



universität
wien

MAGISTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Magisterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Arzt-Patienten-Beziehung - Der ärztliche Umgang mit
Patientenfeedback“

verfasst von / submitted by

Lisa Eggenfellner, Bakk. phil.

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2019 / Vienna 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 841

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Magisterstudium Publizistik- und
Kommunikationswissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Ass.-Prof. Ing. Mag. rer. soc. oec.
Dr. phil. Klaus Lojka

Hinweis im Sinne des Gleichbehandlungsgesetzes

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1. Problemstellung	1
1.2. Relevanz	2
1.3. Fachbezug	3
2. Theoretischer Rahmen	5
2.1. Systemtheorie	5
2.2. Theorie des kommunikativen Handelns	6
2.3. Theorie öffentlichen Vertrauens	7
2.4. Stand der Forschung.....	8
3. Das Arzt-Patienten-Verhältnis	13
3.1. Gründe für die veränderte Arzt-Patienten-Relation	15
3.2. Die Scheu vor dem Leiden	17
3.3. Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung als Grundbaustein.....	19
3.4. Das patientenorientierte Konzept.....	22
3.5. Der Teufelskreis der Medizinberichterstattung	25
4. Feedback in der Arzt-Patienten-Kommunikation	29
4.1. Die Nützlichkeit von Patientenfeedback	29
4.2. Bewertungsportale im Internet	30
4.3. Arzt-Bewertungsportale:.....	32
4.4. Patientenfeedback im Internet	34
4.5. DGPUK Veranstaltung	36
4.6. Das Potential von Online-Portalen	38
4.7. Die Gefahren von Online-Portalen	41
5. Konkretisierung der Forschungsfragen.....	43
6. Methodendesign	47
6.1. Qualitative Interviews	48
6.2. Inhaltsanalyse nach Mayring.....	50
6.3. Untersuchungsvoraussetzungen.....	54
6.4. Quantitative Aspekte von Bewertungsplattformen	56
6.5. Pretest.....	57
6.6. Untersuchungsbedingungen	58

7. Ergebnisse.....	60
7.1. Ausformulierung der Ergebnisse	60
7.2. Kategorienbildung nach Mayrings Methode	88
7.3. Beantwortung der Forschungsfragen	94
8. Fazit und Ausblick	107
9. Quellenverzeichnis	109
9.1. Literaturquellen	109
9.2. Internetquellen	112
Anhang	117
Abstract (Deutsch)	117
Abstract (English).....	118
Dateien zur 3. Jahrestagung der DGPuK- Fachgruppe	119
Interview- Fragebogen	127
Datenschutz-Mitteilung.....	129
Transkriptionsregeln	130
Transkriptionen	131
Auswertungsbeispiel Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	169

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Einfluss von Kommunikationsstil und Geschlecht.....	21
Abbildung 2 Grundkompetenzen im Gesundheitssektor.....	28
Abbildung 3 Qualitative Inhaltsanalyse - Schritte.....	51
Abbildung 4 Materialbündelung	53
Abbildung 5 Ranking der interviewten Ärzte auf Docfinder.....	105

Abkürzungsverzeichnis

A-P-K	Arzt-Patienten-Kommunikation
A-P-B	Arzt-Patienten-Beziehung
AEKSTMK	Ärztelkammer Steiermark
bzw.	beziehungsweise
DGPuk	Deutschen Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft
d.h.	das heißt
Dr.	Doktor
et al.	und andere
etc.	et cetera
evtl.	eventuell
f	folio - "auf der nächsten Seite"
ff	"auf den nächsten Seiten"
FF	Forschungsfrage
ggf.	gegebenenfalls
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Hrsg.	Herausgeber
Hyp	Hypothese
Info(s)	Information(en)
K	Kategorie
Nr.	Nummer
O.J.	ohne Jahr
O.O.	ohne Ort
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖQMed	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH
Prof.	Professor
S.	Seite
SPL	Studienprogrammleitung
u.a.	und andere
UK	Unterkategorie
vgl.	vergleiche

1. Einleitung

Ich möchte mich in dieser Arbeit damit beschäftigen, wie die Mediziner-Patienten-Beziehung und deren Kommunikation funktioniert. In meiner Arbeit möchte ich die Meinung der Ärzte aufgreifen.

Die Veränderung in den letzten Jahrzehnten ist deutlich und zusammengefasst wird sie so beschrieben: vom weißen Gott zum bevormundenden Rezeptschreiber. Was hat sich verändert und wie sehen das die Mediziner? Welche Probleme scheinen weit verbreitet zu sein und gibt es Ansätze/Ideen zu deren Verbesserung? Wie kann man sie benennen, hinunterbrechen und dadurch bearbeitbar machen?

Meine Idee geht dahin, die Meinung der Ärzte in Hinblick auf die Patientenmeinungen zu untersuchen, sprich was Ärzte davon halten, wenn und was ihnen Patienten rückmelden oder ihre Arbeit kritisieren. Gerade praktische Ärzte sind meistens die erste Anlaufstelle für Patienten. Hier ist Kommunikation essenziell, um die weitere Vorgehensweise zu bestimmen. Die Patientenerwartungen und auch die Fülle an Wissen in der Gesellschaft haben sich geändert, was sich auf die Interaktion zwischen Arzt und Patient auswirkt.

Aufmerksam auf diesen Ansatz wurde ich, als ich einen Artikel im Internet fand, der darüber berichtete, dass eine Pensionswelle droht. Denn bis 2020 wird jeder dritte Allgemeinmediziner älter als 65 Jahre alt sein. Die Zahl der in Österreich beschäftigten Ärzte ist in den letzten Jahrzehnten stetig gestiegen und liegt derzeit bei 44.000. Statistisch gesehen wurden im Jahr 2000 100.000 Menschen von 385 Ärzten betreut, 2010 waren es 478 und heutzutage sind es schon 505. Was aber passiert, wenn diese Anzahl nun abrupt abfällt? Von einem Ärztemangel kann man noch nicht sprechen, aber besonders am Land wird es immer schwerer, Hausarztstellen nachzubesetzen. (vgl. DiePresse online, 2016)

Das betrifft sowohl Patienten, deren Angehörigen sowie Ärzte und die Gesellschaft, da alle potenziell in die Rolle eines Patienten oder eines Angehörigen kommen können. Es hat einen Grund, warum mehr Ärzte im Einsatz sind. Wie soll eine sinkende Ärzteschaft die steigenden Patientenerwartungen erfüllen?

1.1. Problemstellung

Momentan herrscht eine nicht unbedeutende Änderungsphase in Medizin und Pflege. Spitäler werden gebaut und geschlossen, Abteilungen zusammengelegt und die Arbeitszeitendiskussion nimmt kein Ende.

In den Medien wird oft die Patientensicht dargelegt und welche Auswirkungen diverse Änderungen auf Leute und Gesellschaft allgemein haben. Die Ärzte- und Pflegerperspektive jedoch bleibt vorwiegend im Verborgenen.

Genauso betrifft dies das Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Mediziner kommen oft ins Kreuzfeuer der Kritik, während ihr Aspekt der veränderten Beziehung zu Patienten bzw. der aktuellen Situation generell meist nur in Fachzeitschriften zu lesen ist.

Die Vorwürfe an Mediziner, sie seien überarbeitet, abgestumpft, nicht einfühlsam, reden nur fachmännisch und würden den Patienten nur als Fall, jedoch nicht als Mensch sehen, sind sicher zum Teil gerechtfertigt. Die andere Seite jedoch, dass auch Patienten unfreundlich, fordernd und teils entgegenarbeitend agieren, auf alles sofort eine Antwort wissen wollen, den Arzt nur als Rezeptschreiber sehen und mehr auf das Internet als ihrem Pflegepersonal vertrauen, habe zumindest ich von Freunden oder Familienmitgliedern, die in dem Bereich arbeiten, mitbekommen. Mich interessieren beide Meinungen und ich habe lange überlegt, wie das unter einen Hut zu bekommen ist.

Passend dahingehend ist die Feedbackkultur. Geben Patienten Feedback und wenn ja, wie wird dieses vom Arzt aufgenommen? Sehen Ärzte es als wichtig an, dass und welche Rückmeldungen sie bekommen? Ärzte sind natürlich die Experten im Medizinbereich, doch zu einer erfolgreichen Interaktion gehören zwei und Vertrauen ist zentral dabei. Nur wenn beide Seiten Vertrauen anstreben und sich in den anderen hineinversetzen können, ist eine authentische Verständigung möglich. Patienten sollten auf ihren Arzt, der Experte ist, hören bzw. nachfragen, wenn etwas unklar ist. Aber auch für Ärzte kann das Feedback von Patienten helfen, zu reflektieren und ggf. etwas zu verändern.

1.2. Relevanz

Gesundheit hat einen hohen Stellenwert und wird in unserer Gesellschaft immer wichtiger und durchdringender, die Kommunikation von Helfern und Hilfesuchenden jedoch bleibt teilweise auf der Strecke. Natürlich entwickelt sich die Welt rasant weiter und mithilfe neuer Technologien ist mehr möglich. So kann man sich auch schon selbst durch Internetrecherche diagnostizieren. Jedoch hat man trotzdem nie die Expertise und sollte sich dem bewusst sein, dass auch das Internet widersprüchlich und nicht allwissend ist. Das Arzt-Patienten-Vertrauen ist sehr wichtig für das Arbeiten miteinander. Ohne Vertrauen gibt es keine offene Kommunikationskultur, die für medizinische Lösungen notwendig ist. Somit interessiert dieses Thema sicherlich einen Großteil der Gesellschaft, da jeder einmal in solch eine Situation kommen kann.

In erster Linie wichtig ist es für Ärzte und Patienten, aber auch für Angehörige könnte es eine Rolle spielen, da Erfahrungen prägend sind. In weiterer Folge und je nachdem was bei dieser Forschungsarbeit herauskommt, könnte es auch der Politik Aufschlüsse oder Argumente geben, etwas zu tun oder nicht zu tun.

Wissenschaftlich ist es wichtig, weil das Thema Medizin allgegenwärtig ist und damit ein Beitrag geleistet werden könnte, an dem man ansetzen und weiterforschen kann. Natürlich gibt es schon viele unterschiedliche Aufsätze, Forschungen und Diskussionen zu verschiedenen Aspekten, aber völlig erforscht ist das Gebiet lange nicht.

Mein persönliches Interesse an dem Problem stammt daher, dass ich ein paar Familienmitglieder und Freunde habe, die in dem Bereich tätig sind. Von ihnen bekommt man öfter die Sicht der medizinisch Tätigen mit. Die Veränderung in der Dynamik durch besser informierte Patienten, die oft uneinsichtig und stur sind, setzt den Ärzten und Pflegern zu. Aber trotzdem sehen viele nicht die andere Perspektive, genau wie Patienten oft nicht die der Mediziner sehen. Genau da setzt der Umgang mit Feedback an. Denn wer auf Feedback eingeht, lässt sich ein Stückweit auf die „Gegenseite“ ein und kann sein Handeln besser reflektieren und evtl. anpassen.

