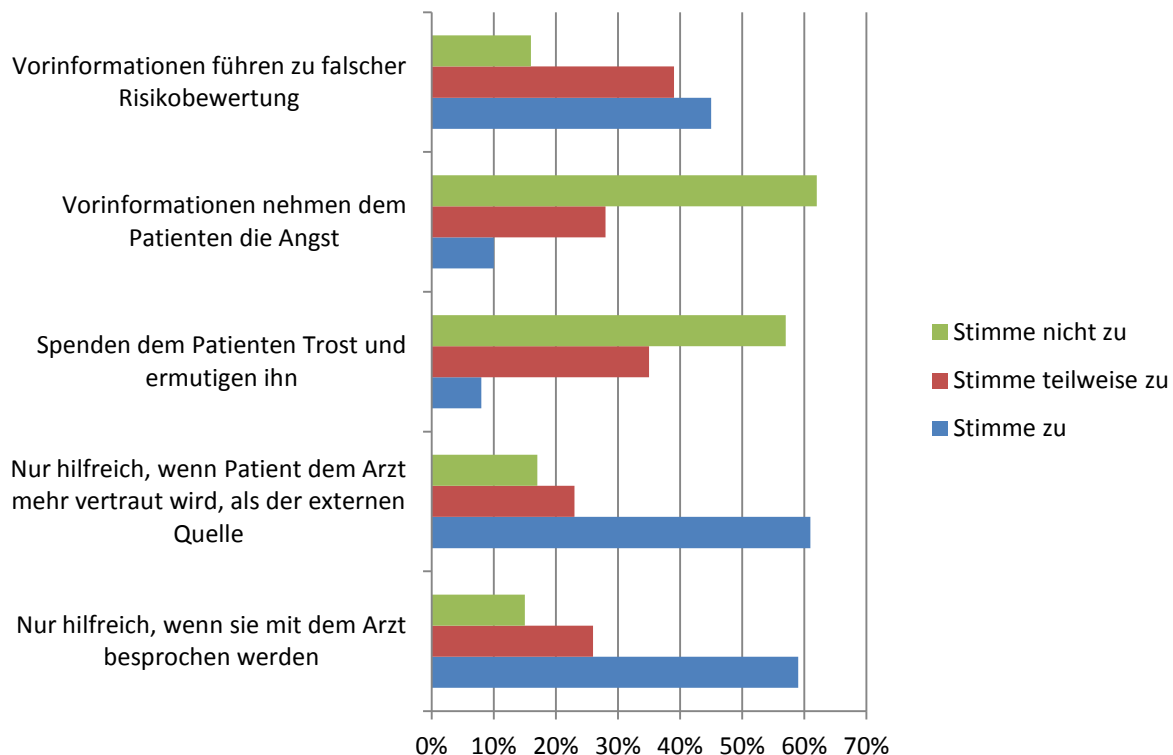


Abbildung 7: Einstellung zu Vorinformationen 1

So ist in Abbildung 8 zu sehen, dass die befragte Ärzteschaft von bestimmten Eigenschaftszuschreibungen, wie z. B. dass Vorinformationen den Patienten Trost spenden, sie ermutigen oder ihnen die Angst nehmen, Abstand nehmen. Eine leichte Mehrheit ist dagegen der Ansicht, sie führen zu einer falschen Risikobewertung des Patienten, etwa bei bestimmten Medikamenten oder Ähnlichem (45 Prozent). Ferner sind die meisten Ärzte jeweils der Ansicht, dass Vorinformationen nur hilfreich und nützlich für den Patienten sein können, wenn dieser erstens jene Informationen mit seinem Arzt auch bespricht (59 Prozent) und zweitens seinem Arzt letztlich mehr vertraut als den Informationen aus externer Quelle (61 Prozent).

Aus diesen Ergebnissen erhält man das Bild, dass Ärzte diesem Thema sehr skeptisch gegenüber stehen. Dies könnte daran liegen, dass Ärzte die positiven Effekte, die die externe Informationssuche für die Patienten mit sich bringt, nicht immer zu Gesicht bekommen und daher das Gefühl haben, Vorinformationen sind eher schädlich für den Patienten. Bei einer Mehrheit der Aussagen verorten sich die Ärzte lieber in der Mitte, wie die folgende Abbildung zeigt.

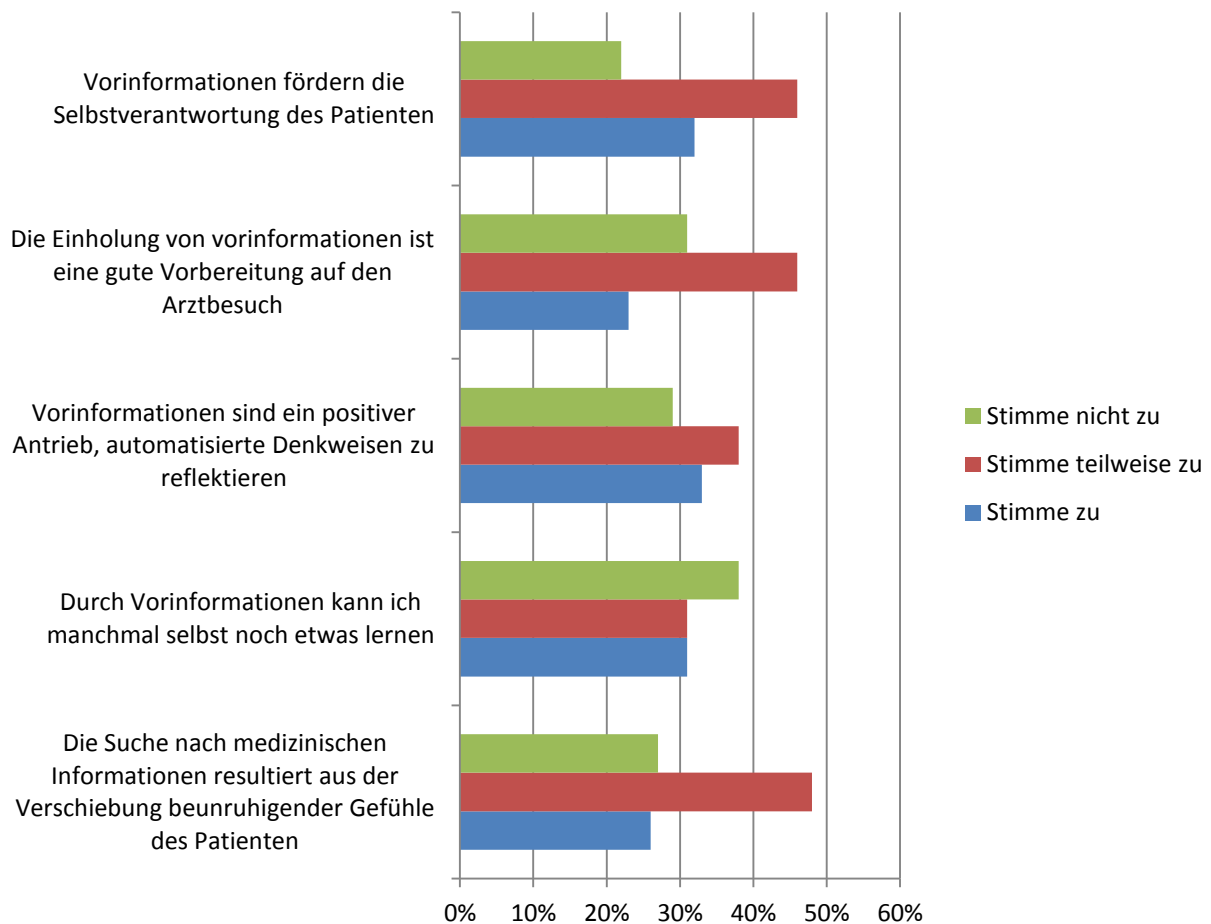


Abbildung 8: Einstellung zu Vorinformationen 2

Hier zeigt sich deutlich die Uneinigkeit der Ärzte zu diesem Thema. Während die einen der Meinung sind, Vorinformationen sind eine gute Vorbereitung auf den Arztbesuch, fördern die Selbstverantwortung des Patienten oder sind ein positiver Antrieb für den Arzt, sehen andere dies ganz und gar nicht so. Eine mögliche Erklärung für diese Ergebnisse könnte sein, dass die Einstellung der Ärzte zu diesem Themenbereich auf bestimmten Erfahrungen beruht, die sich bei jedem Arzt anders gewichten. Darüber hinaus mag es eine Rolle spielen, wie der Arzt mit diesen Erfahrungen umgeht und welche Schlüsse er daraus für sich gezogen hat.

7.7 Einstellungen zu vorinformierten Patienten

Das bereits mehrfach beschriebene ambivalente Bild, das Ärzte von vorinformierten Patienten haben, spiegelt sich auch in den Ergebnissen dieser Arbeit wieder. Bei einer Vielzahl der Eigenschaften, die die teilnehmenden Ärzte mittels Polaritätsprofilen der Gruppe von vorinformierten Patienten zuordnen sollten, zeigt sich eine weitestgehend gespaltene Sichtweise. Gleichzeitig verzichtet stets etwa ein Fünftel bis ein Viertel der Teilnehmer, zu

einer bestimmten Eigenschaft zu tendieren und verortet sich lieber in der neutralen Mitte. Die folgende Abbildung zeigt die konkrete Verteilung der Meinungen. „Links“ steht in die Tendenz zur linken Eigenschaft (z.B. „Verunsichert“), „Rechts“ bedeutet, dass eher die rechte Eigenschaft als zutreffend erachtet wird (z.B. „Willensstark“).

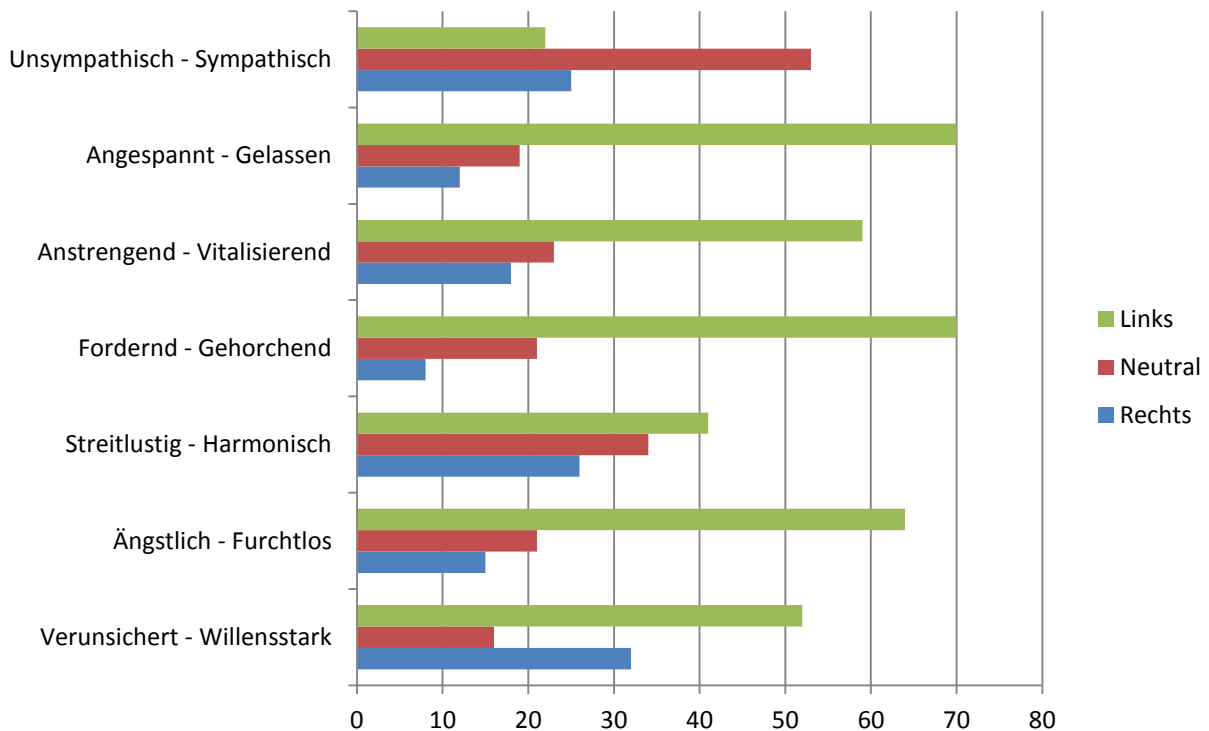


Abbildung 9: Eigenschaftsprofil vorinformierter Patient

Die Mehrheit der Ärzte nimmt den vorinformierten Patient eher als verunsichert (52 Prozent), ängstlich (64 Prozent), streitlustig (41 Prozent), fordernd (70 Prozent), anstrengend (59 Prozent) und angespannt (70 Prozent) war. Mit Ausnahme des Aspekts der Sympathie, bei welchem sich die Ärzte mehrheitlich lieber nicht festlegen, ob sie vorinformierte Patienten eher als sympathisch oder unsympathisch einstufen, tendieren die meisten Ärzte generell eher zur linken Eigenschaft. Am stärksten ausgeprägt zeigt sich dieses Bild bei den Eigenschaften „Fordernd“ und „Angespannt“, die von 70 Prozent der Ärzte den alternativen Eigenschaften „Gehorchend“ und „Gelassen“ vorziehen. Ähnlich verhält es sich mit dem Charakteristikum „Ängstlich“, dass von 64 Prozent der Teilnehmer gewählt wurde.

Nun ist es in vielen dieser Fälle so, dass die linke Eigenschaft eher negativere Konnotationen enthält, als die rechte Eigenschaft. Es muss jedoch bedacht werden, dass bestimmte Eigenschaften nicht zwingend als positiv oder negativ eingestuft werden können. Darüber hinaus werden manche Eigenschaften als positiv angesehen, sind aber gleichzeitig nicht

unbedingt immer angebracht in einer ärztlichen Sprechstunde. Die angeführten Merkmale sollen dem zu Folge nicht als statisch festgeschriebene Typen verstanden werden, sondern vielmehr als gewisses Kennzeichen und Attribute von Wesensmerkmalen, die manchen vorinformierten Patient nach Meinung der Ärzte zugrunde liegen.

Ferner ergaben die Ergebnisse, dass Ärzte den vorinformierten Patient als einen Patient mit höherem Bildungsgrad sehen (85 Prozent), was die im Theorieteil vorgestellte Studie zu diesem Thema bestätigt.¹⁸⁸ Darüber hinaus gibt eine Mehrheit der befragten Ärzte an, dass vorinformierte Patienten ihre Ärzte öfter besuchen würden (43 Prozent), während sie vorinformierte Patienten eher als weniger schwer erkrankt ansehen (38 Prozent) als jene, die nicht informiert in die Sprechstunde kommen.

Um die Meinungen der Teilnehmer zum Thema „Arbeit mit einem vorinformierten Patient“ zu erfahren, wurden sie weiterhin mit Hilfe von Polaritätsprofilen befragt, bei denen sie eine Aussage auf der linken Seite sahen, während sich auf der rechten Seite die gegenteilige Aussage befand. Dazwischen lagen elf Abstufungen, bei denen der Mediziner wiederum die Möglichkeit hatte, sich bei einzelnen Aussagen nicht genau festzulegen. Es zeigt sich in den Ergebnissen ein recht positives Bild, dass die Ärzte offenbar in diesem Zusammenhang mit einem vorinformierten Patienten empfinden (Abbildung 10).