1.3. Fachbezug

„Man kann nicht nicht kommunizieren.“ (Paul Watzlawick, 1921-2007)

Diese Aussage von Paul Watzlawick zeigt die Durchdringung von Kommunikation in allen Lebensbereichen. Man kommuniziert immer, sei es verbal, nonverbal, einseitig, über ein Medium oder im Dialog. Damit könnte man schlussfolgern, dass alles eigentlich von kommunikationswissenschaftlicher Relevanz ist. Natürlich gibt es aber Unterteilungen und spezialisierte Themengebiete zur besseren Übersicht, aber Kommunikationswissenschaft hat das Potential, diverse Materien und Phänomene zu analysieren, je nach Fragestellung und Sicht auf ein Thema. Die Kommunikationswissenschaft beschäftigt sich hauptsächlich mit Praxisfeldern wie Journalismus (Presse, Hörfunk, Fernsehen, Multimedia), Öffentlichkeitsarbeit, Werbung, Markt- und Meinungsforschung sowie der Medien- und Kommunikationsforschung. Das Bachelorstudium gibt einen ersten Überblick in die Materie, im Magisterstudium kann das Wissen hinsichtlich Theorien und Methoden der Kommunikationswissenschaft und Forschung vertieft werden.

Außerdem ist der Lehrplan um die Bereiche Medien- und Kommunikationsmanagement, Medien- und Kommunikationsrecht und Interpersonelle Kommunikation, Gruppen- und Organisationskommunikation erweitert. (vgl. Universität Wien, SPL Publizistik- und Kommunikationswissenschaft)

Mein Fokus liegt auf der interpersonalen Kommunikation, da es um die Arzt-Patienten-Interaktion geht. Interpersonelle Kommunikation ist ausdrücklich an andere gerichtet, ist aber auch gleichzeitig mit einem inneren Dialog verbunden. Die klassische Form der interpersonellen Kommunikation ist die Dyade. Damit ist die Kommunikation zwischen zwei Kommunikationspartner gemeint, was jedoch nicht zwingend ist, es können auch Dritte hinzukommen. Vor allem kommt diese Kommunikation in Kontexten vor, die mit einem breiteren Beziehungsgefüge verbunden sind. (vgl. Höflich, 2016: 17f)

Meine Problemstellung und -behandlung ist eine kommunikationswissenschaftliche, weil es

1. Um Kommunikation zwischen sozusagen „dispersen“ Gruppen geht. Die Ansichten dieser beiden gehen nicht immer Hand in Hand und trotzdem ist deren Verhältnis wichtig für ein Funktionieren. Interpersonelle Kommunikation ist wie oben erwähnt ein im Magisterstudium festgelegter Schwerpunkt.
2. Sich um ein Thema handelt, das sozial, kulturell, politisch und persönlich ist, öffentliche Präsenz hat und weitgehend die Gesamtbevölkerung beschäftigt.
3. In einem komplexen Gesamtkontext stattfindet, in das die Gesellschaft und die Medien verwickelt sind. Die Medien berichten über das Phänomen und die Gesellschaft bildet sich eine Meinung darüber. Es findet also auf verschiedenen Kommunikationsebenen statt (Individual- sowie Massenkommunikation).
4. Mit den Methoden der Sozial- bzw. Kommunikationswissenschaft erforscht werden kann.

2. Theoretischer Rahmen

2.1. Systemtheorie

Luhmanns *Systemtheorie* gilt als Makrotheorie zur Beschreibung der Gesellschaft und deren Teilgesellschaften bzw. Teilsystemen. Obwohl sie sehr kategorisch argumentiert, kann man sich gut an ihr orientieren. Auch wenn sie kritisierbar ist und nicht alles mit ihr erklärt werden kann, ist sie praktisch und anwendbar.

Luhmann betont die Wichtigkeit der Differenz von Element und Relation. Es gibt keine Elemente ohne relationale Verknüpfung und umgekehrt. Diese Unterscheidung macht es möglich und sinnvoll, dass die Zunahme oder Veränderungen der Differenzierung die Systemkomplexität erhöhen. (vgl. Luhmann, 1987: 41)

Systeme bestehen demnach aus verschiedenen Elementen und deren Beziehung zueinander. Somit spielen mehrere Faktoren in die Entscheidungen von Systemen mit hinein. Beispielsweise besteht das Medizin-System aus verschiedenen Personen und Methoden, die sich differenzieren, aber trotzdem in Zusammenhang stehen. Damit ein System funktioniert, müssen die Elemente und deren Differenz in Einklang stehen. Zusätzlich kommt dann noch das System-Umwelt-Verhältnis dazu. Ohne der Verknüpfung mit und dem Verständnis von anderen Teilsystemen, ist ein System kaum lebensfähig.

Parsons beschreibt vier strukturelle Kategorien: Werte, Normen, Kollektive und Rollen. Rollen gibt es immer nur hinsichtlich eines Kollektivs und müssen durch Normen und Verpflichtung auf Werte gekennzeichnet sein. (vgl. Parsons, 1975: 35)

Durch diese Strukturen werden Systeme sozusagen getragen. Ändert sich nun einer dieser Träger, müssen die anderen darauf angepasst werden. Ansonsten könnte ein Konflikt zweier oder mehrerer Kategorien entstehen, welcher das ganze System schwächen kann. Ändern sich beispielsweise die Rollen in der Medizin, so müssen sich die Werte und Normen angleichen, ansonsten stehen sie in Konkurrenz. Da sich Werte meist nicht nur in einem System ändern, da, wie bei Luhmann bereits aufgeführt, Systeme zusammenhängen und in Beziehung stehen, kann es auch zwischen Systemen zu Spannungen kommen.

Differenzierungsprozesse stellen ein Problem der Integration dar. Außerdem stellen sie ein funktionales Problem dar, nämlich das Gegenteil der Spezialisierung. Der neue Typus ist meist komplexer als der vorherige und sein Wertmuster muss sich auf einen größeren Allgemeinheitsgrad stützen können, um die vermehrte Vielfalt zu legitimieren – diese Verallgemeinerung wird aber oft nicht akzeptiert. (vgl. Parsons, 1975: 40f)

Das erklärt auch, warum es in der Regel keine radikalen Veränderungen gibt. Es würde Chaos herrschen, bis alle Kategorien wieder angepasst wären. Systeme brauchen Ordnung, genau wie die gesellschaftliche Gemeinschaft Ordnung anstrebt. Auch auf das einzelne Individuum lässt sich ein Rückschluss ziehen, denn auch diese ordnen Erlebnisse und Erfahrungen in Schemata ein, um sich zu orientieren.

2.2. Theorie des kommunikativen Handelns

Mit der *Theorie des kommunikativen Handelns* hat Habermas eine Handlungstheorie entworfen, die zugleich auch eine Gesellschaftstheorie konzipiert. Die Idee ist die Schaffung der „idealen Sprechsituation“, einer herrschaftsfreien Kommunikation. Es gibt einerseits strategisches Handeln, welches erfolgsorientiert ist und als Mittel zu einer Zielerreichung dient. Das andere soziale Handeln ist das kommunikative Handeln, welches verständigungsorientiert ist. Die Erzeugung eines Einverständnisses ist das Ziel, kritisierbare Geltungsansprüche bilden die Basis. Die Geltungsansprüche sind Verständlichkeit, Wahrheit, Richtigkeit und Wahrhaftigkeit. Die zweistufige Gesellschaftstheorie hat zwei Komponenten, nämlich die Lebenswelt und das System. Lebenswelt meint die gemeinsame Situationsdefinition in einer Kommunikationsgemeinschaft. Verständigung ist nur möglich, wenn diese ausreichend übereinstimmt. Grundbausteine der Lebenswelt und Ressourcen des kommunikativen Handelns sind Kultur, Gesellschaft und Persönlichkeit. Systeme wie Wirtschaft und Politik differenzieren sich im historischen Prozess und in diesen Funktionssystemen herrscht entsprechliche Kommunikation. In und zwischen Systemen herrschen eher Geld- und Machtmedien. Zwischen System und Lebenswelt herrschen Austauschbeziehungen. (vgl. Müller-Jentsch, 2014)

Wie Habermas in seiner *Theorie des kommunikativen Handelns* beschreibt, ist Verständigung die Grundlage für eine gute Kommunikation.

Kommunikatives Handeln orientiert sich an gewissen Geltungsansprüchen, die mehr oder weniger scharf zwischen Einwirkung aufeinander und Verständigung miteinander unterscheiden. (vgl. Habermas, 1981: S.115) Die Geltungsansprüche transzendieren alle räumlichen und zeitlichen Beschränkungen des jeweiligen Kontexts. (vgl. Habermas, 1981: 586f)

„Die wissenschaftliche Rationalität der Medizin und die Ir-Rationalität des Patienten – seine verborgenen Ängste, Hoffnungen und Heilserwartungen – sind nur äußerst bedingt miteinander versöhnbar.“ (Gottschlich, 2007: 50)

Kommunikation ist ein wechselseitiges Geben und Nehmen. Sie findet auf verschiedenen Ebenen statt, auf der physiologischen genauso wie auf der psychischen und sozialen Ebene. Diese Ebenen sind eng miteinander verbunden und bilden ein vernetztes Kommunikationssystem. Dadurch führen Störungen auf einer Ebene zwangsläufig zu Störungen im gesamten System. Umgekehrt wirken sich auch positive Interaktionserfahrungen auf einer Ebene auf die anderen aus. (vgl. Gottschlich, 2007: 27)

In der Arzt-Patienten-Kommunikation ist das kommunikative Handeln anzustreben. Je näher man an dieses Ideal herankommt, desto besser funktioniert die Interaktion.

2.3. Theorie öffentlichen Vertrauens

Die *Theorie öffentlichen Vertrauens* von Bentele bietet ebenfalls einen guten Orientierungsansatz.

Die Bevölkerung entwickelt, auf Basis medial vermittelter Informationen, gewisse Erwartungen an öffentliche Vertrauensobjekte. Medien sind Vertrauensvermittler, welche Informationen über Akteure und Systeme bereitstellen. Inwieweit sich diese Angaben auswirken, hängt auch vom Vertrauen in das jeweilige Medium ab. Neben Medienberichten sind direkte Kontakte und sozial vermittelte Informationen prägend für die vertrauensrelevanten Erwartungen. (vgl. Rossman/Hastall, 2013: 38f)

Eine Informationsgesellschaft zeichnet sich dadurch aus, dass etwa die Hälfte einer Bevölkerung im Wissenssektor arbeitet, dass Informationsverarbeitung auf einem hohen Niveau passiert und dass Medien und Public Relations Informationen produzieren, die maßgeblichen Einfluss haben. In der heutigen Informationsgesellschaft, in der wir leben, wird ein großer Anteil an verfügbaren Informationen über die Medien aufgenommen. Viele davon sind für den Einzelnen kaum nachprüfbar. Unternehmen, Parteien, öffentliche Stellen und auch die Medien selbst, sind darauf angewiesen, dass ihnen Vertrauen zugeschrieben wird. (vgl. Armbrrecht/Zabel, 1994: 131f)

Das Vertrauensschaffen und Vertrauenhaben ist unumgänglich für jede gute Beziehung. Vertrauen auf Mikro- oder Mesoebene hat eine positive Wirkung auf das Vertrauen in das ganze Gesundheitssystem. Misstrauen kann zwar schützend wirken, ein generelles Misstrauen in Vertreter, Institutionen oder das Gesundheitssystem an sich wirkt jedoch kontraproduktiv. (vgl. Rossman/Hastall, 2013: 43f)

Die Wirkung einer Berichterstattung kann vielfältig ausfallen, dabei ist entscheidend, wer berichtet, was berichtet wird und auch wie sehr man dem Berichtenden vertraut.

Medienberichte wirken sich mehr auf generalisiertes Vertrauen, weniger auf spezifisches Vertrauen, aus. (vgl. Rossman/Hastall, 2013: 41)

Die Mikroebene kann demnach schwerer durch Medienberichte „angekratzt“ werden, wenn der direkte Kontakt schon ein vertrauensvoller ist. Das zeigt einmal mehr wie wichtig der Aufbau einer guten Beziehung zwischen Arzt und Patient ist. Wenn eine gute Vertrauensbasis vorhanden ist und gepflegt wird, kann das Vertrauen schwerer durch (möglicherweise) verfälschte Informationen erschüttert werden, da es nicht so zerbrechlich ist, „*denn fragiles Vertrauen ist kein guter Nährboden für eine Demokratie*“. (Rossman/Hastall, 2013: 44)

Die bis dato vorgestellten Theorien widersprechen sich nicht, sondern ergänzen sich vielmehr. Kommunikation ist ein Kernthema in der Medizin, das leider manchmal nicht als solches angesehen wird. Die Ansichten von Ärzten und Patienten liegen teilweise weit auseinander. Um dem entgegenzuwirken ist es notwendig, die „andere Seite“ anzuhören, zu akzeptieren und zu reflektieren. Ein gegenseitiges Verständnis kann auf beiden Seiten eine Menge bewirken. Rückmeldungen und darauffolgende Reaktionen – und damit gerade das Feedback – bietet sich als Forschungsthema an, um gewissermaßen beide Seiten mit einzuschließen.

2.4. Stand der Forschung

Gesundheitskommunikation ist ein Forschungsfeld, welches in den letzten Jahren immer stärker an Bedeutung zunahm.

„Gesundheitskommunikation ist ein interdisziplinär geprägter Begriff und umfasst verschiedene Arten und Ebenen der Kommunikation, vorwiegend im Kontext mit Gesundheit, aber auch mit Krankheit. Es sind unterschiedliche Kommunikationspartner an der Kommunikation beteiligt, wobei diese jeweils verschiedene Ziele verfolgen. Daraus ergeben sich differenzierte Wirkungsweisen der Gesundheitskommunikation, wie (zwischenmenschlicher) Austausch, bewusste Einflussnahme, Vermittlung oder Konsum von Information, Motivation oder Unterstützung.“ (Altendorfer, 2017: 35)

Die Gesundheitskommunikation legt den Schwerpunkt auf die Bedeutung von medienvermittelter und (meist) öffentlicher Kommunikation in Gesundheitsangelegenheiten und ist stark von kommunikationswissenschaftlichen theoretischen Ansätzen und empirischen Zugängen geprägt. (vgl. Rossman/Hastall, 2013: 11)

„Gesundheitskommunikation wurde als wichtiger Bestandteil einer modernen Gesundheitspolitik verstanden, die sich verschiedener Medien und Strategien bedient, um gesundheitsfördernde Verhaltensweisen in der Bevölkerung zu initiieren und zu unterstützen.“ (Hurrelmann/Leppin, 2001: 9)

Gesundheitskommunikation vereint zwei Wissenschaftsgebiete, die Gesundheits- und Kommunikationswissenschaften. Es geht um den Austausch von Wissen und Gefühlen zwischen professionellen Dienstleistern und Patienten oder auch Bürgern, die Interesse an diesem Thema haben. Dies kann persönlich oder durch Medien erfolgen. Personell wird das Forschungsgebiet von Kommunikationswissenschaftlern dominiert, die ihr Wissen über Kommunikation auf Gesundheitssituationen beziehen. (vgl. Hurrelmann/Leppin, 2001: 10f; 25)

Bis vor wenigen Jahren war das Thema Gesundheitskommunikation wenig erforscht und chaotisch.

„Ein für die Institutionalisierung besonders wichtiger Schritt war die Gründung der Ad-hoc-Gruppe Gesundheitskommunikation in der Deutschen Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft (DGPuK) im November 2012 (...). (Rossmann/Hastall, 2013: 10f)

Ich konnte bei einer Veranstaltung von der DGPuK im November 2018 in Augsburg teilnehmen. Bei diesem Seminar wurden einige neue Forschungen in dem Themenbereich vorgestellt (siehe Kapitel 4.5.).

Frau Prof. Dr. Constanze Rossmann war bei der Veranstaltung zugegen und betonte einmal mehr die Relevanz des Themas Gesundheitskommunikation. Die Bedeutung wird wohl durch den medialen und sozialen Wandel weiter zunehmen. (vgl. Rossmann/Hastall, 2013: 14)

Hier lässt sich wieder gut erkennen, wie einzelne Systeme zusammenspielen und sich bedingen, denn der Wandel zieht sich in viele Bereiche der Gesellschaft.

Es kommt zu einem zunehmenden Interesse der Wissenschaft, weil steigendes Interesse in der Bevölkerung an Gesundheitsinformationen herrscht. (vgl. Altendorfer, 2017: 15)

Hurrelmann und Leppin weisen darauf hin, dass dieses stärkere Interesse sowie die damit verbundene Selbstverantwortung Folgen für das gesamte Medizinsystem hat.

„Die wachsende Bedeutung der Selbstverantwortung hängt auch mit einem Rückgang der Fortschrittsgläubigkeit bei medizinischen Handlungen zusammen.“ (Hurrelmann/Leppin, 2001: 12)

Durch die Informiertheit der Patienten verliert die Medizin sozusagen ihre „Magie“. Auch wenn die medizinischen Leistungen unbestreitbar sind, so gibt es noch viele Krankheiten oder Symptome, die „nur“ oberflächlich behandelt, jedoch nicht geheilt werden können. Dieses Wissen in der Bevölkerung macht die Medizin begreiflicher und zeigt deren Fehlbarkeit auf.

Ein zentraler Punkt ist das Vertrauen in das Gesundheitssystem sowie seine Vertreter, welches durch mehrere Faktoren bestimmt wird.

Das Vertrauen ins Gesundheitssystem ist eine auf Erfahrung basierte, zukunftsgerichtete Erwartung, welche auf direkten Kontakten und vermittelten Informationen besteht. Die vermittelten Informationen kommen durch sozialen Austausch und/oder mediale Vermittlung zustande. Das Vertrauen ist eine soziale Notwendigkeit und gleichzeitig ein fragiles Gut, dass durch negative Erfahrungen oder Informationen leicht beschädigt werden kann. (vgl. Rossman/Hastall, 2013: 33f)

Vertrauen gibt es auf drei unterschiedlichen Ebenen, die miteinander in Verbindung stehen.

Es wird unterschieden zwischen dem Vertrauen auf Makro-, Meso- und Mikroebene.

Die Makroebene bezieht sich auf das Vertrauen in das gesamte Gesundheitssystem, die Mesoebene auf das Vertrauen in Institutionen wie Spitäler und die Mikroebene legt den Fokus auf interpersonelle Kontakte wie beispielsweise zwischen Arzt und Patient. Es ist wahrscheinlich, dass sich diese drei Ebenen gegenseitig beeinflussen. (vgl. Rossman/Hastall, 2013: 34f)

Diese Arbeit bewegt sich im Feld der Mikroebene, da Ärzte und Patienten bzw. deren Kommunikation im Mittelpunkt stehen.

Vertrauen ist auf Mikroebene für die Behandlung von großer Bedeutung, da es positive Auswirkungen auf die Interaktion, Diagnosestellung und den Behandlungserfolg haben kann. Die kommunikativen und fürsorglichen Fähigkeiten des Arztes spielen hier laut mehreren Untersuchungen eine große Rolle. (vgl. Rossman/Hastall, 2013: 35)

Der Arztberuf war und ist in der Gesellschaft hoch angesehen, weil Gesundheit für jeden wichtig ist und bewahrt bzw. bei Krankheit so schnell wie möglich wiederhergestellt werden möchte. Dazu ist es notwendig, Experten auf diesem Gebiet aufzusuchen und ihnen in ausreichendem Maße zu vertrauen.

Die Gesellschaft für Konsumforschung hat 2011 herausgefunden, dass fast 90% der Deutschen den Ärzten vertrauen und dass diese Werte auch in der Vergangenheit konstant waren. (vgl. Rossman/Hastall, 2013: 36)

Als Vertrauen wird die spezifische Form der Beziehung zwischen einem Rezipienten und einer Informationsquelle bezeichnet. Der Rezipient kann die Perspektive der Quelle einnehmen und sich dementsprechend entscheiden oder verhalten. Das kann der Quelle einen relativ großen Einfluss auf den Rezipienten verschaffen. (vgl. Fischer, 2016: 179)

In Situationen, in denen Rezipienten Online-Informationen aus Interesse konsumieren oder sich eine Meinung bilden wollen, aber deswegen keine Entscheidung treffen, spielt Vertrauen keine Rolle, sondern eher Akzeptanz.

Vertrauen, welches so zentral in sozialen Interaktionen ist, taucht in der Rezeption von Online-Angeboten deutlich seltener auf. (vgl. Fischer, 2016: 297f)

Ärzte sind und bleiben die Experten, da sie sich lange mit Gesundheit und Krankheit beschäftigen und sich spezielles Wissen aneignen, welches Patienten nicht haben.

Durch den herrschenden Informationsmangel ziehen viele kranke Menschen das Internet zu Rate, welches zwar eine sinnvolle Ergänzung bieten kann, jedoch durch fehlende Qualitätskontrolle oft mangelhafte oder sogar falsche Informationen beinhaltet. Belastung erfährt die Arzt-Patienten-Beziehung dann, wenn den Informationen aus dem Internet mehr Vertrauen entgegengebracht wird als dem Arzt. (vgl. Rossman/Hastall, 2013: 36)

Vertrauen-Schaffen und Vertrauen-Haben bleibt weiterhin eines der wichtigsten Elemente in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Die Voraussetzungen, jenes zu schaffen oder zu haben, ändern sich mit der Zeit und bedürfen der Anpassung von beiden Seiten.

Altendorfer prognostiziert, dass sich der Trend im Gesundheitswesen fortsetzen wird und Gesundheitskommunikation schon jetzt und auch in Zukunft eine wichtige Rolle haben wird. Allerdings werden sich die Erwartungen und Aufgaben ändern. Gesundheitsexperten und Ärzte werden nicht die Stelle für mehr Auskunft sein, sondern die „Aussortierer“ überflüssiger bis hin zu falscher Information und Übersetzer dieser Informationsfülle ins Alltagsverständnis. (vgl. Altendorfer, 2017: 35)

Es gab schon einige positive Entwicklungen im Bereich der Forschungsmethoden zur Untersuchung der Arzt-Patienten-Interaktion. Trotzdem gibt es vergleichsweise wenige qualitative Studien zu dem weiten Forschungsfeld. (vgl. Hurrelmann/Leppin, 2001: 89)

Wichtige Definitionen

Zum Verständnis sollen hier noch kurze Definitionen für komplexe, nicht greifbare Konstrukte vorgestellt werden. Im weiteren Verlauf der Forschungsarbeit wird noch tiefer darauf eingegangen.