¹⁸⁸ Vgl. Streich (2004): S. 4

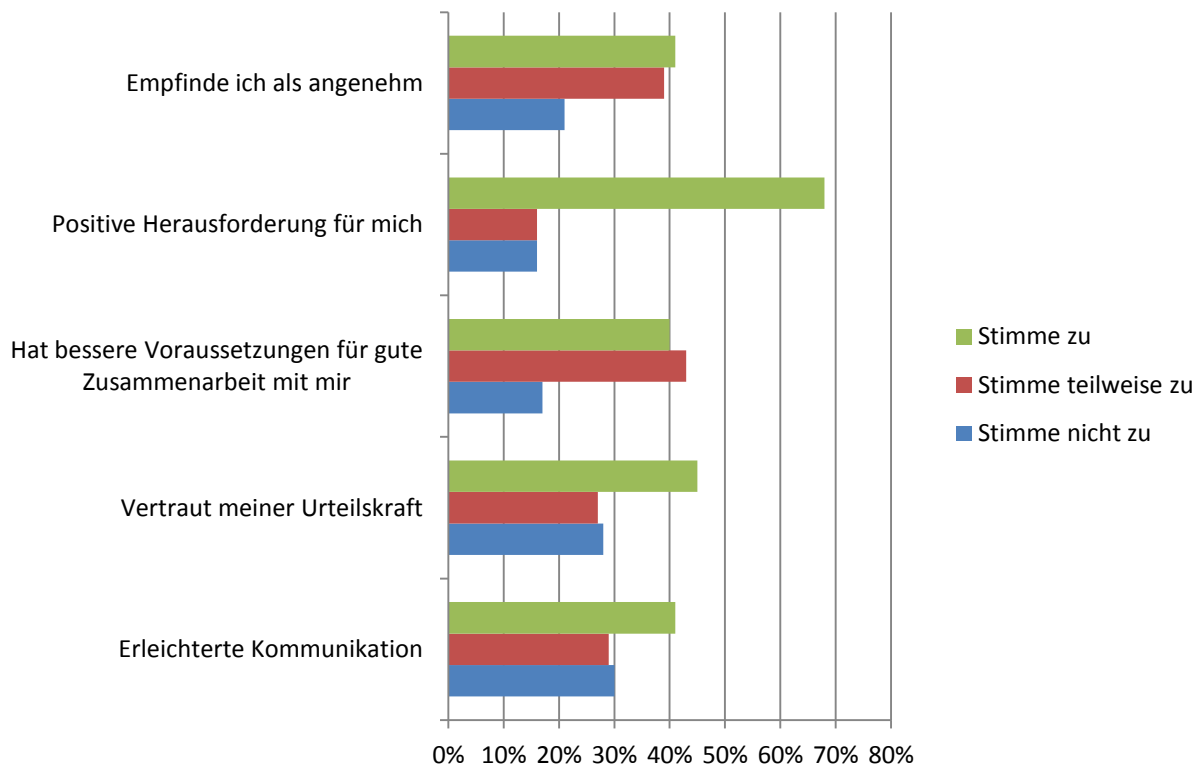


Abbildung 10: Zusammenarbeit mit vorinformiertem Patienten 1

In der Abbildung ist zu sehen, dass die meisten Ärzte (jeweils 68 Prozent) vorinformierte Patienten als positive Herausforderung empfinden und das Gefühl haben, dass sich diese an medizinischen Entscheidungsprozessen beteiligen wollen. Der vorinformierte Patient wird also als ein aktiver und tatkräftiger Patient erlebt. Als grundsätzlich angenehm empfinden 41 Prozent der Ärzte einen solchen Patienten. Ebenfalls 41 Prozent beurteilen die Kommunikation im Vergleich zu einem nicht informierten Patienten als leichter, wobei ein knappes Drittel (29 Prozent) hier keinen Unterschied zu einem nicht informierten Patienten sieht. Auffallend ist weiterhin, dass ein vergleichsweise hoher Prozentsatz ebenfalls keine Unterschiede in der Güte der Zusammenarbeit sieht. Etwa die Hälfte (45 Prozent) hat das Gefühl, der vorinformierte Patient vertraut der Urteilstkraft seines Arztes, während 27 Prozent sich bei dieser Aussage nicht genau festlegen können.

Diese Ergebnisse fallen deutlich weniger negativ aus, als jene der Eigenschaftszuordnungen. Der Arzt kann also, auch wenn gewisse Merkmale des Patienten als schwierig erlebt werden, der Arbeit mit ihm gewisse positive Aspekte abgewinnen und sieht ferner sogar Vorteile in der Sprechstunde mit diesem Patiententyp. Die folgende Grafik zeigt die vom Arzt eher als negativ erlebten Seiten in diesem Zusammenhang.

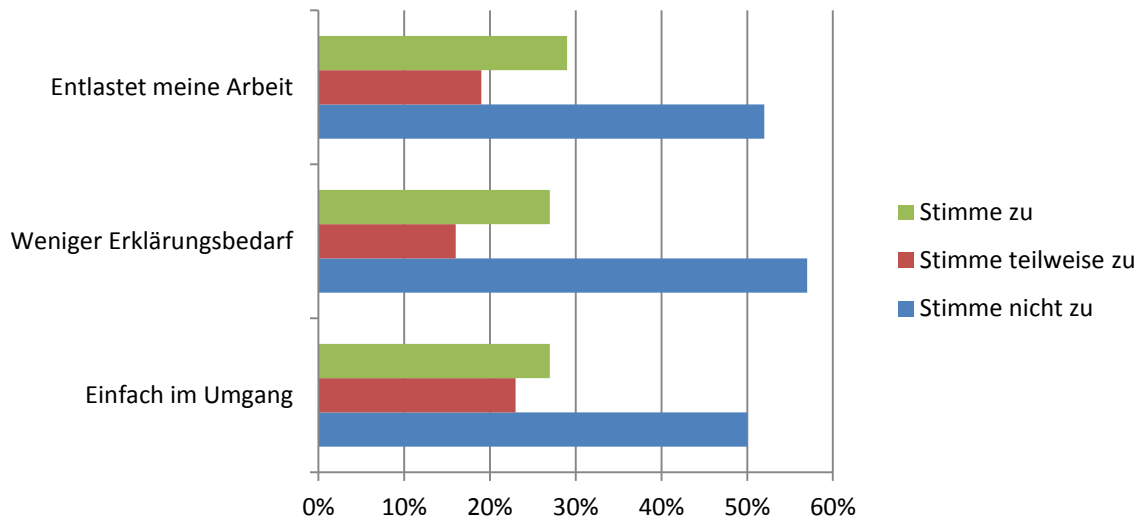


Abbildung 11: Zusammenarbeit mit vorinformiertem Patienten 2

Wenngleich in Abbildung 10 deutlich wurde, dass ein vorinformierter Patient als positive Herausforderung wahrgenommen wird, sehen 52 Prozent der Ärzte die Arbeit mit ihm eher als belastend an. Ein möglicher Grund dafür könnte der Erklärungsbedarf sein, der nach der Meinung von 57 Prozent der Ärzte bei einem vorinformierten Patient zunimmt. Ferner wird der Patient sicher nicht zuletzt auch deshalb von der Hälfte der Ärzte als schwieriger im Umgang erlebt. Es fließen demnach entsprechende negative Einflussfaktoren in die Arbeit mit einem vorinformierten Patienten ein, die das Arbeitsklima des Arztes schwieriger gestalten. Ob dies sich auch im Entscheidungsfindungsprozess mit dieser Art Patient niederschlägt, zeigt die folgende Abbildung.

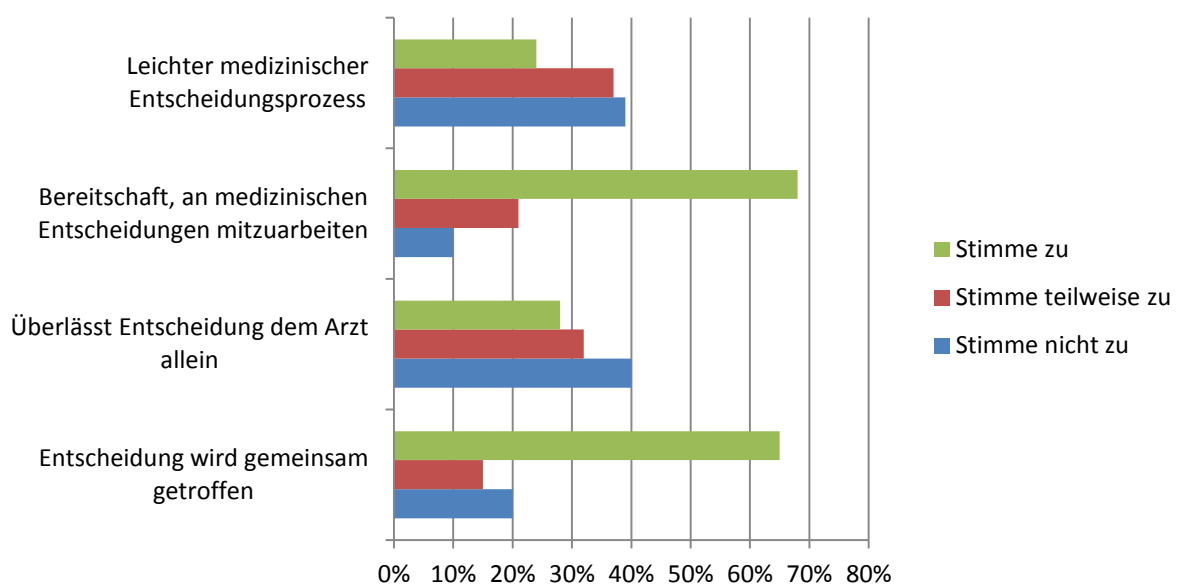


Abbildung 12: Entscheidungsfindung mit vorinformiertem Patienten

In Abbildung 12 ist zu sehen, dass eine Mehrheit der Ärzte den Entscheidungsprozess mit einem vorinformierten Patient als schwierig empfindet (39 Prozent). Fast ebenso viele (37 Prozent) enthalten sich jedoch an dieser Stelle einer spezifischen Aussage, während ein Viertel diesen Prozess als unkompliziert erlebt (24 Prozent). Dabei fehlt es anscheinend nicht unbedingt an der Bereitschaft des Patienten, an der Entscheidung mitzuwirken, wie die absolute Mehrheit der Ärzte findet (68 Prozent).

Im Zuge der semantischen Differenziale wurden die Ärzte im Fragebogen gefragt, ob medizinische Entscheidungen ihnen, also den Ärzten allein überlassen werden oder ob der vorinformierte Patient die Entscheidung allein trifft. An dieser Stelle gehen die Meinungen der Ärzte auseinander. Während 40 Prozent die Entscheidung ausschließlich dem Patient überlassen, beanspruchen 28 Prozent die Entscheidungshoheit für sich allein. 32 Prozent verorten sich in der Mitte und deuten damit womöglich an, dass die Entscheidung in ihren Fällen gemeinsam getroffen wird, was mit der darauffolgenden Aussage separat abgefragt wurde. Hier lautete die Aussage: *„Wir treffen Entscheidung über Behandlung/Medikation/Therapie/etc. weitestgehend gemeinsam“*, welcher sich wiederum die breite Mehrheit der Ärzte anschließen kann (65 Prozent).

An dieser Stelle stößt die Methode des Fragebogens an seine Grenzen. Es lässt sich durch diese Ergebnisse keine genaue Aussage darüber treffen, inwieweit der Arzt dazu bereit ist, eine gemeinsame Entscheidung zuzulassen oder nicht. Des Weiteren geht aus den Ergebnissen nicht hervor, wie der Arzt bei einem „normalen“ Patient vorgeht, der sich keine Informationen angeeignet hat. Mit großer Sicherheit lässt sich sagen, dass vorinformierte Patienten –womöglich stärker als andere Patiententypen- an der Entscheidung interessiert sind. In diesem Zusammenhang ist sich die Mehrheit der Ärzte einig, dass eine Mischung aus den Meinungen des Arztes und des Patienten zur Entscheidung führt.

7.8 Einstellung zum shared decision model

Die Variable „Einstellung des Arztes zum shared decision model“ wurde im Zuge des Polaritätsprofils des idealen Patienten abgefragt, bei welchem der Arzt zwischen elf verschiedenen Ausprägungen wählen konnte. Den Teilnehmern wurde also auch die Möglichkeit gegeben, sich nicht einschlägig zu verorten, sondern die Mitte zu wählen und sich dadurch nicht eindeutig festzulegen. Die Ärzte sollten angeben, ob sie sich den idealen Patienten als jemanden vorstellen, der ihnen die Entscheidung über Behandlung/Therapie/Medikation/etc. allein überlässt oder die Entscheidung mit ihnen

gemeinsam trifft. Anhand der Tendenz zur linken oder rechten Eigenschaften wurde die Ausprägung der Variable abgeleitet.¹⁸⁹

Vorweggenommen muss jedoch an dieser Stelle, dass nicht unbedingt alle Ärzte, die sich bei diesem Punkt gegen die Aussage „Überlässt mir die Entscheidung allein“ entschieden haben, gegen das shared decision model sind oder dieses nicht sogar vermehrt Anwendung im Zuge ihrer beruflichen Tätigkeit findet. Es bedeutet, dass, wenn es sich der Teilnehmer aussuchen könnte, er jene Variante der Entscheidungsfindung bevorzugt. Gleichzeitig lässt sich durch diese Frage nicht erheben, inwieweit die Bevorzuger des shared models tatsächlich bereit sind, gegebenenfalls Kompromisse einzugehen und Entscheidungen gemeinsam mit dem Patienten zu treffen.

Ärzte, die das shared decision model bevorzugen, machen 46 Prozent der Teilnehmer aus. Nicht festlegen wollte sich etwa ein Fünftel, 18 Prozent. Mediziner, die die Entscheidung lieber von ihren Patienten überlassen bekommen wollen, stellen 37 Prozent. Daraus geht hervor, dass die Mehrheit lieber mit dem Patient gemeinsam entscheidet, während ein weiterer großer Teil der Ärzte die Entscheidungshoheit für sich allein beansprucht.

Direkt zu erwarten gewesen wäre das Ergebnis in dieser Ausprägung nicht, wenn man sich diverse Studienergebnisse ansieht, die herausgefunden haben, dass vermehrt ältere Ärzte Anhänger des paternalistischen Modells sind.¹⁹⁰ Auf der anderen Seite muss beachtet werden, dass im Fragebogen keine für die Ärzte verbindliche Definition vorgelegt wurde, die konkret festlegt, was gemeinsame Entscheidungsfindung ist. Daher kann ein Arzt auch der Meinung sein, gemeinsam mit dem Patient zu entscheiden, während dies nach gewissen Kriterien faktisch nicht Fall ist. Dennoch zeigt dieses Ergebnis eine eindeutige Tendenz, die die Grundhaltung der Ärzte aufgreift und abbildet.

7.9 F2: Faktoren die die Einstellungen beeinflussen

Forschungsfrage 2: Welche Faktoren beeinflussen die Einstellung der Ärzte zu Vorinformationen und vorinformierten Patienten?

Die zweite Forschungsfrage fragt nach den beeinflussenden Faktoren für die Einstellung der Ärzte zu vorinformierten Patienten bzw. Vorinformationen. Um diese Frage zu beantworten,

¹⁸⁹ Wortlaut im Fragebogen: Links: „Überlässt mir Entscheidung über Behandlung/Therapie/Medikation/etc. allein“ Rechts: „Trifft Entscheidung über Behandlung/Therapie/Medikation/etc. mit mir gemeinsam“

¹⁹⁰ Vgl. Butzlaff et al. (2002): S. 43 und Vgl. Schmöller (2008): S. 57

wurden eine Multiple Regression, eine Varianzanalyse, sowie ein U-Test durchgeführt. Im Zuge dieses Kapitels werden die Durchführung der Verfahren beschrieben, sowie die Ergebnisse vorgestellt.