Empathie

Definiert wird Empathie als die Bereitschaft und Fähigkeit, sich in die Einstellungen, Gedanken, Absichten oder Emotionen anderer einzufühlen. Ebenso gehört die Reaktion auf die Gefühle anderer wie Mitleid, Schmerz oder Hilfsbereitschaft dazu. In vielen Wissenschaften, darunter auch die Medizin, nimmt die Einfühlsamkeit eine immer wichtigere Rolle ein. (vgl. DA VINCI 3000 GmbH, 2018)

Glaubwürdigkeit / Glaubhaftigkeit

Als Glaubwürdigkeit wird die Eigenschaft einer Person oder Information bezeichnet, aufgrund dessen jene als richtig und wahr anerkannt werden kann. Die Gültigkeit bzw. Rechtmäßigkeit einer Aussage wird durch den Begriff Glaubwürdigkeit oder Glaubhaftigkeit ausgedrückt. Die Basis von Glaubwürdigkeit ist das Vertrauen in die Redlichkeit und Aufrichtigkeit einer Person oder Information. (vgl. DA VINCI 3000 GmbH, 2019)

Vertrauen

Vertrauen ist der vorbehaltlose Glaube, sich auf jemanden oder etwas in hohem Maße verlassen zu können. Weiters ist Vertrauen das Zutrauen in eine relativ bestimmte bzw. erahnte Fähigkeit und/oder Tugendhaftigkeit. Es beschreibt den von Erfahrungen geprägten hoffnungsvollen Vorschuss hinsichtlich bestimmter Erwartungen. Vertrauen ist ein oft genannter und für wichtig erachteter Wert, der zumeist von anderen Personen oder Gruppen erwartet wird. (vgl. DA VINCI 3000 GmbH, 2018)

Zufriedenheit

Definiert wird Zufriedenheit in der Psychologie als die Übereinstimmung einer bestimmten Erwartung oder eines angestrebten Ziels vor einer Handlung bzw. vor einem Ereignis mit dem tatsächlichen Erleben danach. (vgl. DocCheck Medical Services GmbH, 2019)

3. Das Arzt-Patienten-Verhältnis

Den Anfang dieses Kapitels bildet die Beziehung zwischen Arzt und Patient, da dies im weiteren Verlauf dazu hinleitet, wie beide Partner miteinander kommunizieren und mit der Kritik Anderer umgehen.

Hanfried Helmchen beschreibt das Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten folgendermaßen:

*„Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist primär eine Beziehung zwischen zwei Individuen. Es ist aber keine x-beliebige, sondern eine spezifische Beziehung: das Arzt-Patienten-Verhältnis ist der Ort, an dem einerseits der Patient seine Beschwerden dem Arzt berichtet und auch zeigt, und andererseits der Arzt das Leiden des Patienten in sein medizinisches Wissen übersetzt und zu einer Diagnose macht.“
(Helmchen, 2005: 1)*

Dieses Wissen wird dann in die Behandlung der Krankheit umgesetzt. Die ärztlichen Umsetzungsratschläge können vom Patienten angenommen, verändert oder abgelehnt werden. Helmchen beschreibt die Beziehung als *„asymmetrische Beziehung zwischen dem Patienten als Experten für sein individuelles Kranksein und dem Arzt als Experten für das Wissen über die Krankheit“* (Helmchen, 2005: 1)

Teilweise sind es tragische Situationen, wenn ein Patient dringend Hilfe benötigt und der Arzt sein Bestes tut und trotzdem misslingt das beiderseitige Bemühen. (vgl. Balint, 2010: 27)

Für diesen Zustand kann keiner beschuldigt werden, allerdings gibt es teilweise greifbare Gründe für das angespannte Verhältnis.

In dem Buch *„Moderne Gesundheitskommunikation“*, welches Klaus Hurrelmann und Anja Leppin herausbrachten, widmet sich Theresa L. Thompson dem Thema Anbieter-Patienten-Beziehung. Darin stellt sie einige Untersuchungen dar, die eine verarmte Kommunikation belegen. So wurde etwa erhoben, dass Patienten mit Quantität und Art der Informationen weniger zufrieden sind, dass sie nach kurzer Erzählzeit unterbrochen werden oder dass sie die wichtigsten Besorgnisse gar nicht mit ihrem Arzt teilen. Ebenso gibt es Differenzen in der Interpretation des Gesagten, im Rollenverständnis sowie bei Gedanken und Gefühlen. (vgl. Hurrelmann/Leppin, 2001: 74f)

Auch Prof. Gottschlich vom Institut für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft an der Universität Wien hat sich 2007 mit dem Thema Arzt-Patienten-Interaktion befasst und diese aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht aufgerollt.

„Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist nach wie vor ein Verhältnis der Über- und Unterordnung, in dem Gehorsam und Anpassung eine größere Rolle spielen als das Bemühen um eine Beziehung gegenseitiger Achtung und Wahrhaftigkeit.“ (Gottschlich, 2007: 9)

Schon in der Einleitung deutet Prof. Gottschlich die Interaktion zwischen Ärzten und Patienten als emotional und kommunikativ verarmt an, was nicht nur Auswirkungen auf die Patienten hat. Zu hinterfragen gilt das ärztliche Selbstverständnis im 21. Jahrhundert. Der Autor vermutet tiefgreifende Identitätsprobleme im Berufsstand. Patienten brauchen Mitgefühl, keine bloße Inszenierung und gute Rhetorik. (vgl. Gottschlich, 2007: 9f)

Es gibt Fälle, bei denen – zumindest im ersten Moment – keine Krankheit diagnostiziert werden kann. Hier wird vom Arzt eine Erleichterung des Patienten erwartet, doch dieser reagiert entrüstet, da es für ihn bedeutet, dass die Medizin das, was ihm zusetzt, nicht benennen kann. Neben einem Befund, der eine schwere Diagnose aufzeigt, ist das Ergebnis „keine Diagnose“ ähnlich schlimm. Für den Patienten mindert das weder Angst noch Leid und erhöht seine Unsicherheit und Verzweiflung. Die Frage nach dem Namen der Krankheit steht oft vor der Frage, wie man diese bekämpfen kann. (vgl. Balint, 2010: 44f)

Ärzten ist laut Balint häufig nicht bewusst, dass Patienten ihre Krankheit vor allem benennen wollen, um ein erklärbares Gesamtbild zu haben. Ohne dieses kann er seine Symptome weder verstehen noch akzeptieren.

In der modernisierten Gesellschaft, wo öfter denn je weder Religion noch Familie die erste Anlaufstelle für seelische Angelegenheiten sind, wird nicht selten der Arzt aufgesucht, um direkt oder indirekt Probleme heranzutragen, die weit über die körperliche Dimension hinausgehen. Das erfordert natürlich die Bereitschaft des Arztes, mit Mitgefühl und Verständnis zu reagieren. (vgl. Gottschlich, 2007: 10f)

Dieses Verständnis-Haben geht in der Rationalität und Effizienzsteigerung der heutigen Zeit unter. Wie aber schon weiter oben beschrieben ist vor allem Vertrauen essenziell.

"Eine Vertrauenssituation ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass sich der Vertrauensgeber in einem Zustand der Unsicherheit über den Vertrauensnehmer, seine Interessen und seine Handlungen befindet." (Fischer, 2016: 176)

Dieser Zustand wird als Risiko wahrgenommen, aber toleriert. Vertrauen kommt in einer konkreten Interaktionssituation zustande. Der Vertrauensgeber kann nur symbolische Annahmen über die Interessen des Vertrauensnehmer nutzen, jedoch nie mit Sachargumenten tatsächlich prüfen. (vgl. Fischer, 2016: 176)

Aus dem veränderten Verhältnis resultierend, geht ein Stück dieses Vertrauens verloren.

Die Medizin ist mit der Herausforderung konfrontiert, dass sicher geglaubtes Wissen in Frage gestellt wird, dass Fragen das eigene Wissen übersteigen oder teilweise das angeeignete Wissen nicht ausreicht und dass sie sich der gesellschaftlichen Kritik stellen muss. All das in dem Zusammenspiel, keine Sicherheit gewinnen zu können aber doch zum Handeln gezwungen zu sein. (vgl. Hurrelmann/Leppin, 2001: 60)

3.1. Gründe für die veränderte Arzt-Patienten-Relation

Manfred Werner sieht vier Punkte als ausschlaggebend für die Veränderung in der Arzt-Patienten-Beziehung im letzten Jahrhundert an, wie sie es in den vergangenen Jahrhunderten noch nie gab (vgl. Weber, 2006: 257):

1. Den wissenschaftlichen Fortschritt
2. Die Patientenwünsche und Patientenerwartungen
3. Die begrenzte Verfügbarkeit finanzieller Ressourcen
4. Die gesellschaftlichen, sozioethisch vertretbaren Vorgaben, unter denen Arzt-Patienten-Beziehungen in Zukunft stattfinden könnten.

Diese Gründe hängen eng miteinander zusammen und bedingen sich gegenseitig. Wie in den vorigen Kapiteln schon diskutiert wurde, ändert sich durch den wissenschaftlichen Fortschritt der Umgang untereinander. Aber wie Weber noch einmal einbringt, hat Johannes Rau 2004 in Bremen formuliert, dass Gesundheit keine Ware, Ärzte keine Anbieter und Patienten keine Kunden sind. Vertrauen hat immer noch den höchsten Stellenwert und dazu bedarf es Zeit, Wärme und Zuhören auf menschlicher Ebene. (vgl. Weber, 2006: 262f) Vertrauen ist sozusagen die Akzeptanz, von dem Wissen und Können eines anderen abhängig zu sein. Das gilt für Installateure, Rauchfangkehrer, Automechaniker, Polizisten, Bankiers, Versicherungsagenten, etc. aber gerade im Gesundheitsbereich, welcher direkt Leib und Seele anbelangt, ist das Sich-verlassen-Können essenziell. Dadurch erst kann die A-P-B stabil bleiben. Das erfordert persönliche Aufrichtigkeit, Wahrhaftigkeit und Verlässlichkeit vom Arzt, aber auch vom Patienten.

„Das Informationshandeln des Patienten und das dadurch erworbene Wissen führen infolgedessen auch zu einer Neudefinition der Patienten-Arzt-Beziehung mit einem Ausgleich traditioneller Machtasymmetrien und verminderten Abhängigkeiten des Patienten infolge eigener Wissenskompetenz.“ (Hurrelmann/Leppin, 2001: 57)

Die Beziehung zwischen Ärzten und Patienten ist laut Gottschlich gestört, denn in einem Gesundheitssystem, das immer mehr der ökonomischen Rationalität folgt, kommt die Beziehungsmedizin und damit die Zuwendung zum Patienten viel zu kurz.

Ohne die Grundlage des Mitgefühls kann es keine Kultur des Heilens geben. Was bleibt ist eine effizienzorientierte Gesundheitsindustrie, die die Menschen nach und nach verlieren wird. (vgl. Gottschlich, 2007: 18f)

Das erinnert eher an die Reparatur von Maschinen als an die Behandlung von menschlichen Wesen. Gerade die Kommunikation macht das Mensch-Sein aus und ist enorm wichtig in negativen Situationen. Die Gesundheit ist ein kostbares Gut und grundlegend für das Wohlbefinden. In erkranktem Zustand braucht man daher nicht nur mechanische Reparaturen, sondern beruhigende Worte und Verständnis.

Der Zeitfaktor spielt auch eine große Rolle. Die Zeitknappheit macht es oft schwierig, den Patienten die Hingabe zu bieten, die sie gerade brauchen würden. Früher übernahmen die Mitarbeitenden in einer Praxis häufig eine größere Rolle in der Kommunikation.

Das Vermittlungsproblem besteht laut Koch schon länger. Bis ins spätere 20. Jahrhundert bot die Sprechstunde an, über Probleme zu sprechen, im 21. Jahrhundert entstand aber eine massive Geld- und Zeitressourcenknappheit im Gesundheitssektor. Dadurch verschiebt sich dieses Vermittlungsbedürfnis in das Internet, welches eine Art Dauerkommunikation ermöglichen. (vgl. Koch, 2010: 11)

Drozda und Hubmann haben für ihre Magisterarbeit unter anderem Interviews mit Ärzten geführt. Diese bestätigen, dass das Internet Einfluss auf die Informiertheit der Patienten hat. Allerdings ist dies aus Sicht der Interviewten teilweise nur ein Wähnen, informiert zu sein, denn durch die Fülle an Information wird eher Unsicherheit ausgelöst. Gesundheitsrecherchen kommen bei Unter-50-jährigen viel öfter vor. (vgl. Drozda/Hubmann, 2014: 193f)

Daraus kann jedoch nicht geschlossen werden, dass informierte Patienten dadurch zu gleichwertigen Partnern in der A-P-B werden.

*„Das Internet macht PatientInnen nicht zwangsläufig zu PartnerInnen im Gesundheitswesen, da dies auch von ÄrztInnen als ExpertInnen abhängig ist.“
(Drozda/Hubmann, 2014: 195)*

Großteils wird schon das partnerschaftliche, partizipative Modell von Ärzten bevorzugt. Es ist jedoch stark vom jeweiligen Mediziner abhängig, ob und wie sehr die Zunahme von mündigen Patienten Einfluss auf den Arbeitsalltag hat. Manche Ärzte machen Patienten klar, dass sie wenig von eigenständigen Internetdiagnosen halten und agieren in solchen Fällen autoritär. (vgl. Drozda/Hubmann, 2014: 199f)

Es hat sich herauskristallisiert, dass keine Infragestellung der ärztlichen Kompetenz bemerkt wird. Ist ein gutes Vertrauensverhältnis gegeben, dann werden recherchierte Informationen mit dem Arzt abgeglichen, ganz ohne die Kompetenz anzuzweifeln. (vgl. Drozda/Hubmann, 2014: 200)

Im Gegensatz zu anderen Meinungen, können Drozda und Hubmann zwar eine Veränderung in der Informiertheit und dem allgemeinen Umgang feststellen, jedoch führt dies nicht zur Kompetenzanzweiflung und zu einem Sich-fremd-Werden.

Die in der Literatur oft postulierte Entfremdung der Arzt-Patienten-Beziehung, die Entpersönlichung des Umgangs und der Krankheit konnten die durchgeführten Interviews von Drozda und Hubmann nicht bestätigen. Es wurde keine maßgebliche Veränderung beschrieben. Dennoch glauben die Befragten schon an eine kontinuierliche Auslagerung auf das Internet, da Ärzte immer weniger Zeit für Patienten haben (werden). Befunde könnten zum Beispiel zukünftig online einsehbar sein. Spezielle Patientenforen könnten sich entwickeln, bei welchen aber leichte Verständlichkeit und qualitative Hochwertigkeit sichergestellt werden müssten. Notwendig hierfür ist ein gewisses Maß an Affinität, das man nicht von jedem voraussetzen kann. Viele ältere Menschen würden möglicherweise auf der Strecke bleiben. Damit verbunden und skeptisch zu sehen ist das Ausbleiben der persönlichen Zuwendung. Ebenso könnte dies die Schere der Klassenmedizin weiter öffnen. Zu guter Letzt müssen sich auch Gedanken zum Thema Datenschutz gemacht werden und wie heikle und persönliche Daten bestmöglich geschützt werden können. (vgl. Drozda/Hubmann, 2014: 201ff)

3.2. Die Scheu vor dem Leiden

Ärzte fürchten, wie die meisten Menschen, die Begegnung des eigenen Leids, was das Kommunikationsverhältnis zu den Patienten beeinflusst. Dazu kommt die kaum einlösbare Erwartung der Patienten, Gesundheit auf Knopfdruck zu erhalten. (vgl. Gottschlich, 2007: 35)

Das ist aber keineswegs ein Phänomen, das nur bei Medizinern auftritt. Menschen fühlen sich in Situationen, in denen sie mit Leid konfrontiert werden, unwohl und unsicher. Wovor wir uns alle scheuen, ist die Begegnung mit dem Leid anderer. Denn dieses Leid erinnert uns an das eigene Leid. (vgl. Gottschlich, 2007: 11) Genau das wollen Menschen vermeiden. Davon ist ein Arzt nicht ausgenommen, da auch er ein Mensch ist und Leid und Schmerz vermeiden will. Der Beruf des Arztes hat die schwierige Aufgabe, Menschen zu heilen.

Das bedeutet zum einen Krankheiten zu bekämpfen, aber ebenso schließt es die Betreuung von Menschen in Not ein. Eine Erkrankung kann nie völlig getrennt vom Menschen gesehen werden.

Der Appell an den Helfenden lautet „Sei mit mir“, jedoch ist die Antwort nicht selten ein Rezept und keine Zeit für einführende Gespräche. Obwohl positive Kommunikation den Krankheitsverlauf erwiesenermaßen verbessern könnte. (vgl. Gottschlich, 2007: 130)

Auch wenn Ärzte es, wie alle anderen Menschen, vermeiden, sich dem Leid anderer auszusetzen, doch gerade sie hätten die Pflicht, wenigstens zu versuchen, „mit dem anderen zu sein“. Prof. Gottschlich macht darauf aufmerksam, dass das keine Frage des Könnens, sondern des Wollens ist.

Die Erwartungen und Wünsche an einen Arzt sind hoch, doch auch sie sind Menschen und machen Fehler. Sie leiden sehr darunter, wenn man ihnen Vorhaltungen macht.

Das British Medical Journal berichtete von einer Umfrage, die sich um den ärztlichen Umgang mit Beschwerden über ihre Arbeit dreht und an der fast 8000 Ärzte teilnahmen. Die meisten Ärzte der fast 80%, die schon mit Beschwerden über sich selbst zu tun hatten, gaben an, dass ihnen das zusetzte. Die Symptome reichten von Depression und Nervosität, über Bauch-, Herz- oder Kopfschmerzen, Schlafstörungen bis hin zu Suizidgedanken. Das kann sich wiederum auf die Patienten auswirken. Viele Mediziner gaben an, nach Beschwerden sogar anders zu arbeiten. Entweder sie sicherten sich vermehrt ab, indem sie mehr Medikamente verschrieben oder mehr Untersuchungen anordneten. Oder sie vermieden es, schwierige Fälle anzugehen. (vgl. WeltOnline, 2015)

Durch diese Auswirkungen kann es also passieren, dass die hohen Erwartungen noch weniger erfüllt werden. Es kann dazu führen, dass es zu mehr Fehlern und weiteren Beschwerden kommt, sodass sich die Spirale immer weiter dreht und die Situation verschlimmert.

Der Report Versorgungsforschung beschäftigt sich mit dem Zusammenspiel von Arbeitsbedingungen, persönlichen Ressourcen, ökonomischen Rahmenbedingungen und Kommunikation.

Studien zeigen, dass die Lebenszufriedenheit bei Ärzten nicht unwesentlich von der Arbeitszufriedenheit bestimmt wird. Positiv tragen unter anderem positives Sinnerleben der Tätigkeit, Erfahrungen der Kollegialität, ein angenehmes Betriebsklima und gutes Ansehen in der Bevölkerung dazu bei. (vgl. Schwartz (u.a.), 2010: 236)

Arbeitsbedingungen, Sinnhaftigkeit des Berufs und gesellschaftliches Ansehen sind Ärzten somit wichtig und tragen zu ihrer Zufriedenheit bei.

3.3. Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung als Grundbaustein

„Gute Zusammenarbeit heißt vor allem gute Kommunikation. Im beruflichen Alltag scheint Kommunikation so selbstverständlich, dass wir selten darüber nachdenken, auf welche Weise wir kommunizieren, wann und wo Missverständnisse entstehen und welche Konsequenzen dies für die Zusammenarbeit hat. Erst wenn wir uns des eigenen Kommunikationsstils und dessen Wechselwirkung mit dem Verhalten des Gesprächspartners bewusst werden, können wir Gesprächsverläufe und Zusammenarbeit konstruktiv beeinflussen.“ (IPK, 2016)

Kommunikation ist ein wichtiger Baustein für jede Art von Beziehung. Wegen ihrer Komplexität und Vielfalt ist sie immer anfällig für Missverständnisse, denen man jedoch entgegenwirken kann.

Durch hinreichendes Informiert-Sein lassen sich auch die richtigen und relevanten Fragen stellen. (vgl. Gottschlich, 2007: 283)

Die Zahl der Ärzte, die Kommunikation als vernachlässigbaren Faktor sieht, nimmt zwar ab, jedoch ist die Reaktion darauf nicht selten die Inszenierung von Kommunikation. Dies dient dem kundenfreundlichen Verhalten und der Effizienzsteigerung. Ziel dabei ist die „sanfte Entmündigung des Patienten“. Damit einher geht aber in Wirklichkeit Kommunikationsverlust und Sinnverlust für beide Seiten. (vgl. Gottschlich, 2007: 65ff)

„Kommunikative Routine ist die Antwort einer emotional überforderten Ärzteschaft auf eine emotional extrem bedürftige Patientenschaft.“ (Gottschlich, 2007: 75)

Es gibt Belege, dass die übermäßige Verwendung von Fachbegriffen die Zufriedenheit und das Verständnis bei Patienten mindern. (vgl. Hurrelmann/Leppin, 2001: 79f) Das routinemäßige Aufklären in Fachvokabular schafft Skepsis und fördert Unsicherheit. Schon das Sprechen in alltagstauglichen Ausdrücken kann zu einer besseren Kommunikation beitragen, das allein reicht aber nicht.

Auf vielen Seiten im Internet findet man einzelne Geschichten zu der teils schwierigen Beziehung. Die Reflexion des eigenen Verhaltens und die Auseinandersetzung auch mit der Sicht des Gegenübers, kann das Verständnis auf beiden Seiten steigern.

„Der Blick für die Ängste des Patienten geht verloren, weil Untersuchungen, Behandlungen, Therapien und Operationen zur Routine werden und sich manchmal im Laufe der Jahre eine Art Gleichgültigkeit einstellt. Für den Patienten sind die Situationen immer neu, für den Arzt immer gleich.“ (DocCheck Medical Services GmbH, 2013)

Die wuchernde Medizintechnikokratie macht nicht nur Patienten zu schaffen, sondern auch Ärzten. Die emotionale Erschöpfung liegt bei Ärzten weit über der Norm. Zum einen, weil Erfolge oder Misserfolge direkt auf das Selbstwertgefühl wirken und zum anderen, weil auch selten positives Feedback kommt. (vgl. Gottschlich, 2007: 60)

Diese Un-Kommunikation kann daher weitreichende Schäden sowohl bei Patienten als auch bei Medizinerinnen haben. *„Burn-Out ist die Reaktion der Ärzte auf die negative Eigendynamik des hoch bürokratisierten, weithin seelenlos gewordenen Medizinsystems.“ (Gottschlich, 2007: 59)*

Levison et al. untersuchten 1993 die Seite der Ärzte und fanden heraus, dass Mediziner die Kommunikationsprobleme öfter ihren Patienten anlasten und haben sechs Primärprobleme definiert (vgl. Hurrelmann/Leppin, 2001: 78):

1. Mangel an Vertrauen und Übereinstimmung
2. Zu viele vorgebrachte Probleme
3. Belastungserleben
4. Mangel an Verständnis
5. Mangel an Compliance
6. Fordernde oder kontrollierende Patienten

Das Problem der Kommunikationsschere zwischen Ärzten und Patienten kann möglicherweise nie ganz gelöst, jedoch verbessert werden. Gerade das birgt das Potential, diverse Gebiete zu erforschen und Aufklärung zu leisten und Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten.