Die abhängige Variable ist bei den ersten drei Hypothesen in jedem Fall die Beurteilung des vorinformierten Patienten, wobei die folgenden Eigenschaften mit in die Analyse eingeflossen sind.

- Willensstark – Verunsichert
- Furchtlos – Ängstlich
- Harmonisch/Wohlgelassen – Streitsüchtig
- Gehorchend – Fordernd
- Vitalisierend – Anstrengend
- Gelassen/Entspannt – Angespannt
- Sympathisch – Antipathisch
- Informiert über sein eigenes Krankheitsbild – Uninformiert über sein eigenes Krankheitsbild
- Hoher Bildungsgrad – Niedriger Bildungsgrad
- Vertraut meiner Urteilskraft – Misstraut meiner Urteilskraft
- Bereitschaft, an medizinischen Entscheidungsprozessen mitzuarbeiten – Keine Bereitschaft, an medizinischen Entscheidungsprozessen mitzuarbeiten

Die Prädiktoren der Multiplen Regression bildet zum einen die angegebene Internetnutzung der Ärzte, welche zunächst in drei verschiedene Variablen aufgeteilt wurde, um verschiedene Aspekte dieser Eigenschaft mit einbeziehen zu können. Erstens wurde dabei die „Selbsteinschätzung“ als Variable mit eingerechnet, die angibt, ob der Arzt von sich selbst behauptet, sich im Internet gut zurechtzufinden oder nicht. Zweitens gibt der Aspekt „Einstellung zum Internet“ an, wie der Arzt jeweils zu den beiden Punkten *„Meiner Meinung nach eignet sich das Internet gut für meine medizinischen Recherchen“* und *„Das Internet ist im Begriff, andere Medien, die ich in der Vergangenheit zur medizinischen Recherche verwendet habe, abzulösen“* steht. Drittens schließt die Variable die tägliche Internetnutzung des Arztes mit ein, die sich aus der privaten und der beruflichen vom Arzt selbst eingeschätzten Zeit im Internet pro Tag zusammensetzt.

Zum anderen sind die Prädiktoren das Alter des Arztes und ferner die vom Arzt selbst eingeschätzte Anzahl der Patienten pro Tag, welches er beides in ein dafür vorgesehenes Feld im Fragebogen eingetragen hat.

F2H1: Ärzte, die weniger versiert im Umgang mit dem Internet sind, schreiben vorinformierten Patienten eher negative Eigenschaften zu.

F2H2: Ältere Ärzte schreiben vorinformierten Patienten eher negative Eigenschaften zu.

F2H3: Je mehr Ärzte ein Patient pro Tag behandelt, desto negativer beurteilt er vorinformierte Patienten.

Durch das Analyseverfahren der Multiplen Regression, welches die Prädiktoren als Ganzes, aber auch einzeln in das Analyseverfahren mit einbezieht, konnte festgestellt werden, dass nur die Variable der Patientenzahl pro Tag einen signifikanten Einfluss auf die Sichtweise des vorinformierten Patienten aufweist ($p=0,008$). Je mehr Patienten ein Arzt folglich pro Tag empfängt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass er vorinformierten Patienten eher negative Eigenschaften zuweist. Es wurde sich für das Modell 1 entschieden, da dort am meisten Varianzanteil erklärt wird ($R\text{-Quadrat}=0,084$). Die Ergebnistabellen zu dieser Hypothese können im Anhang gefunden werden.

Dieses Ergebnis bestätigt weiterhin das Bild, dass ein vorinformierter Patient den Arzt mehr Zeit kostet und dieser folglich im von Zeitmangel geprägten Arbeitsumfeld des Mediziners als arbeitsintensiver empfunden wird und dadurch mit schlechteren Eigenschaften konnotiert wird, als ein nicht vorinformierter Patient.

Die anderen beiden Faktoren üben keinen mit dieser Methode messbaren Einfluss auf die Einstellung der Ärzte zu vorinformierten Patienten aus. Es konnte folglich kein signifikanter Einfluss der Internetnutzung ($p=0,468$ bzw. $0,576$ bzw. $0,561$) oder des Alters ($p=0,057$) des Arztes auf seine Sicht auf vorinformierte Patienten gefunden werden. Erklären lässt sich dieses Ergebnis möglicherweise dadurch, dass die in das Analyseverfahren erhobene Variable „Internetnutzung“ noch zu wenig Aufschluss darüber gibt, wie versiert die Teilnehmer im Umgang damit sind und wie sie wirklich zu diesem Medium stehen. Darüber hinaus war bei keiner der getesteten Variablen eine Normalverteilung gegeben (Shapiro-Wilk-Test, $p<0,05$). Dadurch verliert das Ergebnis an Aussagekraft.

Aus diesem Grund wurde die Hypothese F2H1 nochmals separat mittels Varianzanalyse überprüft, um ein eindeutigeres Ergebnis zu erhalten. Die Teilnehmer wurden dazu in drei

unterschiedliche Gruppen von Internetnutzern aufgeteilt. Hauptmerkmale der Fokusgruppen sind dabei die beiden Merkmale „Selbsteinschätzung“ und „Internetnutzung pro Tag“. Die Selbsteinschätzung wurde mit dem Statement „*Ich würde von mir selbst behaupten, mich im Internet gut zurechtzufinden*“ im Fragebogen abgefragt, auf welches der Teilnehmer zwischen sechs unterschiedlich starken Ausprägungen wählen konnte.

Die erste Gruppe „Wenignutzer“ beschreibt demnach Ärzte, die zum einen von sich selbst behaupten, sich im Internet nicht gut zurechtzufinden und die das Internet zum anderen weniger als 1,5 Stunden pro Tag nutzen. Die berufliche, sowie die private Nutzung wurden dabei zusammengerechnet.

Die zweite Gruppe, die sich auch inhaltlich zwischen den beiden Gruppen verorten lässt, schließt alle Ärzte ein, die entweder von sich behaupten das sich nicht gut im Internet zurechtzufinden oder das Internet weniger als 1,5 Stunden pro Tag nutzen.

Die dritte Gruppe der „Vielnutzer“ vereint schließlich alle Teilnehmer, die von sich behaupten, sich im Internet gut zurechtzufinden und gleichzeitig eine längere Internetnutzung als 1,5 Stunden täglich aufweisen.

Es wurde nun getestet, inwiefern sich die drei soeben beschriebenen Gruppen in ihrer Ausprägung der Variable „Einstellung zu vorinformierten Patienten“ unterscheiden. Das Ergebnis des Kruskal-Wallis-Tests bestätigte das Ergebnis, zu welchem auch die Multiple Regression gelangte, nämlich dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den Internet-Nutzertypen und ihrer Einstellung zu vorinformierten Patienten ($p=0,691$) gibt. Keine der Gruppen weist folglich eine besonders einstimmige Einstellung zu vorinformierten Patienten auf.

F2H4: Ärzte, die eher das shared decision model bevorzugen, stehen Vorinformationen positiver gegenüber, als jene, die das paternalistischen Model bevorzugen.

Die Hypothese F2H4, die einen positiven Zusammenhang zwischen der Einstellung zum shared decision model und jener zu Vorinformationen annimmt, wurde mittels Mann-Whitney-U-Test untersucht. Die unabhängige Variable „Einstellung der Ärzte zum shared decision model“ wurde im Zuge des semantischen Differenzials, innerhalb des Eigenschaftsprofils des idealen Patienten, abgefragt.

- Der ideale Patient überlässt mir Entscheidungen über Behandlung/Therapie/Medikation/etc. allein.

- Trifft Entscheidung über Behandlung/Therapie/Medikation/etc. mit mir gemeinsam.

Der Teilnehmer konnte sich zwischen elf verschiedenen Ausprägungen jener zwei Pole entscheiden, wobei sie sich entweder mehr in Richtung des shared decision models bzw. des paternalistic decision models bewegen, oder neutral bzw. unentschlossen in diesem Punkt sind. Jene Ärzte, die sich in der Mitte verortet haben, wurden nicht in die Analyse miteinbezogen.

Die abhängige Variable der Einstellung der Ärzte zu Vorinformationen wurde durch folgende vom Arzt bewertete Aussagen definiert:

- Vorinformationen führen zu einer falschen Risikobewertung des Patienten
- Vorinformationen fördern die Selbstverantwortung des Patienten
- Vorinformationen dienen besonders gut als gesundheitliche Präventivmaßnahme
- Vorinformationen nehmen dem Patient die Angst
- Vorinformationen helfen dem Patient, sich besser zu positionieren
- Vorinformationen geben dem Patient ein Gefühl von Kontrolle
- Vorinformationen spenden dem Patient Trost und ermutigen ihn
- Je komplexer die Krankheit des Patienten ist, desto hilfreicher und nützlicher können Vorinformationen für den Patient sein
- Die Einholung von Vorinformationen ist eine gute Vorbereitung auf den Arztbesuch
- Ich empfinde vorinformierte Patienten als positiven Antrieb, automatisierte Denkweisen zu reflektieren
- Durch Vorinformationen von Patienten kann ich in manchen Fällen selbst noch etwas lernen

Das Ergebnis des U-Tests zeigt, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Tendenz des Arztes zum shared decision model und der positiven Beurteilung von bestimmten Aspekten von Vorinformationen gibt. Bei folgenden Aussagen zu Vorinformationen wurde eine signifikant bessere Einstellung von Anhängern des shared decision models festgestellt:

- Vorinformationen fördern die Selbstverantwortung des Patienten ($p=0,001$)
- Die Einholung von Vorinformationen ist eine gute Vorbereitung auf den Arztbesuch ($p=0,009$)
- Ich empfinde vorinformierte Patienten als positiven Antrieb, automatisierte Denkweisen zu reflektieren ($p=0,001$)

Ärzte, die also lieber gemeinsam mit ihrem Patient über weitere medizinische Vorgehensmaßnahmen entscheiden, schreiben Vorinformationen zum Teil deutlich positivere Eigenschaften zu, als Anhänger des paternalistic decision models. Die Ergebnistabellen zu dieser Hypothese können im Anhang gefunden werden.

Dadurch lässt sich die Grundannahme der Hypothese F2H4 zum Teil verifizieren. An diesem Ergebnis lässt sich erkennen, dass die Befürworter des shared decision models jenen Merkmalen besonders positiv gegenüberstehen, die die Eigenständigkeit des Patienten fördern und ihn somit gut auf den Arztbesuch vorbereiten. Dies sind auch gleichzeitig jene Werte, die den Grundgedanken des shared decision models bilden.

Andere Eigenschaften, wie etwa, dass Vorinformationen dem Patienten die Angst nehmen, ihm ein Gefühl von Kontrolle geben oder ihm Trost spenden und ihn ermutigen, verbindet diese Ärztesgruppe nicht verstärkt mit Vorinformationen. Hier scheint auch diese Gruppe die ambivalente Meinung zu diesem Thema beizubehalten.

Dieses Untersuchungsergebnis könnte ferner einen Hinweis darauf geben, dass Vorinformationen möglicherweise besser mit Hilfe des shared decision models in den Praxisalltag integriert werden können. Ärzte werden durch den Grundgedanken dieses Modells angehalten, diesbezüglich eine offener Haltung anzunehmen und dem Thema der externen Informationen somit aufgeschlossener gegenüberzutreten.

Interessant ist weiterhin, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Tendenz zum shared decision model und der positiven Bewertung von vorinformierten Patienten gibt. Diese spezielle Ärztesgruppe ist vorinformierten Patienten folglich nicht unbedingt positiver gegenüber eingestellt, als andere Ärzte. Ähnlich verhält es sich mit dem Vergleich der beiden Ärztesgruppen im Hinblick auf die bisherigen Erfahrungen mit vorinformierten Patienten. Auch hier konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Angaben von Ärzten, die eher das shared decision model und jenen von Ärzten, die eher das paternalistic model bevorzugen, gefunden werden.

Jene Ergebnisse könnten auf die bereits mehrfach angesprochenen Umstände verweisen, dass Ärzte unter einem generellen Zeitdruck leiden und das deutsche, als auch das österreichische Gesundheitssystem nicht unbedingt für ausführliche Sprechstunden und Debatten zwischen Arzt und Patient ausgelegt sind. Der vorinformierte Patient wird folglich –ganz gleich wie die Einstellung des Arztes zur Entscheidungsfindung ausfällt- als schwierig erlebt.

Zusammenfassend lässt sich die zweite Forschungsfrage damit beantworten, dass es durchaus Faktoren gibt, die eine beeinflussende Wirkung auf die ärztliche Sicht von vorinformierten Patienten, als auch Vorinformationen haben. So wirkt sich die Anzahl der Patienten pro Tag eher negativ auf die Einstellung gegenüber vorinformierten Patienten aus, während das shared decision model eine positive Sichtweise gegenüber Vorinformationen stärkt. Das Alter der Ärzte, sowie ihre Internetnutzung weisen dagegen keine beeinflussenden Eigenschaften auf.

7.10 Der ideale Patient

Wie sich die befragten Ärzte den idealen Patienten vorstellen, wurde durch ein semantisches Differenzial herausgefunden. Welche Eigenschaften die befragten Ärzte dem idealen Patienten zuschreiben, geht aus der folgenden Abbildung hervor.

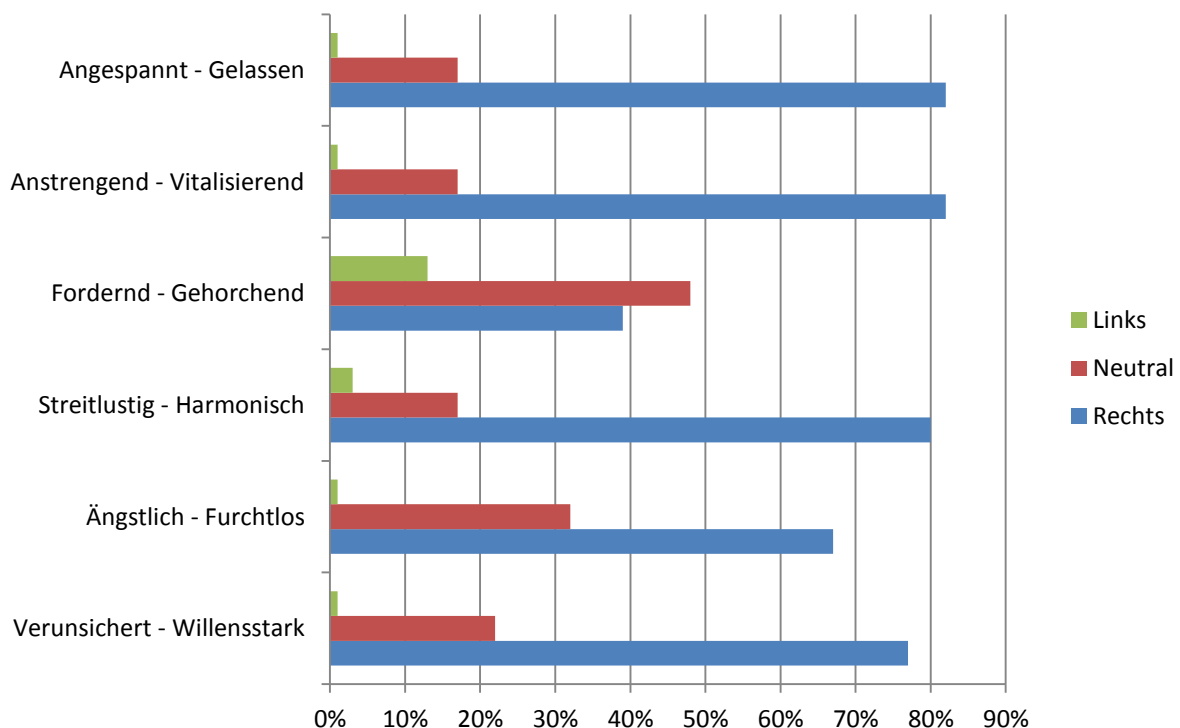


Abbildung 13: Eigenschaften idealer Patient

Wie deutlich zu erkennen ist, sind sich im Fall des idealen Patienten fast alle Ärzte bei fast allen Aussagen einig. Der Anteil derer, die zu den rechten Eigenschaften tendiert ist bis auf eine Ausnahme stets am höchsten. Bei der Eigenschaft „Fordernd“ bzw. „Gehorchend“ kann es sein, dass der Anteil jener Ärzte, die sich hier lieber nicht verorten (48 Prozent) vergleichsweise hoch ist, da das Merkmal „Gehorchend“ mit zu vielen negativen Assoziationen behaftet ist und daher nur ein vergleichsweise kleinerer Teil diese Eigenschaft favorisiert (39 Prozent). Ärzte sehen den idealen Patienten folglich als willensstark (77

Prozent), furchtlos (67 Prozent), harmonisch (80 Prozent), vitalisierend (82 Prozent) und gelassen (82 Prozent). Wie die Arbeit mit einem solchen Patienten verlaufen würde, zeigt die folgende Abbildung.