Patienten nehmen ihr individuelles Kranksein wahr, Ärzte interessieren sich vorwiegend für die Erkennung und Heilung der Krankheit. Erst durch den sorgfältig geführten Dialog kommt es in der Regel zu einer gemeinsamen Vereinbarung. (vgl. Fuchs, 2002: 13)

In Hinblick auf Feedback gibt es sicherlich noch Erkenntnisse zu gewinnen und zu generieren. Allgemeinmediziner mit eigener Praxis sind oft die erste Instanz, die ein Patient aufsucht. Da sich diese auch selten mit Kollegen über neue oder tagesaktuelle Fälle, Patienten und Probleme austauschen können, kann Feedback von Patienten hilfreich sein, einen anderen Blickwinkel einzunehmen. Die Frage ist, wie Gottschlich behauptet, ob Ärzte wenig (positives) Feedback bekommen, welches sie bestärken könnte. Hierzu soll analysiert werden, wie Ärzte denn das überhaupt sehen und welche Faktoren in welcher Weise hineinspielen.

Alters- und Geschlechterunterschiede

Bezüglich Geschlechterunterschiede gibt es sich teilweise widersprechende Analysen. Gabbard-Alley (1995) und Dunning und Lange (1993) postulierten, dass es keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich des Geschlechts gibt. Meeuwesen et al. sowie Hall et al. berichten dagegen von größeren Kommunikationsunterschieden, wobei Ärztinnen als einfühlsamer und partnerschaftlicher in der Interaktion mit Patienten beschrieben werden als ihre männlichen Kollegen. (vgl. Hurrelmann/Leppin, 2001: 81f)

Schmid Mast, Kindlimann und Hornung untersuchten den Einfluss von Geschlecht in Verbindung mit dem Kommunikationsstil von Ärzten auf die Patientenzufriedenheit. Zunächst rollten sie das Thema auf und betonten die Wichtigkeit der Kommunikation. Patientenzufriedenheit korreliert positiv mit Gesundheitseffekten. Der ärztliche Gesprächsstil beeinflusst das Halten an Verordnungen, die Erinnerung an ärztliche Informationen und das subjektive Gesundheitsgefühl von Patienten. Es erscheint plausibel, dass dies auch die Zusammenarbeit für den Arzt attraktiver macht. Prinzipiell - so einige Forschungen - schätzen Patienten eine affektive, soziale Komponente sowie einen partnerschaftlichen Interaktionsstil. Studien belegen, dass Männer und Frauen unterschiedlich kommunizieren, so auch Ärzte und Ärztinnen. Dem sozioemotionalen, einbeziehenden Gesprächsstil der Frauen steht ein direkter, instrumenteller Männerstil gegenüber. In Betreuung und Kompetenz gibt es keine Geschlechterunterschiede, Ärztinnen praktizieren jedoch einen partnerschaftlicheren, emotionaleren Umgang. Man könnte dadurch annehmen, dass Patienten eher zufriedener mit Ärztinnen sind, was aber in keiner Studie bestätigt wird. Eine Erklärung der Autoren sind die Geschlechterrollenstereotypen, welche in die Erwartung und Einstellung des Patienten hineinspielen. Ein Arzt ist immer noch eine stereotyp männliche Rolle. Das bringt männlichen Mediziner mehr Freiheiten in ihrer Kommunikation als ihren weiblichen Kollegen. Denn bei Ärzten ist die Patientenzufriedenheit unabhängig davon, wie dominant sie kommunizieren. Anders bei Ärztinnen: Diese müssen sich ihrem Gesprächsstil und dessen Auswirkungen bewusster sein. Sie haben zufriedener Patienten, wenn sie geschlechterrollenkonform, d.h. emotional und partnerschaftlich agieren. (vgl. Schmid Mast/Kindlimann/Hornung, 2004)

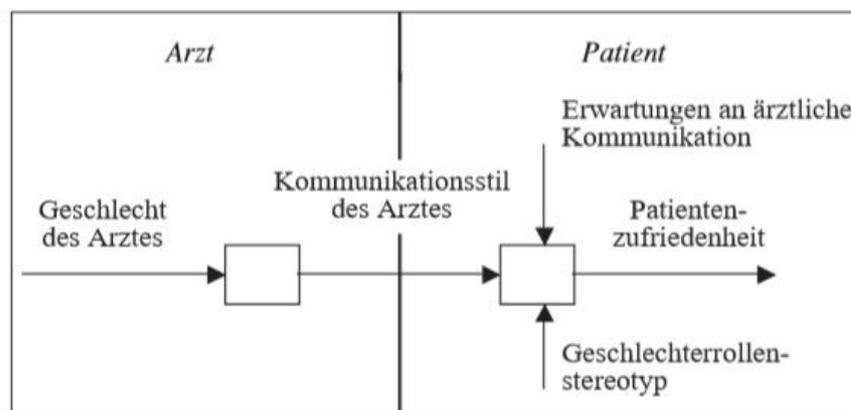


Abbildung 1 Einfluss von Kommunikationsstil und Geschlecht (vgl. Schmid Mast/Kindlimann/Hornung, 2004)

Auf der Arztseite prägt das Geschlecht den Kommunikationsstil, auf der Patientenseite wirken der ärztliche Kommunikationsstil, die Erwartungen an diesen und die Geschlechterrollenstereotype auf die Patientenzufriedenheit. Es soll erwähnt sein, dass viele Einflussfaktoren hier nicht beachtet werden, wie Alter, Bildung, Status, Schwere und Art der Krankheit.

Zu Verschiedenheiten bezüglich Alter bzw. Berufsalter gibt es wenig Forschungen. Ein Artikel handelt aber von der geteilten Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient („Shared Decision Making“). Dabei wurden über 500 niedergelassene Ärzte telefonisch interviewt, sowie über 1500 Personen einer Bevölkerungsstichprobe aus einem Access Panel schriftlich befragt. Die Ärzte befürworteten mehrheitlich das Konzept des Shared Decision Making. Hierbei fiel auf, dass insbesondere jüngere Ärzte die Meinung vertreten, dass Entscheidungen im Allgemeinen von Ärzten und Patienten gemeinschaftlich getroffen werden sollten. (vgl. Floer/Schnee/Böcken, 2004)

Es wird sich im Antwortverhalten zeigen, ob sich dieser Unterschied manifestieren lässt.

Noch etwas ging aus der Forschung hervor, nämlich dass Ärzte den Kommunikations- und Informationsbedarf ihrer Patienten unterschätzen. Sie beurteilen ihre kommunikativen Fähigkeiten positiver als die Patienten sie wahrnehmen. (vgl. Floer/Schnee/Böcken, 2004)

3.4. Das patientenorientierte Konzept

Sturm beschreibt schon 1983 ein patientenorientiertes Konzept - vor allem für Hausärzte. Seine Überlegungen gelten nicht nur für Deutschland, sondern für alle Länder, die medizinisch etwa auf demselben Stand sind, wozu auch Österreich gehört. In seinem Buch kritisiert er, dass zwar die Bevölkerung ausreichend von qualifizierten Hausärzten behandelt wird, jedoch immer im Rahmen eines krankheitsorientierten Modells, welches unwidersprochen gilt. Vielmehr müsste laut Autor jedoch besonders von den Hausärzten auf ein patientenorientiertes Konzept umgestellt werden. Ein **Hausarzt** ist oft die erste Anlaufstelle und sichert die Primärversorgung. (vgl. Sturm, 1983: 241)

Es ist demnach wichtig, dass der Patient und nicht die Krankheit im Mittelpunkt steht, denn das ermöglicht eine bessere Zusammenarbeit, die individuell wirksame Behandlungsstrategien hervorbringen kann.

Viele Studien belegen einen positiven Zusammenhang zwischen dem Interaktionsverhalten des Arztes und der Zufriedenheit und auch der Compliance des Patienten. Ein erstes Indiz, wie gut und vertraulich die Beziehung zwischen Medizinern und Patienten ist, ist das Befolgen von Empfehlungen. Die Bereitschaft eines Patienten zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen (die sogenannte Compliance) liegt aber durchschnittlich nur bei etwa 50%. Demnach folgt nur die Hälfte der Patienten dem ärztlichen Rat. (vgl. AEKSTMK, 2007)

Mehrere Analysen zeigen die Notwendigkeit von Empathie bzw. Emotionen, die sich positiv auf beide Parteien auswirken. Emotionen wurden in der Vergangenheit sehr ausgeblendet, da gefühlsbezogene Phänomene in medizinischen Settings als nicht angemessen wahrgenommen wurden. In den letzten Jahren wurde dieser blinde Fleck aber schon etwas aufgearbeitet und es zeigt sich deutlich, dass Angst und Unsicherheit mit positiven Gefühlen vermindert werden können. (vgl. Hurrelmann/Leppin, 2001: 78f)

Alle Arten der Zuwendung, wie etwa Empathie und einführendes Zuhören, müssen die emotionale Grundlage für kommunikatives Handeln bilden. Die hat nichts mit abrufbaren Kommunikationstechniken zu tun. Empathie ist die entscheidende Dimension, die keine Routine kennt. (vgl. Gottschlich, 2007: 70f)

Um den Patienten zu verstehen, muss der Arzt in dessen Gefühlswelt eintauchen. Der erste Schritt dahin ist sich klarzumachen, dass Gefühle nicht im Gegensatz zur Vernunft stehen. Gerade in der Medizin reicht Vernunft nicht aus, sondern muss Emotion miteinschließen. (vgl. Gottschlich, 2007: 24)

„Denn für beide, für den Patienten wie für den Arzt hat die Wahrnehmung und Bewertung der Krankheit eine grundlegende emotionale Dimension. Immer geht es dabei um das Subjekt des Patienten und das Subjekt des Arztes in ihrer wechselseitigen Beziehung zueinander und zu den gemeinsamen Werten, die den „Menschen in Not“ und den „Helfer in Not“ aneinanderbinden.“ (Gottschlich, 2007: 24)

Die Patientenzufriedenheit ist ein Parameter, der nicht nur für die einzelnen Gesundheitsdienstleister, sondern auch für die Politik sehr bedeutend ist. (vgl. Qualitas, 2015) Zum wiederholten Mal zeigt sich das Zusammenspiel der Systeme, sowie die Bedeutung kommunikativen Handelns.

Zwischen 2006 und 2013 führten die ÖAK zusammen mit der ÖQMed Befragungen in Ordinationen durch. Die Gesamtzufriedenheit bewegt sich auf sehr hohem Niveau. Höchste Zufriedenheit herrscht unter anderem über die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft, die Gründlichkeit des Arztes, das Zeit-Nehmen des Ordinationsteams und die Sauberkeit in den Ordinationen.

Geringe Zufriedenheit gibt es wegen den Wartezeiten und dem Angebot an Zeitschriften und Büchern im Wartezimmer. (vgl. Qualitas, 2015)

Diese Ergebnisse widersprechen pessimistischen Annahmen und Studien. Beide Blickwinkel haben etwas für sich. Generell ist die medizinische Versorgung zufriedenstellend, in gewissen Bereichen gibt es jedoch Verbesserungspotenzial.

Eine Studie aus England, die im „British Medical Journal“ erschienen ist, untersuchte den Effekt des „heilenden Gesprächs“ an 716 Patienten, die wegen „Kratzen im Hals“ zum Arzt gingen und wurden in drei Gruppen geteilt.

Das Ergebnis: je zufriedener der halswehkranke Patient nach der ersten Beratung das Sprechzimmer seines Arztes verlassen hatte, umso schneller waren seine Beschwerden verschwunden. Dabei war es ganz egal, ob der Arzt ein Antibiotikum verschrieb oder den Patienten ganz ohne Rezept gehen ließ. (vgl. WeltOnline, 2016)

Reden heilt und genau da liegt leider oft die Problematik, da viele Patienten der Ansicht sind, die Kommunikation komme viel zu kurz.