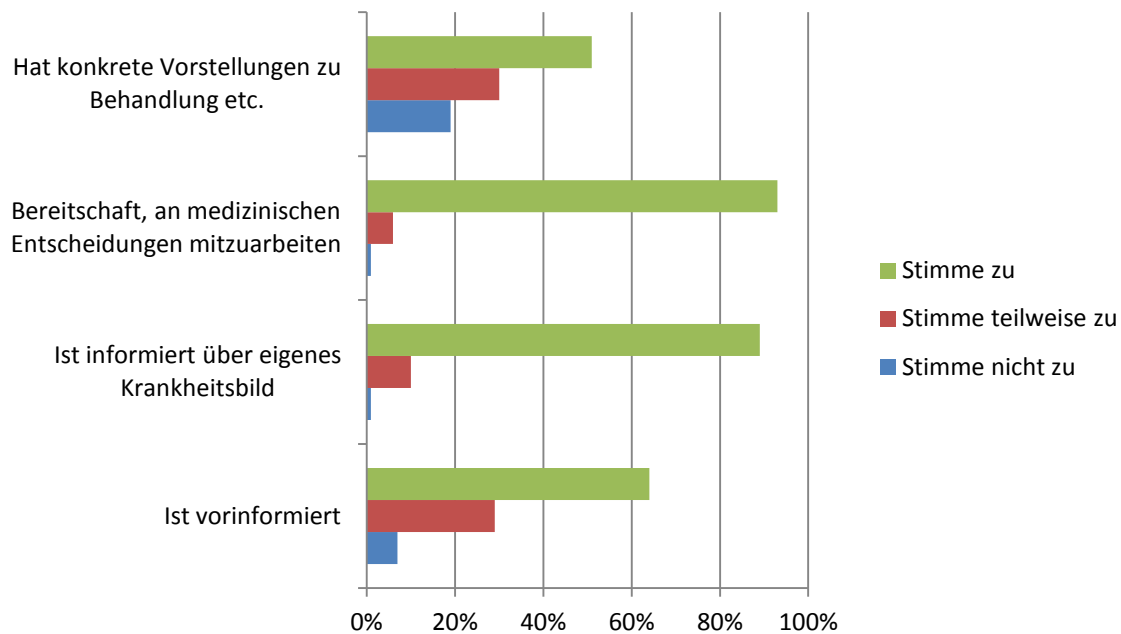


Abbildung 14: Arbeit mit idealem Patienten

Zu spezifischen Attributen, die sich die befragten Mediziner von einem Patienten wünschen, zählen vor allem die Bereitschaft, am medizinischen Entscheidungsprozess mitzuarbeiten (93 Prozent), sowie über sein eigenes Krankheitsbild informiert zu sein (89 Prozent). Mit letzterem ist womöglich eher jener Kenntnisstand gemeint, den man nach einer ärztlichen Diagnose erfährt und weniger jener, den man sich selbst aus anderen Quellen zusammen gesucht hat. Diese beiden Werte stellen gleichzeitig die Spitzenwerte dar, die in diesen Ergebnissen festgestellt werden konnten. Bei keinem anderen Aspekt waren sich die Teilnehmer der Befragung in diesem hohen Maße einig.

Nicht ganz so wichtig scheinen dagegen konkrete Vorstellungen für die Ärzte zu sein, die der Patient im Zusammenhang mit Therapie und Behandlung mit in die Sprechstunde einbringt. Diesen Umstand verbinden nur 50 Prozent mit einem idealen Patient. Auf die Frage, ob sie sich den idealen Patient als vorinformiert oder nicht vorstellen, antworten 64 Prozent mit ja. Nur sieben Prozent sind der Meinung, er soll nicht vorinformiert sein.

Auffallend ist weiterhin die Einstellung zur Verantwortung der Ärzte. Während 37 Prozent der Ansicht sind, ein idealer Patient sollte dem Arzt Verantwortung abnehmen, ist ein Drittel (32 Prozent) dagegen, während sich das restliche Drittel (31 Prozent) nicht für eine Seite

entscheiden will. Möglich wären an dieser Stelle Uneinigkeit über die Bedeutung der Aussage oder generelle Ansichtsunterschiede.

7.11 F3: Unterschiede: Vorinformierter und idealer Patient

Forschungsfrage 3: Inwiefern unterscheidet sich der vorinformierte Patient aus Sicht der Ärzte vom Idealbild der Ärzte?

Die dritte und letzte Forschungsfrage fragt nach konkreten Unterschieden in der Bewertung des vorinformierten und des idealen Patienten. Um die Forschungsfrage zu beantworten wurden zunächst spezifische Ergebnisse der Häufigkeitsverteilung miteinander verglichen. Darauf folgen die Überprüfung der ersten Hypothese mittels Varianzanalyse mit Messwiederholung und der zweiten Hypothese mittels Korrelation.

Die unabhängige Variable der ersten Hypothese bildet sich aus jenen acht Eigenschaften, die mit Hilfe des Eigenschaftsprofils des vorinformierten Patienten erhoben wurden und in dieser Form für die abhängige Variable in der gleichen Form auch im Eigenschaftsprofil des idealen Patienten abgefragt wurden.

- Willensstark – Verunsichert
- Furchtlos – Ängstlich
- Harmonisch/Wohlgesinnt – Streitlustig
- Gehorchend – Fordernd
- Vitalisierend – Anstrengend
- Gelassen/Entspannt – Angespannt
- Informiert über sein eigenes Krankheitsbild – Uninformiert über sein eigenes Krankheitsbild
- Bereitschaft, an medizinischen Entscheidungsprozessen mitzuarbeiten – Keine Bereitschaft, an medizinischen Entscheidungsprozessen mitzuarbeiten

F3H1: Vorinformierte Patienten sind aus ärztlicher Sicht mit negativeren Eigenschaften konnotiert, als ideale Patienten.

Unterschiede in den Ausprägungen der jeweils erlebten Eigenschaften zwischen vorinformiertem und idealem Patient zeigen sich zunächst deutlich in den Mittelwerten der jeweils acht miteinander verglichenen Eigenschaften. Mittelwerte geben einen Überblick über generelle Bewertungen bestimmter Aussagen und können deutlich hervorheben, wie unterschiedlich vorinformierter und idealer Patient von den Ärzten wahrgenommen werden.

Während sich die Mittelwerte im Eigenschaftsprofil des vorinformierten Patienten zwischen den Werten acht und vier (Maximum=elf) bewegen, liegen die Werte im Eigenschaftsprofil des idealen Patienten deutlich niedriger und sind dabei näher an positiven Eigenschaften verortet (zwei bis fünf). Ferner sind einige Maximalwerte in Verbindung des idealen Patienten ebenfalls niedriger.

Folgend Grafik (Abbildung 15) demonstriert die Diskrepanzen zwischen den einzelnen Eigenschaftszuschreibungen, die statistisch zwischen den beiden Patiententypen bestehen.

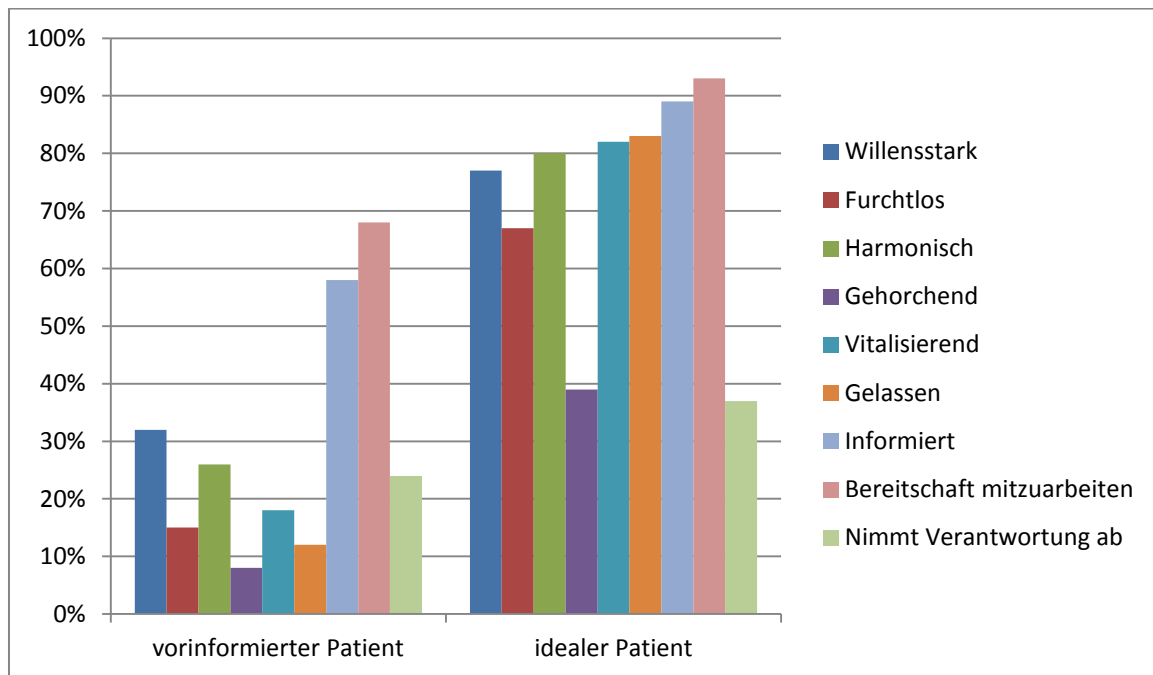


Abbildung 15: Vergleich vorinformierter und idealer Patient

Es ist deutlich zu erkennen, dass alle Eigenschaften, die eher mit positiven Assoziationen verbunden werden, beim idealen Patienten weitaus stärker ausgeprägt sind als beim vorinformierten Patienten. Während beispielsweise der vorinformierte Patient nur von 32 Prozent der Ärzte als willensstark empfunden wird, sind es 77 Prozent, die sich den idealen Patienten mit dieser Eigenschaft behaftet vorstellen. Die Eigenschaften „Gelassen“ (Unterschied von 72 Prozentpunkten) und „Vitalisierend“ (Unterschied von 64 Prozentpunkten) weisen dabei die größten Unterschiede auf.

Den geringsten Unterschied ist bei der Frage zu finden, ob der jeweilige Patient dem Arzt eine gewisse Verantwortung abnimmt oder nicht. Während 24 Prozent der Meinung sind, ein vorinformierter Patient würde dies tun, stehen auf der anderen Seite 37 Prozent, was einen nur geringen Unterschied von 13 Prozentpunkten ausmacht. Dieser Umstand könnte zustande gekommen sein, weil Uneinigkeit über die konkrete begriffliche Definition herrscht. Dennoch

ist zu sehen, dass ein knappes Viertel der befragten Ärzte der Auffassung ist, vorinformierte Patienten würden ihnen, was die Verantwortung angeht, in gewissem Maße entgegenkommen. Eine weitere Ähnlichkeit zwischen den beiden Patiententypen zeigt sich bei der Bereitschaft, an medizinischen Entscheidungsprozessen mitzuarbeiten, die die Teilnehmer mehrheitlich bei beiden Patiententypen als ausgeprägt erleben.

Bei der Hypothese F3H1 wurden die beiden abhängigen Variablen, die Bewertung des vorinformierten und des idealen Patienten direkt miteinander verglichen. Die Ärzte bekamen bei beiden semantischen Differenzialen folgende identische Eigenschaften, die sie in unterschiedlicher Ausprägung jeweils dem vorinformierten und dem idealen Patient zuweisen sollten.

- Willensstark – Verunsichert
- Furchtlos – Ängstlich
- Harmonisch/Wohlgesinnt – Streitlustig
- Gehrochend – Fordernd
- Vitalisierend – Anstrengend
- Gelassen/Entspannt – Angespannt
- Informiert über sein eigenes Krankheitsbild – Uninformiert über sein eigenes Krankheitsbild
- Bereitschaft an medizinischen Entscheidungsprozessen mitzuarbeiten – Keine Bereitschaft an medizinischen Entscheidungsprozessen mitzuarbeiten

Jene auf der linken Seite befindlichen Eigenschaften stellen dabei eher negativ konnotierte Ausprägungen dar, während Eigenschaften auf der rechten Seite eher als positiv gelten. Das Ergebnis des angewandten Wolcoxon-Tests konnte die Hypothese verifizieren. Allen acht miteinander verglichenen Eigenschaften liegt ein signifikanter Unterschied zwischen der Bewertung des jeweiligen Patienten zugrunde ($p=0,000$). Die meisten Ärzte konnotieren folglich den vorinformierten Patient mit deutlich negativeren Eigenschaften, als den idealen Patient. Dies bestätigt diverse Studienergebnisse, dass Ärzte vorinformierten Patienten diverse negative Eigenschaften zuschreiben und diese Art von Patient somit auch nicht der Vorstellung eines „perfekten“ Patienten gleichkommen kann. Die Ergebnistabellen zu dieser Hypothese können im Anhang gefunden werden.

F3H2: Ärzte, die das shared decision model bevorzugen, stellen sich den idealen Patient eher als vorinformiert vor.

Die unabhängige Variable der zweiten Hypothese bildet sich wiederum aus der Tendenz des Arztes zum bevorzugten Entscheidungsmodell und wurde im Zuge des Eigenschaftsprofils des idealen Patienten abgefragt. Jene Ärzte, die sich bei dieser Aussage in der Mitte vertortet haben und sich daher nicht festlegen, wurden nicht in die Analyse mit einbezogen.

- Der ideale Patient überlässt mir Entscheidungen über Behandlung/Therapie/Medikation/etc. allein.
- Trifft Entscheidung über Behandlung/Therapie/Medikation/etc. mit mir gemeinsam.

Die abhängige Variable bildet sich schließlich aus der Tendenz des Umfrageteilnehmers zur Beurteilung des idealen Patienten als vorinformiert oder nicht vorinformiert. Diese Aussage wurde, wie jene darüber, im Eigenschaftsprofil gefragt.

Die Hypothese wurde mittels Spearman-Korrelation überprüft und konnte ebenfalls verifiziert werden ($p=0,013$). Ärzte, die das shared decision model bevorzugen, stellen sich den idealen Patient als vorinformiert vor, während dies die Ärzte mit vornehmlich paternalistischer Arbeitsweise nicht tun. Die Ergebnistabelle zu dieser Hypothese kann im Anhang gefunden werden.

Es lässt sich an dieser Stelle spekulieren, was der Arzt an dieser Stelle mit dem Begriff „vorinformiert“ konkret meint. Naheliegender wäre, dass er sich Patienten wünscht, die über eine hohe Gesundheitskompetenz und eine gewisse Grundlage an medizinischem Wissen besitzen, damit kein hoher Erklärungsbedarf herrscht und dadurch nicht zuletzt auch Zeit gespart werden kann.

Das Ergebnis ergibt zusammen mit Hypothese F2H3 ein einheitliches Bild, da bewiesen werden konnte, dass Anhänger des shared decision models, im Gegensatz zu paternalistisch eingestellten Ärzten dem Thema Vorinformationen wohlgesinnter gegenüberstehen und auch vorinformierte Patienten stärker tolerieren bzw. sich diese (in gewisser Ausführung) sogar wünschen. Die dritte und letzte Forschungsfrage kann folglich damit beantwortet werden, dass sich der vorinformierte Patient in erster Linie durch weitgehend negative Eigenschaften, mit welchen er verbunden wird, vom idealen Patient unterscheidet. Die Ärzte sehen diese negativen Seiten im Vergleich zum idealen Patient dabei verstärkt in Eigenschaften, die den Gemütszustand des Patienten beschreiben. Während der ideale Patient harmonisch, gelassen und entspannt sein soll, ist der vorinformierte hingegen fordernd, angespannt und anstrengend. Dennoch gibt es eine Gruppe von Ärzten, die die Informiertheit des Patienten in

gewisser Weise zu schätzen wissen bzw. die positiven Aspekte darin sehen und sich einen solchen Patient, oder zumindest die positiven Seiten, die sie mit ihm verbinden, wünschen.

8. Resümee und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass 5 Hypothesen verifiziert werden konnten, während 3 widerlegt wurden. So konnte kein Zusammenhang zwischen den Erfahrungen der Ärzte mit vorinformierten Patienten und ihrer Bewertung von Patienteninformationsangeboten gefunden werden. Weiterhin konnte keine Verbindung zwischen dem Alter des Arztes oder seinem Internetnutzungsverhalten und seiner Einstellung gegenüber dem vorinformierten Patienten gefunden werden. Was jedoch in diesem Zusammenhang entdeckt wurde, ist ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Patienten, die der Arzt jeden Tag empfängt und seiner Einstellung zum Patiententyp „vorinformierter Patient“. Je mehr Patientenkontakte ein Arzt demnach hat, mit desto negativeren Eigenschaften konnotiert er einen vorinformierten Patient. Ferner konnte herausgefunden werden, dass Ärzte dem Thema Vorinformationen gegenüber positiver eingestellt sind, wenn sie die Grundannahme des shared decision models vertreten. Diese Gruppe von Ärzten ist es ferner, die sich den idealen Patient signifikant häufiger als vorinformiert vorstellt, als jene Gruppe, die eher nach dem paternalistic model handelt.

Um auf Vorinformationen und damit verbundene Bedenken, Forderungen oder Fragen des Patienten richtig eingehen zu können, muss der Arzt zum einen zuhören, aber auch gleichzeitig das Gespräch in eine –für ihn als Fachmann- bestimmte, sinnvolle Richtung lenken. Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit untermauern die Annahme, dass das SDM-Modell die geeigneten Rahmenbedingungen aufgreift, um diesen Umstand möglich und durchführbar zu machen. Für den Praxisalltag hätte dieses Modell auch darüber hinaus vielversprechende Ansätze zu bieten, um mit anderen Aspekten des Wandels in der Arzt-Patient-Beziehung umzugehen, wie etwa mit dem zunehmenden Wunsch nach Individualisierung¹⁹¹ oder dem aufkommenden Trend der Gesundheitsgesellschaft¹⁹². Eine Umsetzung müsste jedoch zunächst auf höher liegenden Ebenen, wie den Krankenkassen vollzogen werden, um den Einzug in die hausärztliche Praxis in einer realistischen Form schaffen zu können.

¹⁹¹ Vgl. Rieder/Giesing (2011): S. 17

¹⁹² Vgl. Kickbusch (2012): S. 1f.

Darüber hinaus hat sich das oftmals in der Theorie dargestellte Bild des unter Zeitmangel leidenden Kassenarztes in den Ergebnissen der Befragung widerspiegelt. Einige Ergebnisse, wie etwa die Sicht auf den vorinformierten Patient, deuten darauf hin, dass viele Ärzte persönlich, als auch im beruflichen Sinne nichts grundlegend Schlechtes in vorinformierten Patienten sehen. Die Arztberuf ist jedoch ein zeitökonomisch prekäres System, wodurch vorinformierte Patienten letztlich doch eher mit negativen Eigenschaften konnotiert werden, da der Arzt zu wirtschaftlichem Arbeiten angehalten ist. Man erhält dadurch den Eindruck, dass im Falle einer Umstrukturierung des Gesundheitssystems durchaus positivere Eigenschaften mit vorinformierten Patienten vorherrschen würden.

Abschließend lässt sich weiterhin sagen, dass der Wandel der Arzt-Patient-Beziehung nicht nur auf Seiten der Patienten von statten geht. Einige Ergebnisse dieser Studie konnten aufzeigen, dass auch die Ärzte um die Wichtigkeit der Sensibilität dieses Themas wissen und sich dadurch teilweise bereits anders verorten, als ihre Kollegen. Dies zeichnet sich in ihren Meinungen und Einstellungen zu Vorinformationen und auch vorinformierten Patienten ab und rührt nicht zuletzt von ihrer Bewertung verschiedener Erfahrungen, die im Zusammenhang mit diesen Sachverhalten bereits geschehen sind. Dennoch lässt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit sagen, dass sich die Beziehung zwischen Arzt und Patient durch diesen Wandel nicht unbedingt verschiebt. Die Beziehung wird aber kommunikativer, wandelbarer und auch verhandelbarer werden.

Die größte Schwierigkeit beim Erstellen dieser Arbeit bestand darin, Befragungsteilnehmer zu finden. Die Grundgesamtheit liegt bei mehr als 2.000 angeschriebenen deutschen und österreichischen Ärzten. Unter den Erwartungen lag folglich die endgültige Stichprobe von 145 Ärzten. Dieser Umstand lässt sich unter anderem dadurch erklären, dass der Fragebogen mit über 10 Minuten, die man benötigt, um ihn auszufüllen, wohl zu lang für manche potenziellen Teilnehmer war und viele Abbrüche durch die Teilnehmer zur Folge hatte.

Um zu detaillierteren Ergebnissen in diesem und anderen Zusammenhängen zu gelangen, müssten günstigere Rahmenbedingungen erfüllt sein, als dies in der vorliegenden Arbeit der Fall war. Zum einen müsste eine größere Stichprobe erhoben werden, damit unter anderem bei bestimmten soziodemographischen Daten der Teilnehmer eine statistische Normalverteilung gegeben ist. Zum anderen müssten weitaus mehr Statements abgefragt werden, um ein konkreteres Bild der Meinungsverteilung der Ärzte zu erhalten. Darüber hinaus würde sich ein Methodenmix anbieten, in welchem qualitative Elemente, beispielsweise problemzentrierte oder fokussierte Interviews, zum Einsatz kommen.

Innerhalb des Forschungsfeldes der Arzt-Patient-Beziehung gibt es diverse Möglichkeiten und Themenbereiche, die weiterer Nachforschungen bedürfen. Aber speziell auf Seiten der Ärzte gibt es nur wenige Studien, die der Forderung nach mehr Aufklärung in verschiedenen Bereichen nachkommen. Anknüpfungspunkte sind daher beispielsweise die Untersuchung von messbaren Attributen innerhalb der Arzt-Patient-Kommunikation unter Inbezugnahme der Entscheidungsfindungsmodelle oder die Erforschung des Zeitmanagements ärztlicher Praxen in Zusammenhang mit der Nutzung von externen Informationen der Patienten, wie dem Internet. Ferner bietet es sich an, einen genaueren Blick auf bisherige Erfahrungen der Ärzte, unter anderem auch mit vorinformierten Patienten, zu werfen, um somit ein Bild davon zu bekommen, welche speziellen Erfahrungen letztlich zu Einstellungs- bzw. Verhaltensänderung führen. In weiterer Folge könnte schließlich ein praxisnahes Modell entwickelt werden, um mit bestimmten (negativen) Erfahrungen zwischen Arzt und Patient in Zukunft besser umgehen zu können.

9. Bibliographie

9.1 Literaturverzeichnis

Anderson, James (2004): Consumers of E-Health. Social Science Computer Review 22, Heft 2, S. 242-248.

Andreassen, Hege K./ Sørensen, Tove/ Kummervold, Per Egil (2007): eHealth Trends across Europe 2005-2007. Tromsø: Selbstverlag.

Bachner, Florian/ Ladurner, Joy/ Habimana, Katharina/ Ostermann, Herwig/ Stadler, Isabel/ Habl, Claudia (2013): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Wien.

Baker, Laurence/ Wagner, Todd H./ Singer, Sara/ Bundorf, Kate M. (2003): Use of the Internet and E-Mail for Health Care Information. The Journal of the American Medical Association 289, Heft 18, S. 2400-2406.

Baumann, Eva/ Czerwinski, Fabian: Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsthemen. In: Böcken, Jan/ Braun, Bernard/ Meierjürgen, Rüdiger (2015): Gesundheitsmonitor 2015. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 57-79.

Baumgart, Julia (2010): Wie Ärzte den informierten Patienten in der Praxis erleben (Masterarbeit). Hannover: Selbstverlag.

Begenau, Jutta/ Schubert, Cornelius/ Vogd, Werner (2010): Die Arzt-Patient-Beziehung. Stuttgart: Kohlhammer.

Behmann, Mareike/ Schmiemann, Guido/ Lingner, Heidrun/ Kühne, Franziska/ Hummers-Pradier, Eva/ Nils Schneider (2012): Berufszufriedenheit von Hausärzten. Deutsches Ärzteblatt 109, Heft 11, S. 193-200.

Böcken, Jan/ Braun, Bernard/ Amhof, Robert (2008): Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Böcken, Jan/ Braun, Bernard/ Meierjürgen, Rüdiger (2014): Gesundheitsmonitor 2014. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Böcken, Jan/ Braun, Bernard/ Meierjürgen, Rüdiger (2015): Gesundheitsmonitor 2015. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer Gek. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Böcken, Jan/ Braun, Bernard/ Repschläger, Uwe (2011): Gesundheitsmonitor 2011. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Böcken, Jan/ Braun, Bernard/ Schnee, Melanie (2003): Gesundheitsmonitor 2003. Die ambulante Versorgung aus Sicht der Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Böcken, Jan/ Braun, Bernard/ Schnee, Melanie (2004): Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht der Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Braun, Bernard/ Marstedt, Gerd: Non-Compliance bei der Arzneimitteltherapie: Umfang, Hintergründe, Veränderungswege. In: Böcken, Jan/ Braun, Bernard/ Repschläger, Uwe (2011): Gesundheitsmonitor 2011. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 56-76.

Braun, Bernard/ Marstedt, Gerd: Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. In: Böcken, Jan/ Braun, Bernard/ Meierjürgen, Rüdiger (2014): Gesundheitsmonitor 2014. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 107-131.

Büchi, M./ Bachmann, L. M./Fischer, J. E./ Peltenburg, M./ Steurer, J. (2000): Alle Macht den Patienten? Vom ärztlichen Paternalismus zum Shared Decision Making. Schweizerische Ärztezeitung 81, Heft 49, S. 2776-2780.

Buddeberg, Claus (1998): Psychosoziale Medizin. Berlin: Springer Verlag.

Buddeberg, Claus (2004): Psychosoziale Medizin. Berlin: Springer Verlag.

Buddeberg, Claus: Bedeutung und Aufgaben der Psychosozialen Medizin. In: Buddeberg, Claus (2004): Psychosoziale Medizin. Berlin: Springer Verlag, S. 1-12.

Buddeberg, Claus/ Buddeberg-Fischer, Barbara: Die Arzt-Patient-Beziehung. In: Buddeberg, Claus (2004): Psychosoziale Medizin. Berlin: Springer Verlag, S. 327-360.

Butzlaff, Martin/ Floer, Bettina/ Isfort, Jana: „Shared Decision Making“: Der Patient im Mittelpunkt von Gesundheitswesen und Praxisalltag? In: Böcken, Jan/ Braun, Bernard/

Schnee, Melanie (2003): Gesundheitsmonitor 2003. Die ambulante Versorgung aus Sicht der Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 41-55.

Charles, Cathy/ Gafni, Amiram/ Whelan, Tim (1997): Shared Decision-Making in the Medical Encounter: What does it mean? Social Science & Medicine 44, Heft 5, S. 681-692.

Charles, Cathy/ Gafni, Amiram/ Whelan, Tim (1999): Decision-Making in the Physician-Patient Encounter: Revisiting the Shared Treatment Decision-Making Model. Social Science & Medicine 49, S. 651-661.

Felt, Ulrike (2008): Virtuell informiert? Möglichkeiten und Herausforderungen für die Medizin im Internetzeitalter. Wien: Selbstverlag.

Fischer, Susanne (2008): Entscheidungsmacht und Handlungskontrolle am Lebensende. Eine Untersuchung bei Schweizer Ärzten und Ärzten zum Informations- und Sterbehilfeverfahren. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Frischenschlager, Oskar/ Hexel, Martina/ Hladschik, Birgit/ Kropiunigg, Ulrich/ Pucher, Ingeborg/ Schjerve, Martin/ Sonneck, Gernot/ Spiess, Klaus (2002): Medizinische Psychologie. Wien: Facultas.

Garfield S./ Smith F./ Francis SA./ Chalmers, C. (2007): Can patients' preferences for involvement in decision-making regarding the use of medicines be predicted? Patient Educ Couns 66, S. 361–367.

Gellner, Winand/ Schmöller, Michael (2008): Neue Patienten –Neue Ärzte? Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Grausgruber, Alfred: PatientInnenunterstützung: Zur Notwendigkeit und den Möglichkeiten. In: Meggeneder, Oskar/ Hangl, Walter (2002): Der informierte Patient. Linz : Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, S. 9-30.

Helmchen, Hanfried (2005): Arzt-Patienten-Verhältnis: Zwischen Individualisierung und Standardisierung. Deutsches Ärzteblatt 102, Heft 13, S. 886.

Hibbeler, Birgit/ Korzilius, Heike (2008): Arztberuf: Die Medizin wird weiblich. Deutsches Ärzteblatt 105, Heft 12: S. 609-612. Willi, Jürg/ Ackermann-Liebrich, Ursula/ Heim, Edgar: Die Ärztin/Der Arzt. In: Buddeberg, Claus (1998): Psychosoziale Medizin. Berlin: Springer Verlag, S. 15-28.

Hillbrand, Julia: Das Arztbild im Wandel. In: Gellner, Winand/ Schmöller, Michael (2008): Neue Patienten –Neue Ärzte? Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 61-97.

Hoefert, Hans-Wolfgang (2010): Psychologie in der Arztpraxis. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Hoefert, Hans-Wolfgang/ Klotter, Christoph (2011): Wandel der Patientenrolle. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co.KG.

Isfort, Jana/ Floer, Bettina/ Butzlaff, Martin: Shared Decision Making- Partizipative Entscheidungsfindung auf dem Weg in die Praxis. In: Böcken, Jan/ Braun, Bernard/ Schnee, Melanie (2004): Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht der Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 88-100.

Kampits, Peter (1996): Das dialogische Prinzip in der Arzt-Patienten-Beziehung. Passau: Rothe Verlag.

Katz, Jay (2002): The Silent World of Doctor and Patient. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Kickbusch, Ilona/ Marstedt, Gerd: Gesundheitskompetenz: Eine unterbelichtete Dimension sozialer Ungleichheit. In: Böcken, Jan/ Braun, Bernard/ Amhof, Robert (2008): Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 12-208.

Kirschning, Silke/ Michel, Susanne/ Von Kardoff, Ernst (2004): Der Online-informierte Patient. Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 46, S. 3090–3092.