„In Deutschland sind es die allermeisten. 91 Prozent aller Patienten sind Erhebungen zufolge der Ansicht, dass ihr Arzt zu wenig mit ihnen redet, 89 Prozent, dass er ihnen nicht genügend zuhört und auf ihre Fragen nicht immer eingeht. 87 Prozent meinen, dass er zu viele Fachausdrücke verwendet und die Diagnose nicht ausführlich genug erklärt.“ (WeltOnline, 2016)

„Ein häufiger Fehler, den Ärzte beim Gespräch machen: Sie lassen den Patienten nicht ausreden. Schon nach 22 Sekunden Redezeit werden Patienten von ihrem Arzt unterbrochen – mit dem Zweck, das Gespräch vermeintlich schneller auf den Punkt zu bringen. Doch in einer Studie der Internistischen Poliklinik der Universität Basel brachten 78 Prozent der Patienten bei unbegrenzter Redezeit innerhalb von zwei Minuten ihr Anliegen vor. Das Unterbrechen führt paradoxerweise nicht zu der gewünschten Verkürzung, sondern zu einer Verlängerung des Gesprächs.“ (WeltOnline, 2016)

In den letzten Kapiteln wurde deutlich, das Vertrauen, Empathie und authentische Kommunikation eine zentrale Bedeutung einnehmen. Es wurden einige Gründe beleuchtet, wieso diese drei Faktoren oft nicht erfüllt werden.

Als Kommunikationswissenschaftlerin möchte ich an diesem Punkt vertiefend auf das Thema Medien eingehen, da ich darin definitiv eine Verbindung sehe. Natürlich erfüllt die Berichterstattung und Informationsbereitstellung eine wichtige Aufgabe in einer demokratischen Gesellschaft, doch wie überall sonst gibt es auch hier Widersprüche und Mängel.

3.5. Der Teufelskreis der Medizinberichterstattung

Gesundheitsjournalismus hat die schwierige Aufgabe, zwischen zwei sehr verschiedenen Anspruchsgruppen zu vermitteln, medizinischen Experten und Mediennutzern. Erstere erwarten Beiträge, die der Komplexität der Medizin gerecht werden, Zweitere möchten verständliche alltagstaugliche Gesundheitsinformation und Rat. Gesundheitsjournalismus ist daher sowohl Wissenschafts- als auch Ratgeberjournalismus. Trotz der wichtigen Aufgabe kam bei mehreren Untersuchungen zu Tage, dass Artikel über dieses Thema oft nicht aktuell sind, ungenaue Quellenangaben aufweisen, wenig Servicedienste leisten und als „sensationalistisch“ eingestuft werden müssen. (vgl. Rossman/Hastall, 2013: 19ff)

Beleites kann nach seiner 40-jährigen Laufbahn auch bestätigen, dass es große Veränderungen gab, vor allem in jüngster Zeit. Ohne Zweifel trägt die Selbstbestimmung der Patienten einen großen Teil bei. Früher war es undenkbar, dass Patienten Einsicht in Ihre Krankenakten hatten und selbst von Arzt zu Arzt liefen. Dies war vor einem halben Jahrhundert noch ein Verstoß gegen die guten Sitten.

„Der Wissensvorsprung der Ärzte und damit auch ihre Machtposition sind allein in den letzten zehn Jahren erheblich zurückgegangen. Die Patienten haben in unseren Tagen viel mehr Informationschancen und sind auch tatsächlich um ein Vielfaches besser informiert, als frühere Generationen es waren.“ (Beleites, 2006: 85)

Dieses Selbstbestimmungsrecht wird natürlich allgemein sehr willkommen geheißen und als zeitgemäß und selbstverständlich angesehen. Bei Medizinern hat allerdings diese Veränderung wegen mangelnder Übung oft zum Rückgang von Empfinden und Sensibilität geführt, was nur unterschwellig wahrgenommen wird.

Weiters nennt Beleites die Beobachtung, dass Patienten ihrem Arzt zunehmend mit fordernden Ansprüchen und kritischem Hinterfragen aller Diagnosen gegenüberreten und Ärzte hinter diesem Benehmen direkte Haftpflichtansprüche vermuten. (vgl. Beleites, 2006: 81ff)

Information hilft bei Unsicherheit. So können Patienten schon vorab einen Versuch der Einschätzung machen, was ihnen fehlt, woran sie leiden oder wie man das behandeln könnte.

Prof. Gottschlich wirft aber auch gleich die andere Seite ein, nämlich die „Über-Information“. Man findet im Internet unendlich viele Informationen, aber dadurch wächst der Selektionsdruck. Was sind die glaubwürdigen, verlässlichen Inhalte? Durch diesen Überfluss kommt es zu kognitiver und emotionaler Überforderung.

Die Rolle des Arztes wird hier als Wissens-Navigator umso wichtiger. Dafür muss er allerdings bereit sein, auf das Informationsbedürfnis der Patienten einzugehen. (vgl. Gottschlich, 2007: 284)

Die Realität unserer Welt verändert sich immer rasanter und die Zeit ist zu schnelllebig, um sich langsam an neue Gegebenheiten anzupassen.

„Die im wirtschaftlichen Stress gefangenen Ärzte haben keine Zeit zur Bewusstwerdung.“ (Gottschlich, 2007: 271) Dies ist aber kein Versagen von Einzelpersonen, sondern liegt an den Realitäten unserer Gesellschaft. (vgl. Gottschlich, 2007: 271)

Es ist fast unvermeidbar, dass mit zunehmenden Maß an Information die Skepsis mitwächst. Dazu kommt die Attraktivität von Gesundheitsangeboten durch Hoffnungsgebung. Das kommunikative Versagen der Medizin treibt die Menschen in die Arme der Medien, die als Ratgeber genutzt werden. (vgl. Gottschlich, 2007: 290)

Die Medien schüren Hoffnung aber manchmal mit Übertreibung und Aufblasen von Informationen, die dann mit einer Enttäuschung einhergehen können. Ob falsche Hoffnung besser ist, als keine Hoffnung, diese Frage ist auch sehr ambivalent zu sehen. Eine weitere Komponente in der Berichterstattung ist die Stimmung, die mitgegeben wird. Idealerweise zeigen Medien ein differenziertes Bild von mehreren Seiten, was nicht immer gelingt und so wird auch ein gewisser Grundtenor mittransportiert.

Eine Untersuchung der Berichterstattung in deutschen Zeitungen wie Frankfurter Allgemeine, Frankfurter Rundschau, Süddeutsche Zeitung, Bild und Spiegel hat gezeigt, dass die in der Berichterstattung transportierten Bewertungen mehrheitlich eine negative Tendenz haben. (vgl. Rossman/Hastall, 2013: 42f)

Dieser Zustand der mündigen Patientenschaft ist faktisch nicht mehr zu ändern, man kann sich jedoch den Gegebenheiten anpassen.

Die Ärzteschaft braucht (neue) Kompetenzen, um den informierten Patienten nicht nur Rede und Antwort zu stehen, sondern ihn bei Entscheidungen zu unterstützen. (vgl. Gottschlich, 2007: 285)

Neue Kompetenzen also, um trotzdem das Vertrauen halten bzw. wiedererlangen zu können setzt aber das Bewusstsein voraus, dass diese Kompetenzen notwendig sind.

In seinem Werk fasst Prof. Gottschlich auf den letzten Seiten das „Drama um die Gesundheitspolitik“ unserer Gesellschaft zusammen: Gesundheit verkomme zum Fitnesskult zur Steigerung des Sozialprestiges.

Niemand möchte sich mit Krankheit, Schmerz und Tod auseinandersetzen und diese prägenden Elemente werden bis weit an den Rand des Bewusstseins verdrängt, obwohl damit jeder früher oder später konfrontiert wird. Dadurch bleibt das Leiden stumm, was den Teufelskreis bestehend aus der Bereitschaft der Patienten, sich dem Arzt anzupassen, dem Verschweigen seiner tatsächlichen Lage und der Unwilligkeit der Ärzte, sich einführend mit dem Patienten auseinanderzusetzen und seinem eigenen Verwundet-Sein zu begegnen. Das fehlende Mit-Leid führt zu fehlender Mit-Teilung. Das als steigendes Gesundheitsbewusstsein Postulierte ist in Wahrheit die Verdrängung des kollektiven, aber verschwiegenen Leids. Mithilfe der „Ware Gesundheit“ werden mitunter falsche Heilserwartungen geweckt, die durch Nicht-Erfüllung (und andere Faktoren) zum Abwenden von und dem Vertrauensverlust auf die Schulmedizin führen. (vgl. Gottschlich, 2007: 286-289)

Neben Zeitmangel, Skepsis-Zuwachs und Vermeiden-Wollen des Leids werden Gesundheitsangelegenheiten immer moderner und komplexer, aber auch immer teurer. An den falschen Stellen zu sparen, könnte aber negative Auswirkungen haben. Als einzige Alternativen zur Kostenexplosion im Gesundheitswesen werden nicht selten Steuererhöhungen oder Rationierung der Gesundheitsversorgung genannt. Allerdings gäbe es noch die Förderung der Gesundheitskompetenz, welche eine bessere und kostengünstigere Versorgung ermöglichen könnte. Im 20. Jahrhundert wurde der Patient als „das Problem“ gesehen, der in die richtige Richtung gestupst werden muss, da er sich mit seinem Gesundheitszustand nicht auseinandersetzen kann und will. Jedoch liegt die Grundproblematik im Gesundheitssystem. (vgl. Gigerenzer/Gray, 2013: 4f).

„Der Patient ist nur das letzte Glied in einer Kette, die aktiv mangelnde Gesundheitskompetenz schafft und aufrechterhält. (...) Aber letzten Endes geht es um mehr als nur Gesundheit und Geld: Eine aufgeklärte Bürgerschaft ist der Lebensnerv einer modernen Demokratie. (Gigerenzer/Gray, 2013: 4f)

Die Flut an Webseiten, Büchern und Broschüren, welche diverse und konträre Behauptungen in sich tragen, führt zu Verwirrung. Das betrifft medizinische Fachzeitschriften, Patientenbroschüren und auch die (Massen-) Medien. Inhaltlich ist vieles nicht aktuell, unvollständig oder sogar interessengeleitet. Die Kombination aus fehlender Transparenz und unvollständiger, beeinflussender Berichterstattung erschweren eine informierte Einschätzung. In Zukunft müssten verständliche und unabhängige Gesundheitsinformationen verfügbar sein, die eine tragfähige Entscheidung ermöglichen. Die Ausrichtung der Forschung an Patienteninteressen sollte die Norm werden. (vgl. Gigerenzer/Gray, 2013: 13ff)

Das Wissen im Gesundheitssektor reicht über mehrere Ebenen, die ineinandergreifen und sich bedingen.