Klemperer, David (2003): Partizipation der Patienten an medizinischen Entscheidungen. Managed Care 7, S. 9-11.

Klemperer, David (2005): Shared Decision Making und Patientenzentrierung- Vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. Balint-Journal Teil 1: Modelle der Arzt-Patient-Beziehung. Balint-Journal 6, Heft 3, S. 71-79.

Klemperer, David/ Rosenwirth, Melanie (2005): Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Koch, Klaus/ Gehrman, Ulrich/Sawicki, Peter T. (2007): Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich. Deutsches Ärzteblatt 104, Heft 38, S. 2584-2591.

Kuhn, Hanspeter (2000): Operationsaufklärung- Eine Optimierungsaufgabe. Aufklärungsforschung ist entscheidend für Medizin und Recht. Schweizerische Ärztezeitung 81, Heft 34, S. 1838-1851.

Langewitz, Wolf/ Buddeberg-Fischer, Barbara/ Laederach, Kurt: Das ärztliche Gespräch – Die ärztliche Untersuchung. In: Buddeberg, Claus (2004): Psychosoziale Medizin. Berlin: Springer Verlag, S. 373-407.

Löning, Petra (1986): Kommunikationsanalysen ärztlicher Gespräche. Hamburg: Helmut Buske Verlag.

Löning, Petra/ Rehbein, Jochen (1993): Arzt-Patienten-Kommunikation. Berlin: Walter de Gruyter & Co.

Meggeneder, Oskar/ Hangl, Walter (2002): Der informierte Patient. Linz : Oberösterreichische Gebietskrankenkasse.

Möhring, Wiebke/ Schlütz, Daniela (2003): Die Befragung in der Medien- und Kommunikationswissenschaft. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Murray, Elizabeth/ Lo, Bernard/ Pollack, Lance/ Donelan, Karen/ Catania, Joe/ White, Martha Zapert, Kinga/ Turner, Rachel (2003a): The Impact of Health Information on the Internet on the Physician-Patient Relationship. The Patient Perceptions. Archives of Internal Medicine 163, S. 1727-1734.

Murray, Elizabeth/ Lo, Bernard/ Pollack, Lance/ Donelan, Karen/ Catania, Joe/ Lee, Ken/ Zapert, Kinga/ Turner, Rachel (2003b): 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 Research 5, Heft 3, e17.

Osterloh, Falk (2012): Ärzten macht ihre Arbeit Spaß. Deutsches Ärzteblatt 109, Heft 24, S. 1212-1213.

Rieder, Kerstin/ Giesing, Manfred: Der arbeitende Patient. In: Hoefert, Hans-Wolfgang/ Klotter, Christoph (2011): Wandel der Patientenrolle. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co.KG, S. 17-32.

Rockenbach, Katrin/ Geister, Christina/ Appel, Claudia (2010): PatientInnenbeteiligung aus ÄrztInnensicht –eine qualitative Studie. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 60, S. 156-163.

Roßmanith, Sigrun: Medizinpsychologie der Beziehung. In: Frischenschlager, Oskar/ Hexel, Martina/ Hladschik, Birgit/ Kropiunnigg, Ulrich/ Pucher, Ingeborg/ Schjerve, Martin/ Sonneck, Gernot/ Spiess, Klaus (2002): Medizinische Psychologie. Wien: Facultas, S. 107-114.

Röthlin, Florian/ Pelikan, Jürgen/ Kristin Ganahl: Die Gesundheitskompetenz von 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV). Wien: Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH.

Sawicki, Peter T. (2005): Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Medizinische Klinik 100, Heft 11, S. 755-768.

Say, Rebecca/ Murtagh, Madeleine/ Thomson, Richard (2006): Patients' preference for involvement in medical decision making: A narrative review. Patient Education and Counseling 60, S. 102–114.

Schachinger, Alexander (2014): Der digitale Patient. Analyse eines neuen Phänomens der partizipativen Vernetzung und Kollaboration von Patienten im Internet. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Schmid, M./ Wang, J. (2003): Der Patient der Zukunft: Das Arzt Patienten-Verhältnis im Umbruch. Schweizerische Ärztezeitung 84, Heft 41, S. 2133-2135.

Schmöller, Michael: Neue Patienten –Neue Ärzte? Selbst- und Rollenverständnis niedergelassener Ärzte in Deutschland. In: Gellner, Winand/ Schmöller, Michael (2008): Neue Patienten –Neue Ärzte? Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 15-60.

Statistisches Bundesamt (2014): Mehr als ein Drittel der Haushalte in Deutschland sind Singlehaushalte. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2015): Gesundheitsausgaben im Jahr 2013 bei 314,9 Milliarden Euro. Wiesbaden.

Stern, Klaus (1996): Ende eines Traumberufs? Münster: Waxmann Verlag GmbH

Tezcan-Güntekin, Hürrem: „Da muss ich denen erst mal den Wind aus den Segeln nehmen!“ –Wie Ärzte mit informierten Patienten umgehen. In: Begenau, Jutta/ Schubert, Cornelius/ Vogd, Werner (2010): Die Arzt-Patient-Beziehung. Stuttgart: Kohlhammer, S. 95-111.

Voß, Günther/ Rieder, Kerstin (2005): Der arbeitende Kunde. Frankfurt/Main: Campus Verlag GmbH.

Parsons, Talcott (1964): The Social System. Glencoe, Illinois: The Free Press.

Ehlich, Konrad: Sprachliche Prozeduren in der Arzt-Patienten-Kommunikation. In: Löning, Petra/ Rehbein, Jochen (1993): Arzt-Patienten-Kommunikation. Berlin: Walter de Gruyter & Co, S. 67-90.

9.2 Internetquellen

Alle Internetquellen wurden zuletzt am 08.12.2015 aufgerufen.

Bestmann, Susane (2005): Die berufliche Situation von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. URL: http://vts.uni-ulm.de/docs/2005/5412/vts_5412.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (2013): Kassen-, Wahl- oder Privatarzt? URL: https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Unterschiede_Kassenarzt_Wahlarzt_Privatpraxis_HK.html

Dieterich, Anja (2006): Eigenverantwortlich, informiert und anspruchsvoll. URL: <https://bibliothek.wzb.eu/pdf/2006/i06-310.pdf>

Fox, Susannah/ Duggan, Maeve (2013): Health Online 2013. URL: http://www.pewinternet.org/files/old-media//Files/Reports/PIP_HealthOnline.pdf

Gellner, Winand (2006): Kommentar von Prof. Dr. Winand Gellner. URL: <http://www.zufog.de/Beitraege/beitraege/2006-02.KommentarWG.pdf>

Grönemeyer, Dietrich H. W. (2003): Miteinander von Arzt und Patient. URL: <http://www.zufog.de/Beitraege/beitraege/2003.Groenemeyer.pdf>

Grote-Westrick, Marion/ Klemperer, David (2015): Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich. URL: https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV__FCG_Regionale_Unterschiede__2015.pdf

Hon.ch (2015): Qualität und Vertrauenswürdigkeit von medizinischen und gesundheitsbezogenen Informationen im Internet. URL: http://www.hon.ch/HONcode/Patients/Visitor/visitor_de.html

Isfort, J./ Floer, B./ Koneczny, N./ Vollmar, H.C./ Lange, S./ Rieger, M./ Butzlaff, M. (2004): Shared Decision Making –sind Patienten in der Hausärztlichen Praxis dazu bereit? URL: http://www.evidence.de/Isfort_-_Shared_Decision_Making_-_sind_Patienten_in_der_Praxis_dazu_bereit.pdf

Kempf, Dieter (2013): Das Internet schafft eine Kultur des Teilens. URL: <https://www.bitkom.org/Presse/Presseinformation/Das-Internet-schafft-eine-Kultur-des-Teilens.html>

Kickbusch, Ilona (2012): Die Gesundheitsgesellschaft. URL: <file:///C:/Users/Marie-Unique/Downloads/Die-Gesundheitsgesellschaft-2012.pdf>

Marstedt, Gerd (2007): Informationsflut in Gesundheitsfragen überfordert Patienten. URL: <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/Ratlose-Patienten.pdf>

MS&L Germany (2010): Der Blick ins virtuelle Wartezimmer. URL: <http://de.slideshare.net/MSLGesundheitsstudie/skopos-studienergebnisse-msl-gesundheitsstudie?related=3>

MSL Germany (2012): Neues aus dem virtuellen Wartezimmer. URL: <http://de.slideshare.net/NI0049/20121109-gesundheitsstudie-mslslideshare?related=1>

Netdokter.at (2014a) URL: <http://www.netdokter.at/kommunikation/mediadaten-und-preisliste-286581>

Netdokter.at (2014b) URL: http://www.netdokter.at/6820411/Netdokter_Portfolio.pdf

Picker Institut (2014): Picker Report 2014. URL: http://www.pickerinstitut.de/assets/content/pdf/PICKER-REPORT_2014_Kurzversion.pdf

Picker Institut (2013): Picker Report 2013. URL: http://www.pickerinstitut.de/assets/content/pdf/PickerProzent20Report_Kurzversion_digital.pdf

Rockenbach, Katrin/ Geister, Christina/ Appel, Claudia (2010): Patientenbeteiligung aus Ärztsicht- Eine qualitative Studie. URL: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0029-1202363>

Statista (2015): Durchschnittliche Anzahl der täglich behandelten Patienten von Kassenärzten in Deutschland nach Arztgruppe im Jahr 2012. URL:

<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/236782/umfrage/durchschnittliche-anzahl-behandelter-patienten-von-kassenaerzten-in-deutschland/>

Streich, Waldemar (2004): Der informierte Patient – Hinweise zum praktischen Nutzen seines Wissens in der ambulanten Versorgung. URL: http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/200401NL.pdf

Vinzenz Gruppe Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH (2013): Studie zeigt stille Revolution im Gesundheitswesen. URL: http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20131022_OTS0085/studie-zeigt-stille-revolution-im-gesundheitswesen

Wittchen, Hans-Ulrich (2006): Versorgung in Deutschland: Anspruch und Realität. URL: <https://www.pfizer.de/fileadmin/pfizer.de/media/broschueren/detect.pdf>

World Health Organization (2014): World Health Statistics. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf

9.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ärztesgruppen (Vgl. Schmöller (2008): S. 21).....	43
--	----

9.4 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Urteilsfähigkeit und Krankheitsverlauf (Vgl. Butzlaff et al. (2003): S. 44)	19
Abbildung 2: Recherchequellen von Gesundheitsinformationen 1 (Vgl. Baumann, Czerwinski (2015): S. 63).....	28
Abbildung 3: Bevorzugte Entscheidungsmodelle (Vgl. Böcken et al. (2014): S. 112)	36
Abbildung 4: Patientenwünsche Sprechstunde (Vgl. Böcken et al. (2014): S. 114).....	38
Abbildung 5: Erfahrung 1	74
Abbildung 6: Erfahrung 2	75
Abbildung 7: Einstellung zu Vorinformationen 1	82
Abbildung 8: Einstellung zu Vorinformationen 2	83
Abbildung 9: Eigenschaftsprofil vorinformierter Patient.....	84
Abbildung 10: Zusammenarbeit mit vorinformiertem Patienten 1	86
Abbildung 11: Zusammenarbeit mit vorinformiertem Patienten 2	87
Abbildung 12: Entscheidungsfindung mit vorinformiertem Patienten	87
Abbildung 13: Eigenschaften idealer Patient	95
Abbildung 14: Arbeit mit idealem Patienten.....	96
Abbildung 15: Vergleich vorinformierter und idealer Patient	98

10. Anhang

10.1 Fragebogen

1 Internetverhalten

Wie viele Stunden nutzen Sie das Internet pro Tag für private Zwecke?

z.B. 0,5 oder 2

Stunden

Wie viele Stunden nutzen Sie das Internet pro Tag für berufliche Zwecke, z.B. Recherchen zu medizinischen Themen?

z.B. 0,5 oder 2

Stunden

Falls Sie das Internet für berufliche Zwecke oder medizinische Recherchen nutzen: Welche Internetdienste nutzen Sie dazu regelmäßig?

Mehrfachnennung möglich.

- ☐ Nachrichtenseiten (z.B. welt.de, nachrichten.at etc.)
- ☐ Gesundheitsportale/ -foren (z.B. netdocktor.de, onmeda.de etc.)
- ☐ Soziale Netzwerke (z.B. Facebook, Twitter etc.)
- ☐ Wikipedia
- ☐ Sonstiges

Besitzen Sie eine eigene Website für berufliche Zwecke?

Gemeint sind an dieser Stelle keine Einträge in Register o.Ä.

☐ Ja

☒ Nein

Falls Sie eine eigene Website für berufliche Zwecke betreiben: Wie betreiben Sie die Website?

☐ Ich betreibe die Website weitestgehend alleine und ohne Hilfe.

☒ Ich betreibe die Website mit fachlicher Unterstützung.

Falls Sie eine eigene Website für berufliche Zwecke betreiben: Welche Informationen sind darauf zu finden?

Mehrfachnennung möglich.

☐ Adressinformationen

☒ Öffnungszeiten

☐ Aktuelle Ankündigungen (z.B. Urlaubstage etc.)

☒ Meine E-Mailadresse

☐ Medizinische Informationen

☒ Meine Telefonnummer

Pflegen Sie mit Patienten beruflichen Kontakt via E-Mail?

☐ Ja, mehrmals in der Woche

☒ Ja, mehrmals im Monat

☐ Ja, mehrmals im Jahr

☒ Ja, seltener als einmal im Jahr

☐ Nein, nie

Haben Sie im letzten Jahr im Internet etwas zu einem oder mehreren medizinischen Themen veröffentlicht?

☐ Ja

☒ Nein

2 Internetverhalten 2

Welchen Aussagen zum Thema "Internet" stimmen Sie zu?

Sie können zwischen 1-"Stimme gar nicht zu" und 6-"Stimme absolut zu" wählen.

	1	2	3	4	5	6
Ich würde von mir selbst behaupten, mich im Internet gut zu Recht zu finden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Meiner Meinung nach eignet sich das Internet gut für meine medizinischen Recherchen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Ich kann mir vorstellen,
in der Zukunft (wieder)
etwas im Internet zu
einem medizinischen
Thema zu
veröffentlichen.

☐☐☐☐☐☐

Das Internet ist im
Begriff, andere Medien,
die ich in der
Vergangenheit zur
medizinischen
Recherche verwendet
habe, abzulösen.

☐☐☐☐☐☐

Ich kann mir vorstellen,
(wieder) mit meinen
Patienten beruflichen
Kontakt (z.B. bei
dringenden Fragen etc.)
via E-Mail aufzunehmen.

☐☐☐☐☐☐

3 Vorinformationen und vorinformierte Patienten

Welchen Aussagen zu medizinischen Informationsangeboten und Patienten, die sich vor einem Arztbesuch über medizinische Themen informieren stimmen Sie zu?

Sie können zwischen 1 - "Stimme gar nicht zu" und 6 - "Stimme absolut zu" wählen.

1 2 3 4 5 6

Bei der Recherche von
medizinischen
Informationsangeboten
im Internet fehlt die
fachliche Kompetenz
des Patienten, um die
Informationen sinnvoll zu
verwenden.

☐☐☐☐☐☐

Ich zweifle an der

☐☐☐☐☐☐

Richtigkeit der im Internet dargebotenen medizinischen Informationen.

Ich erachte Wikipedia als Quelle medizinischer Informationen für Patienten als hilfreich.

☐☐☐☐☐☐

Ich erachte Gesundheitsportale/-foren (z.B. netdoktor.de etc.) als Quelle medizinischer Informationen für Patienten als hilfreich.

☐☐☐☐☐☐

Ich erachte medizinische Fernsehsendungen (z.B. Medizin&Gesundheit (ZDF), Abenteuer Diagnose (NDR) etc.) als Quelle medizinischer Informationen für Patienten als hilfreich.

☐☐☐☐☐☐

Ich erachte Tageszeitungen als Quelle medizinischer Informationen für Patienten als hilfreich.

☐☐☐☐☐☐

Ich erachte Gesundheitszeitschriften (z.B. Apotheken Umschau, Neue Gesundheit etc.) als Quelle medizinischer Informationen für Patienten als hilfreich.

☐☐☐☐☐☐

Ich erachte Arztserien (z.B. Grey's Anatomy (Pro7), Der Bergdoktor (ZDF) etc.) als Quelle medizinischer

☐☐☐☐☐☐

Informationen für
Patienten als hilfreich.

Ich erachte medizinische
Fachbücher als Quelle
medizinischer
Informationen für
Patienten als hilfreich.

☐☐☐☐☐☐

Vorinformationen von
Patienten können nur
dann hilfreich und
nützlich für den
Patienten sein, wenn
dieser sie mit dem Arzt
bespricht.

☐☐☐☐☐☐

Vorinformationen
können nur dann
hilfreich und nützlich für
den Patienten sein,
wenn dieser dem Arzt
mehr vertraut als den
Informationen von
externer Quelle.

☐☐☐☐☐☐

Vorinformationen führen
zu einer falschen
Risikobewertung des
Patienten (z.B. bei
bestimmten
Medikamenten).

☐☐☐☐☐☐

Vorinformationen fördern
die Selbstverantwortung
des Patienten.

☐☐☐☐☐☐

Vorinformationen dienen
besonders gut als
gesundheitliche
Präventionsmaßnahme.

☐☐☐☐☐☐

Vorinformationen
nehmen dem Patient die
Angst.

☐☐☐☐☐☐

Vorinformationen helfen

☐☐☐☐☐☐

dem Patient, sich besser zu positionieren.

Vorinformationen geben dem Patient ein Gefühl von Kontrolle.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Vorinformationen spenden dem Patient Trost und ermutigen ihn.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Je komplexer die Krankheit des Patienten ist, desto hilfreicher und nützlicher können Vorinformationen für den Patienten sein.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Die Suche nach medizinischen Informationen ist ein Resultat der Verschiebung beunruhigender Konflikte und Gefühle des Patienten.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Die Einholung von Vorinformationen ist eine gute Vorbereitung auf den Arztbesuch.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ich empfinde vorinformierte Patienten als positiven Antrieb, automatisierte Denkweisen zu reflektieren.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Durch Vorinformationen von Patienten kann ich in manchen Fällen selbst noch etwas lernen.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4 Bisherige Erfahrungen mit vorinformierten Patienten

Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit vorinformierten Patienten gemacht?

Sie können zwischen "Ja" und "Nein" wählen.

	Ja	Nein
Ich hatte bereits eine Diskussion/Meinungsverschiedenheit mit einem Patient aufgrund von Vorinformationen des Patienten.	☒	☐
Ich hatte bereits mehrfach eine Diskussion/Meinungsverschiedenheit mit Patienten aufgrund von Vorinformationen des Patienten.	☐	☐
Aufgrund einer Meinungsverschiedenheit durch Vorinformationen ist es mir schon passiert, dass sich ein Patient von mir getrennt hat.	☐	☐
Ich habe bereits einem Patient nachgegeben (z.B. ein vom Patient gewünschtes Medikament verschrieben, das zwar für den Patienten geeignet ist, aber nicht meine erste Wahl gewesen wäre), um eine Diskussion zu vermeiden.	☐	☐
Ich habe bereits einem Patient nachgegeben (z.B. ein vom Patient gewünschtes Medikament verschrieben, das zwar für den Patienten geeignet ist, aber nicht meine erste Wahl gewesen wäre), um Zeit zu sparen.	☐	☐
Ich habe schon das Öfteren einem Patienten nachgegeben (z.B. ein vom Patient gewünschtes Medikament verschrieben, das zwar für ihn geeignet ist, aber nicht meine erste Wahl gewesen wäre).	☐	☐
Ich habe bereits erlebt, dass ein Patient aufgrund von externen Vorinformationen (z.B. Internet, Zeitung, etc.) seine Medikation eingestellt/geändert hat, ohne dies vorher mit mir zu besprechen.	☐	☐

5 Eigenschaftsprofil vorinformierter Patient

Im Folgenden finden Sie Eigenschaften, die Sie einem vorinformierten Patient zuordnen sollen.

Je nachdem, wohin Sie Ihr Kreuz setzen, tendieren Sie eher zur rechten oder zur linken Eigenschaft.

Willensstark ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Verunsichert

Furchtlos ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ängstlich

Harmonisch/Wohlg
esinnt ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Streitlustig

Gehorchend ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Fordernd

Vitalisierend ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Anstrengend

Gelassen/Entspan
nt ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Angespannt

Sympathisch ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Unsympathisch

Informiert über
sein eigenes

Uninformiert über
sein eigenes

Krankheitsbild ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Krankheitsbild

Hoher Bildungsgrad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Niedriger Bildungsgrad

Schwer erkrankt ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Weniger erkrankt schwer

Vertraut meiner Urteilskraft ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Misstraut meiner Urteilskraft

Bereitschaft, an medizinischen Entscheidungsprozessen mitzuarbeiten ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Keine Bereitschaft, an medizinischen Entscheidungsprozessen mitzuarbeiten

6 Eigenschaftsprofil vorinformierter Patient 2

Bleiben wir kurz bei den vorinformierten Patienten: Im Folgenden finden Sie Aussagen, die Sie der Arbeit mit einem vorinformierten Patient zuordnen sollen.

Je nachdem, wohin Sie Ihr Kreuz setzen, tendieren Sie eher zur rechten oder zur linken Eigenschaft.

Die Arbeit mit einem vorinformierten Patient ist eine positive Herausforderung für mich ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ Die Arbeit mit einem vorinformierten Patient ist nachteilig für mich

Entlastet
meine Arbeit

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Erschwert
meine Arbeit

Weniger
Erklärungsbe-
darf

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Mehr
Erklärungsbe-
darf

Einfacher im
Umgang als
mit
uninformierte
m/weniger
vorinformiert
em Patient

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Schwieriger
im Umgang
als mit
uninformierte
m/weniger
vorinformiert
em Patient

Empfinde ich
als
angenehm

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Empfinde ich
als
unangenehm

Hat bessere
Voraussetzu-
ng für gute
Zusammena-
rbeit mit mir

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Hat
schlechtere
Voraussetzu-
ng für gute
Zusammena-
rbeit mit mir

Erleichterte
Kommunikati-
on

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Erschwerte
Kommunikati-
on

Nimmt mir
Verantwortu-
ng ab

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nimmt mir
keine
Verantwortu-
ng ab

Besucht
seine Ärzte

Besucht
seine Ärzte

öfter als uninformierte r/weniger vorinformiert er Patient	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	weniger oft als uninformierte r/weniger vorinformiert er Patient
Leichter medizinische r Entscheidun gsfindungspr ozess	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Schwieriger medizinische r Entscheidun gsfindungspr ozess
Überlässt mir Entscheidung g über Behandlung/ Therapie/Me dikation/etc. allein	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Trifft Entscheidung g über Behandlung/ Therapie/Me dikation/etc. allein
Wir treffen Entscheidun gen über Behandlung/ Therapie/Me dikation/etc. weitestgehe nd gemeinsam	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Wir treffen Entscheidun gen über Behandlung/ Therapie/Me dikation/etc. nicht gemeinsam

7 Eigenschaftsprofil idealer Patient

Im Folgenden finden Sie Eigenschaften, die Sie einem (aus ihrer persönlichen Sicht) idealen Patient zuordnen sollen.

Je nachdem, wohin Sie Ihr Kreuz setzen, tendieren Sie eher zur rechten oder zur linken Eigenschaft.

Willensstark ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Verunsichert

Furchtlos ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ängstlich

Harmonisch/Wohlg
esinnt ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Streitlustig

Gehorchend ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Fordernd

Vitalisierend ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Anstrengend

Gelassen/Entspan
nt ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Angespannt

Informiert über
sein eigenes
Krankheitsbild ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Uninformiert über
sein eigenes
Krankheitsbild

Bereitschaft an
medizinischen
Entscheidungsproz
essen
mitzuarbeiten ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Keine Bereitschaft
an medizinischen
Entscheidungsproz
essen
mitzuarbeiten

Überlässt mir
Entscheidungen ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Trifft Entscheidung
über

über
Behandlung/Thera
pie/Medikation/etc.
allein

Behandlung/Thera
pie/Medikation/etc.
mit mir gemeinsam

Konkreten
Vorstellungen bzgl.
Behandlung/Thera
pie/Medikation/etc.

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Keine konkreten
Vorstellungen bzgl.
Behandlung/Thera
pie/Medikation/etc.

Nimmt mir
Verantwortung ab

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nimmt mir keine
Verantwortung ab

Besucht seine
Ärzte oft

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Besucht seine
Ärzte selten

Vorinformiert

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nicht vorinformiert

8 Soziodemographische Daten

Geschlecht:

☐

Männlich

☐

Weiblich

Wie alt sind Sie?

Jahre

Familienstand:



Verheiratet



In Partnerschaft lebend



In keiner Beziehung



Geschieden



Verwitwet

Wie viele Jahre sind Sie bereits als Arzt tätig?

Jahre

Welcher Gruppe von Ärzten lassen Sie sich zuordnen

Mehrfachnennung möglich.

☐ Niedergelassener Arzt (ambulant)

☐ Klinikarzt (stationär)

☐ Privatarzt

☐ Kassenarzt

☐ Sonstiges

Wie alt sind Ihre Patienten durchschnittlich?

Jahre

Wie viele Patienten haben sie durchschnittlich am Tag?

Patienten

In welchem Land sind Sie tätig?

☐ Deutschland ☐ Österreich

Wie viele Einwohner hat der Ort, an dem Sie tätig sind?

☐ Unter 5.000 Einwohner ☐ Zwischen 5.000 und 20.000 Einwohner ☐ Zwischen 20.000 und 50.000 Einwohner ☐ Zwischen 50.000 und 100.000 Einwohner ☐ Mehr als 100.000 Einwohner

9 Endseite

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

10.2 Ansprache

Folgender Text wurde in den E-Mails an die deutschen und österreichischen Ärzte versendet:

Sehr geehrte/r Herr/ Frau Dr. ,

im Rahmen meiner Magisterarbeit an der Universität Wien führe ich eine anonyme Ärztebefragung zum Thema "Der vorinformierte Patient im Praxisalltag" durch. Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie sich **10 Minuten** Zeit nehmen und meinen Online-Fragebogen ausfüllen.

Die Befragung ist **absolut anonym** und dauert nur 10 Minuten.

Hier geht's zum Fragebogen: http://ww3.unipark.de/uc/MA_Univie/3edc/

Vielen Dank, dass Sie mir helfen, meine Erhebung abzuschließen!

Mit freundlichen Grüßen aus Wien,

Marie-Dominique Schneider

10.3 Foren

Folgende Foren wurden zur Suche nach Ärzten verwendet:

In <http://www.aerztekammer.at/arztsuche>:

<http://www.aekbgld.at/web/arztekammer-fur-burgenland/arztsuche>;

<http://www.aekkttn.at/web/arztekammer-fur-karnten/arztsuche>,

<https://sso.arztnoe.at/arztsuche/search.jsf>; <http://www.aekooe.at/arztefinder>;

<http://www.aeksbgl.at/web/arztekammer-fur-salzburg/arztsuche>;

<http://www.aekstmk.or.at/cms/cms.php?pageName=46>; <http://www.aektirol.at/arztsuche>;

<http://www.medicus-online.at/aek/dist/medicus.html>;

<http://www.praxisplan.at/> <http://www.bundesaerztekammer.de/service/arztsuche/>

<http://www.bundesaerztekammer.de/service/arztsuche/baden-wuerttemberg/>;

<http://www.bundesaerztekammer.de/service/arztsuche/bayern/>;

<http://www.bundesaerztekammer.de/service/arztsuche/berlin/>;

<http://www.bundesaerztekammer.de/service/arztsuche/brandenburg/>;

<http://www.bundesaerztekammer.de/service/arztsuche/bremen/>;

<http://www.bundesaerztekammer.de/service/arztsuche/hamburg/>;

<http://www.bundesaerztekammer.de/service/arztsuche/hessen/>;

<http://www.bundesaerztekammer.de/service/arztsuche/mecklenburg-vorpommern/>;

<http://www.bundesaerztekammer.de/service/arztsuche/niedersachsen/>;

<http://www.bundesaerztekammer.de/service/arztsuche/nordrhein-westfalen/>;

<http://www.bundesaerztekammer.de/service/arztsuche/rheinland-pfalz/>;

<http://www.bundesaerztekammer.de/service/arztsuche/saarland/>;

<http://www.bundesaerztekammer.de/service/arzt suche/sachsen/>;

<http://www.bundesaerztekammer.de/service/arzt suche/sachsen-anhalt/>;

<http://www.kbv.de/html/arzt suche.php>

10.4 SPSS Auswertungstabellen

10.4.1 F1H1 Nichtparametrische Korrelation

1.) Korrelation zwischen allen Erfahrungswerten und Informationsangeboten

			Erfahrungen	Infoangebote
Spearman-Rho	Erfahrungen	Korrelationskoeffizient	1,000	-,069
		Sig. (2-seitig)	.	,407
		N	146	146
	Infoangebote	Korrelationskoeffizient	-,069	1,000
		Sig. (2-seitig)	,407	.
		N	146	146

2.) Korrelation zwischen zwei Erfahrungswerten und Informationsangeboten

			Erfahrung_2	Infoangebote
Spearman-Rho	Erfahrung_2	Korrelationskoeffizient	1,000	-,102
		Sig. (2-seitig)	.	,222
		N	146	146
	Infoangebote	Korrelationskoeffizient	-,102	1,000
		Sig. (2-seitig)	,222	.
		N	146	146

10.4.2 F1H2 Nichtparametrische Korrelation

1.) Korrelation zwischen allen Erfahrungswerten und Eigenschaftszuschreibungen vorinformierter Patient

			Erfahrungen	Eigenschaften_vP
Spearman-Rho	Erfahrungen	Korrelationskoeffizient	1,000	,102
		Sig. (2-seitig)	.	,222
		N	146	146
	Eigenschaften_vP	Korrelationskoeffizient	,102	1,000
		Sig. (2-seitig)	,222	.
		N	146	146

2.) Korrelation zwischen zwei Erfahrungswerten und Eigenschaftszuschreibungen vorinformierter Patient

			Erfahrung_2	Eigenschaften_vP
Spearman-Rho	Erfahrung_2	Korrelationskoeffizient	1,000	,167*
		Sig. (2-seitig)	.	,044
		N	146	146
	Eigenschaften_vP	Korrelationskoeffizient	,167*	1,000
		Sig. (2-seitig)	,044	.
		N	146	146

10.4.3 F2H1 Varianzanalyse

1.) Deskriptive Statistik

Internet		N	Mittlerer Rang
Eigenschaften_vP	wenig Internetnutzung und niedrige selbsteingeschätzte Kompetenz	25	68,72
	entweder oder	47	70,78

viel Internetnutzung und hohe selbsteingeschätzte Kompetenz	73	75,90
Gesamt	145	

2.) Kruskal-Wallis-Test

	Eigenschaften_vP
Chi-Quadrat	,740
df	2
Asymptotische Signifikanz	,691

10.4.4 F2H1, F2H2, F2H3 Multiple Regression

1.) Modellzusammenfassung

Model l	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Statistikwerte ändern		Df1	Df2	Sig. Änderun g in F
					Änderung in R- Quadrat	Änderung in F			
1	,290 ^a	,084	,049	1,45353	,084	2,424	5	132	,039
2	,286 ^b	,082	,054	1,44978	-,002	,314	1	132	,576
3	,282 ^c	,080	,059	1,44604	-,002	,310	1	132	,579
4	,255 ^d	,065	,051	1,45201	-,015	2,117	1	132	,148

a. Einflußvariablen : (Konstante), Alter, Internetnutzung, Einstellung_zum_Internet, Patienten am Tag, Selbsteinschaetzung_Internet

b. Einflußvariablen : (Konstante), Alter, Internetnutzung, Patienten am Tag, Selbsteinschaetzung_Internet

c. Einflußvariablen : (Konstante), Alter, Patienten am Tag, Selbsteinschaetzung_Internet

d. Einflußvariablen : (Konstante), Alter, Patienten am Tag

2.) ANOVA

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	25,609	5	5,122	2,424	,039 ^b
	Nicht standardisierte Residuen	278,883	132	2,113		
	Gesamt	304,493	137			
2	Regression	24,946	4	6,236	2,967	,022 ^c
	Nicht standardisierte Residuen	279,547	133	2,102		
	Gesamt	304,493	137			
3	Regression	24,295	3	8,098	3,873	,011 ^d
	Nicht standardisierte Residuen	280,198	134	2,091		
	Gesamt	304,493	137			
4	Regression	19,868	2	9,934	4,712	,011 ^e
	Nicht standardisierte Residuen	284,625	135	2,108		
	Gesamt	304,493	137			

a. Einflußvariablen : (Konstante), Alter, Internetnutzung, Einstellung_zum_Internet, Patienten am Tag, Selbsteinschaetzung_Internet

b. Einflußvariablen : (Konstante), Alter, Internetnutzung, Patienten am Tag, Selbsteinschaetzung_Internet

c. Einflußvariablen : (Konstante), Alter, Patienten am Tag, Selbsteinschaetzung_Internet

d. Einflußvariablen : (Konstante), Alter, Patienten am Tag

3.) Koeffizienten

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler r	Beta		
1	(Konstante)	6,631	,953		6,958	,000
	Selbsteinschaetzung_Internet	,079	,109	,076	,727	,468
	Einstellung_zum_Internet	,033	,059	,057	,560	,576
	Internetnutzung	,076	,131	,051	,584	,561
	Patienten am Tag	,009	,003	,231	2,714	,008
	Alter	-,029	,015	-,163	-1,924	,057
2	(Konstante)	6,795	,905		7,509	,000
	Selbsteinschaetzung_Internet	,113	,090	,110	1,264	,208
	Internetnutzung	,072	,130	,048	,556	,579
	Patienten am Tag	,009	,003	,231	2,732	,007

	Alter	-,029	,015	-,166	- 1,96 5	,051
3	(Konstante)	6,854	,896		7,64 6	,000
	Selbsteinschaetzung_Internet	,126	,087	,122	1,45 5	,148
	Patienten am Tag	,009	,003	,227	2,69 8	,008
	Alter	-,029	,015	-,162	- 1,93 4	,055
4	(Konstante)	7,474	,792		9,44 2	,000
	Patienten am Tag	,008	,003	,214	2,54 9	,012
	Alter	-,030	,015	-,171	- 2,03 5	,044

a. Abhängige Variable: Eigenschaften_vP

10.4.5 F2H4 Mann-Whitney-U-Test

1.) Deskriptive Statistik

paternalistic_shared	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Vorinformationen führen zu paternalistic einer falschen Risikobewertung des shared Patienten (z.B. bei bestimmten Medikamenten). Gesamt	53	55,84	2959,50
	66	63,34	4180,50
	119		
Vorinformationen fördern die paternalistic	53	48,75	2583,50

Selbstverantwortung des Patienten.	shared	66	69,04	4556,50
Gesamt		119		
Vorinformationen dienen besonders gut als gesundheitsliche Präventionsmaßnahme.	paternalistic	53	55,14	2922,50
	shared	66	63,90	4217,50
Gesamt		119		
Vorinformationen nehmen dem Patient die Angst.	paternalistic	53	60,06	3183,00
	shared	66	59,95	3957,00
Gesamt		119		
Vorinformationen helfen dem Patient, sich besser zu positionieren.	paternalistic	53	55,15	2923,00
	shared	66	63,89	4217,00
Gesamt		119		
Vorinformationen geben dem Patient ein Gefühl von Kontrolle.	paternalistic	53	56,42	2990,50
	shared	66	62,87	4149,50
Gesamt		119		
Vorinformationen spenden dem Patient Trost und ermutigen ihn.	paternalistic	53	57,64	3055,00
	shared	66	61,89	4085,00
Gesamt		119		
Je komplexer die Krankheit des Patienten ist, desto hilfreicher und nützlicher können Vorinformationen für den Patienten sein.	paternalistic	53	55,92	2963,50
	shared	66	63,28	4176,50
Gesamt		119		
Die Einholung von Vorinformationen ist eine gute Vorbereitung auf den	paternalistic	53	51,07	2706,50
	shared	66	67,17	4433,50

Arztbesuch.	Gesamt	119		
Ich empfinde vorinformierte paternalistic		53	48,82	2587,50
Patienten als positiven				
Antrieb, automatisierte shared		66	68,98	4552,50
Denkweisen zu reflektieren.				
Gesamt		119		
Durch Vorinformationen von paternalistic		53	54,65	2896,50
Patienten kann ich in				
manchen Fällen selbst noch shared		66	64,30	4243,50
etwas lernen.				
Gesamt		119		

2.) Mann-Whitney-U-Test Teil 1

	Vorinformation en führen zu einer falschen Risikobewertun g des Patienten (z.B. bei bestimmten Medikamenten).	Vorinformationen fördern die Selbstverantwortun g des Patienten.	Vorinformationen dienen besonders gut als gesundheitliche Präventionsmaßnahm e.	Vorinformation en nehmen dem Patient die Angst.	Vorinformation en helfen dem Patient, sich besser zu positionieren.
Mann-Whitney-U	1528,500	1152,500	1491,500	1746,000	1492,000
Wilcoxon-W	2959,500	2583,500	2922,500	3957,000	2923,000
Z	-1,204	-3,255	-1,410	-,017	-1,410
Asymptotisch e Signifikanz (2-seitig)	,228	,001	,158	,987	,159

3.) Mann-Whitney-U-Test Teil 2

	Vorinformationen geben dem Patient ein Gefühl von Kontrolle.	Vorinformationen spenden dem Patient Trost und ermutigen ihn.	Je komplexer die Krankheit des Patienten ist, desto hilfreicher und nützlicher können Vorinformationen für den Patienten sein.	Die Einholung von Vorinformationen ist eine gute Vorbereitung auf den Arztbesuch.	Ich empfinde vorinformierte Patienten als positiven Antrieb, automatisierte Denkweisen zu reflektieren.	Durch Vorinformationen von Patienten kann ich in manchen Fällen selbst noch etwas lernen
Mann-Whitney-U	1559,500	1624,000	1532,500	1275,500	1156,500	1465,500
Wilcoxon-W	2990,500	3055,000	2963,500	2706,500	2587,500	2896,500
Z	-1,042	-,688	-1,211	-2,598	-3,223	-1,539
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,297	,491	,226	,009	,001	,124

a. Gruppenvariable: paternalistic_shared

10.4.6 F3H1: Varianzanalyse mit Messwiederholung

1.) Wilcoxon-Test Teil 1

	Willenstark - Verunsichert - Willenstark - Verunsichert	Furchtlos - Ängstlich - Furchtlos - Ängstlich	Harmonisch/Wohlgelint - Streiltustig - Harmonisch/Wohlgelint - Streiltustig	Gehorchend - Fordernd - Gehorchend - Fordernd
Z	-8,461 ^b	-9,097 ^b	-9,362 ^b	-8,490 ^b
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000

2.) Wilcoxon-Test Teil 2

	Vitalisierend - Anstrengend - Vitalisierend - Anstrengend	Gelassen/Entspannt - Angespant - Gelassen/Entspannt - Angespant	Informiert über sein eigenes Krankheitsbild - Uninformiert über sein eigenes Krankheitsbild - Informiert über sein eigenes Krankheitsbild - Uninformiert über sein eigenes Krankheitsbild	Bereitschaft an medizinischen Entscheidungsprozessen mitzuarbeiten - Keine Bereitschaft an medizinischen Entscheidungsprozessen mitzuarbeiten - Bereitschaft, an medizinischen Entscheidungsprozessen mitzuarbeiten - Keine Bereitschaft, an medizinischen Entscheidungsprozessen mitzuarbeiten
Z	-9,483 ^b	-9,850 ^b	-6,755 ^b	-7,585 ^b
Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	,000	,000	,000	,000

a. Wilcoxon-Test

b. Basiert auf positiven Rängen.

10.4.7 F3H2: Nichtparametrische Korrelation

1.) Korrelationen

	Überlässt mir Entscheidungen über Behandlung/Therapie/Medikatio n/etc. allein - Trifft Entscheidung über Behandlung/Therapie/Medikatio n/etc. mit mir gemeinsam	Vorinformi ert - Nicht vorinformi ert
Spearman n-Rho	Überlässt mir Entscheidungen über Korrelationskoeffizi ent	1,000 -,206*

Behandlung/Therapie/Medikatio n/etc. allein - Trifft Entscheidung über	Sig. (2-seitig)	.	,013
Behandlung/Therapie/Medikatio n/etc. mit mir gemeinsam	N	145	145
Vorinformiert - Nicht vorinformiert	Korrelationskoeffizi ent	-,206*	1,000
	Sig. (2-seitig)	,013	.
	N	145	145

10.5 Abstract deutsch

Die neuen Medien und das zunehmende Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung führen dazu, dass sich Personen immer öfter über Gesundheitsthemen informieren und sich medizinisches Wissen auch über andere Medienkanäle aneignen. Dieses Wissen bringen sie gegebenenfalls in die nächste Sprechstunde bei ihrem Arzt ein und können durch diesen Umstand als „vorinformierte Patienten“ bezeichnet werden. Dieser Vorgang birgt Konfliktpotenzial, da die zusätzlichen Informationen die Kommunikation und dadurch auch die Beziehung zwischen Arzt und Patient verändern können.

Die vorliegende Forschungsarbeit beschäftigt sich im theoretischen Teil zunächst kritisch mit diesem Sachverhalt und will verstehen, um welche Menschen es sich konkret bei vorinformierten Patienten handelt und wie diese beim Arzt wahrgenommen werden. Darüber hinaus geht es um die Veränderungen im Umgang zwischen Arzt und Patient durch die sogenannten Vorinformationen. In diesem Zusammenhang werden auch aktuelle Modelle zu dieser Thematik vorgestellt, zu welchen das paternalistic decision model, das informed decision model und das shared decision model gehören. Sie beschreiben das Verhältnis zwischen Arzt und Patient im Zuge von medizinischen Entscheidungen.

Im empirischen Teil werden die Ergebnisse der quantitativen Online-Befragung von 145 Allgemeinmedizinerinnen aus Deutschland und Österreich vorgestellt. Dabei werden Antworten auf die Fragen gegeben, wie ein Arzt mit vorinformierten Patienten umgeht und welche Einstellungen zu den Themen „Informationsangebote“ und „Vorinformationen“ vorherrschen. Des Weiteren wurde erhoben, wie sich Mediziner einen idealen Patient vorstellen und inwiefern sich dieser vom vorinformierten Patient unterscheidet. Der Schwerpunkt innerhalb des empirischen Teils liegt in der Frage nach einem Zusammenhang zwischen der Einstellung des Arztes gegenüber vorinformierten Patienten und bestimmten Faktoren wie sein Alter, seine Internetnutzung oder die Anzahl seiner täglichen Patienten.

Ergebnisse der Studie sind, dass es einen signifikant negativen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Patienten, die ein Arzt pro Tag empfängt und seiner Einstellung zu vorinformierten Patienten gibt. Je mehr Patienten also ein Arzt pro Tag hat, desto negativer beurteilt er vorinformierte Patienten. Ferner konnotieren Ärzte den idealen Patient mit deutlich positiveren Eigenschaften, als den vorinformierten Patient. Ein weiteres Ergebnis der Untersuchung ist, dass Ärzte, die Entscheidungen vornehmlich nach dem shared decision model treffen, Vorinformationen grundsätzlich besser bewerten, als Anhänger des

paternalistischen models. Diese Ärzte stellen sich den idealen Patient weiterhin vornehmlich als vorinformiert vor.

10.6 Abstract (english version)

New media and increasing health awareness throughout the population lead to a raising number of people informing their self about health issues online. People nowadays use various media channels to gain and improve their medical knowledge and therefore, can be addressed as “pre-informed patients”.

Concerning the consulting hours between a doctor and patient this leads to an increased conflict potential and potentially impairs the relationship between the doctor and the patient.

Therefore, in this study the theoretical part focuses on the influence of pre-informed patients on the doctor-patient relationship and deals with the interpretation of pre-informed patients and explains how they are perceived by their doctor. Furthermore, this study investigated the influence of the pre-informed patient on the doctors’ way to deal with his patient.

Current models to this issue include the “paternalistic decision model”, the “informed decision model” and the “shared decision model”. These models describe the relationship between doctor and patient during medical procedures (e.g. Decisions made).

The empiric part of this work describes the evaluation of an online survey with 145 practical Austrian and German doctors. This aspect of the study answers the question how doctors handle pre-informed patients and explains their opinion about medical information platforms for patients. Furthermore, it was assessed how doctors imagine their ideal patient and to what extend this person differs from a pre-informed patient. The bulk of the empiric part addresses the correlation between the attitudes of the doctor towards the pre-informed patient based on factors like: internet usage, age and numbers of daily patients treated.

In this study it could be demonstrated that there is a strong significant negative-correlation between the number of patients handled daily and the doctor’s attitude towards pre-informed patients. This leads to a direct impairment of the doctor’s attitude towards the patients. Furthermore, it could be shown that doctors who use the shared decision model exhibit a more positive attitude towards pre-informed patients compared to those who use the paternalistic models.

10.7 Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name: **Marie-Dominique Schneider, Bakk. phil.**
Anschrift: **Krottenbachstraße 122/14/12**
1190 Wien
Geburtsdatum: 20. August 1990
Geburtsort: Bad Bergzabern (Deutschland)
Familienstand: Ledig
Staatsangehörigkeit: Deutsch
Telefon: 0699 / 19562855
E-Mail: marie3-schneider@web.de

Berufsausbildung

Seit 2013 Masterstudium für Publizistik und Kommunikationswissenschaft an der Hauptuniversität Wien
2009-2013 Bachelorstudium für Publizistik und Kommunikationswissenschaft an der Hauptuniversität Wien. Abschluss: Bakk. phil.
2000-2009 Otfried von Weißenburg Gymnasium Dahn (Deutschland)
1996-2000 Grundschule Dahn (Deutschland)

Berufserfahrung

Seit 2015 Mitarbeiterin bei Medianet Verlag AG, 1110 Wien
2015 Mitarbeiterin bei Ulli Tiefengraber Eventmarketing und Public Relations, 1130 Wien
2009-2014 Büroaushilfskraft, Servicekraft und Buffetkraft für TST Personaldienstleistung GmbH, 1090 Wien
2008 Praktikum bei Kleinhans CAD Systeme, 1050 Wien
2007-2009 Aushilfskraft bei Wellness-Team-Schaller, 66994 Dahn

Zusatzqualifikationen

Sprachen: Muttersprache: Deutsch; Englisch: Fließend in Wort und Schrift; Französisch und Spanisch: Grundkenntnisse
EDV: Betriebssysteme: Windows XP/7/8; Microsoft Office (Word, Excel, Powerpoint, etc.)