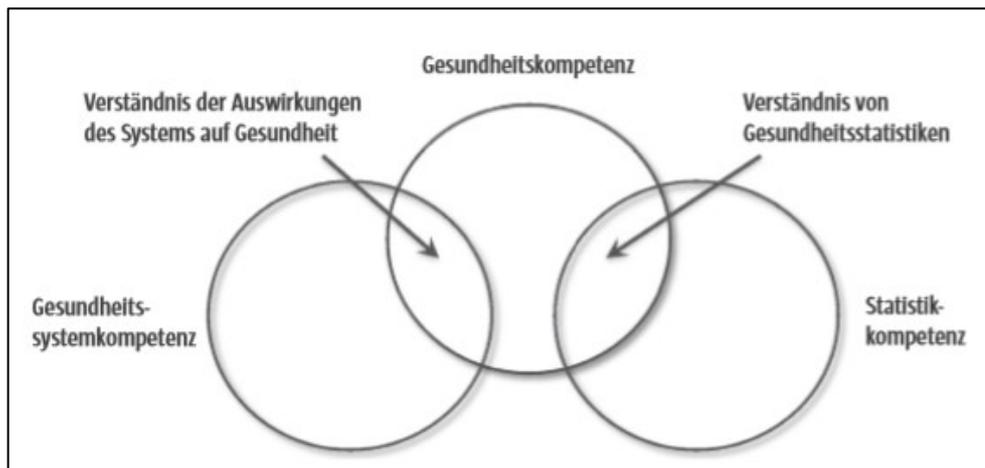


Abbildung 2 Grundkompetenzen im Gesundheitssektor (vgl. Gigerenzer/Gray, 2013: 8)

Es werden drei Grundkompetenzen für Ärzte und Patienten im 21. Jahrhundert formuliert.

„Zu Gesundheitssystemkompetenz gehören Grundkenntnisse über die Organisation des Systems und der Anreize, die in ihm wirken, zum Beispiel die vielfach praktizierte defensive Medizin als Reaktion auf die Gefahr von Schadensersatzklagen. Gesundheitskompetenz umfasst Grundkenntnisse über Krankheiten, Diagnostik, Prävention und Behandlungen sowie das Wissen, wie man sich zuverlässige Informationen verschafft. Zum statistischen Denken gehört die Fähigkeit, unsichere Evidenz sowie Begriffe wie 5-Jahres-Überlebensraten und falschpositive Testergebnisse zu verstehen.“ (vgl. Gigerenzer/Gray, 2013: 8)

Die Schnittmengen aus den Systemen bilden zusätzlich das Verständnis für Auswirkungen des Systems auf die Gesundheit sowie das Verständnis von Gesundheitsstatistiken.

4. Feedback in der Arzt-Patienten-Kommunikation

In dieser Arbeit liegt der Fokus auf der Feedbackkultur zwischen Arzt und Patient. Rückmeldungen können Aufschluss geben, Unsicherheiten überwinden oder auch Kritik üben. Dies kann für beide Seiten nützlich und vielversprechend sein.

4.1. Die Nützlichkeit von Patientenfeedback

Taher und Graeme beschäftigen sich mit dem Feedback von Patienten an ihren Arzt und sehen, im richtigen Umgang damit, hohes Potential für beide Seiten.

„The more feedback patients give, the more likely it is that they will reveal issues that might impact on their adherence to treatment.“ (Taher/Graeme, 2012: 3)

Patienten, die ihre Kritik äußern, sei sie positiv oder negativ, helfen zum einen dem Arzt beim Verständnis und Reflexion und zum anderen auch sich selbst im Gesundungsprozess. Das setzt natürlich eine offene und kritikfähige Umwelt voraus. *„In other words, if patients see changes being made in response to their comments, to better serve their needs, they will be encouraged to share more insights.“ (Taher/Graeme, 2012: 3)*

Zu sehen, dass und in welcher Weise ihre Eindrücke und Beurteilungen angenommen und umgesetzt werden, ermutigt den Patienten mehr und mehr dazu, sich zu öffnen und seine Meinung zu sagen. Durch die innere Wertschätzung (durch positives Reagieren auf sein Anliegen), die der Patient erfährt, kommt es zur schnelleren körperlichen Erholung.

Denn von zentraler Bedeutung ist die seelische und geistige Dimension der Krankheit, die oftmals ignoriert wird. (vgl. Gottschlich, 2007: 10)

Fuchs zählt als Möglichkeit der Patientenbeurteilung der ärztlichen Leistung die Mundpropaganda, das persönliche Feedback sowie eine (standardisierte) Patientenbefragung auf. (vgl. Fuchs, 2002: 16)

2002 wurden die Bewertungsplattformen nicht erwähnt, aber natürlich ist das ein weiterer Weg, der im Grunde auch wie eine Patientenbefragung aufgebaut ist.

„Durch die Flüsterpropaganda, die persönliche Empfehlung bestimmter Ärzte durch Verwandte oder Bekannte, ist einerseits der Grund für das nötige Vertrauen gelegt, andererseits werden auch Vorstellungen bezüglich der individuellen und fachlichen ärztlichen Kompetenz vermittelt.“ (Fuchs, 2002: 12)

Empfehlungen sind bei „Vertrauensgütern“ wichtig, weil man es schwer beurteilen kann.

Auf Feedback einzugehen und sich überhaupt dafür zu interessieren, ist hilfreich, um zu erkennen, wie die eigene Arbeit beurteilt und auch der Mensch als Arzt gesehen wird, was in weiterer Folge auch hinausgetragen wird.

In dem Buch „Better patient feedback, better healthcare“ geht es darum, Patientenfeedback systematischer aufzunehmen und in den Berufsalltag zu integrieren. Die Arbeit bezieht sich auf Kliniken, aber natürlich gilt Patientenfeedback auch für Ordinationen.

Die Autoren geben erst Tipps und Anweisungen, ein solches organisiertes Feedback-System aufzubauen, weisen danach dennoch darauf hin, dass solche neuen Initiativen nie barrierefrei durchgesetzt werden. Es herrsche eine allgemeine Furcht vor kontinuierlichen Rückmeldungen. Diese ist jedoch unbegründet, da Patienten meist sehr human und generös sind. Zweifelsfrei können Patienten wertvolle Erkenntnisse bringen und deren Anliegen oder auch Beschwerden sind nie ganz unbegründet. Oft ist das Patientenfeedback verflochten mit dem gesamten Fortschritt. Daher sollte in Zukunft mehr Wert darauf gelegt werden. (vgl. Taher/Graeme, 2012: 2f)

„... they all found that patients were very pleased to be more involved in their own care. They argued that participating in feedback can form the basis of a patient-clinician partnership, with patients setting the direction and making treatment choices with the guidance of the clinical team.“ (Taher/Graeme, 2012: 1)

Negative Rückmeldungen sind – zumindest was das persönliche Feedback angeht – eher seltener, was daran liegen könnte, dass Patienten negative Sanktionen fürchten. (vgl. Fuchs, 2002: 16)

4.2. Bewertungsportale im Internet

In seiner Forschungsarbeit beschäftigt sich Roland Zimmermann mit Bewertungsportalen, mit deren Inhalten und deren Einfluss auf Nutzer. In den ersten Kapiteln fasst er einige Definitionen zusammen, die brauchbar und anwendbar sind. Einigkeit über eine genaue Definition von Bewertungsportalen gibt es nicht, aber es geht bei vielen hervor, dass es Plattformen sind, welche Rahmenbedingungen bereitstellen, damit Nutzer Bewertungen abgeben können. Diese müssen nicht objektiv oder beweisbar sein, sondern basieren auf Erfahrungen mit Produkten, Services oder Dienstleistungen. Diese Plattformen stehen in Zusammenhang mit Online-Communities bzw. stellen eine Unterart dieser dar. Wie bei Online-Communities kommen auch bei Bewertungsplattformen Individuen zusammen, die ihre Meinungen zu einem bestimmten Produkt oder einer Dienstleistung mittels eines elektronischen Mediums mitteilen.

Es steht nicht die Kommunikation untereinander im Vordergrund, sondern die Rezension. Sie haben also nicht den klassischen Community-Gedanken. (vgl. Zimmermann, 2014: 21f)

Im Internet wird *Word of Mouth* betrieben, was Robert Westbrook definiert als „*informal communications directed at other consumers about the ownership, usage, or characteristics of particular goods or services and/or their sellers.*“ (Westbrook, 1987: 261)

Bewertungsportale sind asynchrone Internetdienste, da in der Regel kein direktes Gespräch in Echtzeit stattfindet, sondern Informationen werden asynchron – zeit- und auch ortsunabhängig – weitergegeben. Es gibt einerseits die Portale mit Kommentarfunktion, wobei andere Personen auf einen bestimmten Beitrag antworten können und andererseits solche ohne Kommentarfunktion der einzelnen Beiträge. Bei beiden Arten wird der Inhalt der Nachricht bzw. die Bewertung online digital gespeichert und dank dieser Archivierung bleiben die Beurteilungen für unbestimmte Zeit verfügbar und sichtbar. (vgl. Zimmermann, 2014: 20f)

„Aus diesem Grund gibt es im Internet mittlerweile Bewertungsportale mit unterschiedlichsten Ausprägungen zu den verschiedensten Themen. Die Bewertungsportale weisen dabei oftmals spezifische Besonderheiten auf, um den Nutzern eine auf das Produkt, den Service oder die Dienstleistung zugeschnittene, exakte Bewertung zu ermöglichen.“ (Zimmermann, 2014: 23)

Die Eco-Sendung auf ORF2 am 13.6.2019 hat sich unter anderem dem Thema Bewertungsplattformen gewidmet. Darin geht hervor, dass sich laut Umfragen 90% aller Kunden im Internet informieren, bevor sie einen Dienst in Anspruch nehmen. Negative Bewertungen führen zu Einbußen, positive zu Gewinnen. Das Geschäft mit Fake-Bewertungen, das zwar nicht erlaubt ist, floriert. Schon ab 12,95€ kann man eine Fake-Bewertung für diverse Plattformen erwerben. Da dies nie ganz verhindert werden kann, wird es nie eine 100%ige Sicherheit geben, dass eine Bewertung echt ist. (vgl. ECO, 2019)

Agnes Joglarcz Social Media Beraterin, Marketing Circus erklärt in der Sendung, dass es etwa das „Hotel Roulette“ nicht mehr gibt. Man möchte heutzutage informiert sein über das, was man konsumiert. Den Trend, etwas zu bewerten bzw. Bewertungen zu lesen, gibt es nun schon länger, da sich die Menschen nichts vorgaukeln lassen wollen. Generell haben Online-Bewertungen bei Unternehmen jedoch ein eher negatives Image. (vgl. ECO, 2019)

Der Rechtsanwalt Johannes Öhlböck beleuchtet das Thema aus einer rechtlichen Perspektive. Es besteht kein Recht darauf, nicht bewertet zu werden bzw. in einem Bewertungsportal aufzuscheinen. Jedoch kann man sich gegen eine Bewertung wehren, wenn die beschriebene Situation nicht stattfand oder völlig falsch dargestellt wird. Oft wird bei Unzufriedenheit im Affekt bewertet. Man solle lieber an die Vernunft appellieren und sich fragen, ob man sich trauen würde, seine Bewertung laut oder vor vielen Menschen zu äußern. Wirkliche Handlungsanweisungen, was erlaubt ist, gibt es nicht. (vgl. ECO, 2019)

4.3. Arzt-Bewertungsportale:

Arzt-Bewertungsportale lassen sich einordnen in „Bewertungsportale für regionale Wirtschaftsbetriebe“. Im Mittelpunkt stehen hauptsächlich Erfahrungsgüter (Experience Goods) sowie Vertrauensgüter (Credence Goods) von Offline-Anbietern und haben keine direkte Verkaufsabsicht. (vgl. Zimmermann, 2014: 24)

„Alle in den Portalen enthaltenen Rezensionen und Bewertungen haben dabei das Ziel, Nutzer aktiv im Einstellungs- und Meinungsbildungsprozess (sowohl positiv als auch negativ) zu unterstützen. Bei allen genannten Portalarten werden zudem die einzelnen Bewertungen innerhalb des Portals produktspezifisch zu einer Durchschnittsnote zusammengefasst oder es wird ein Mittelwert basierend auf der Bewertungsskala ausgegeben.“ (Zimmermann, 2014: 26)

Der Umgang mit den neuen Medien – besonders dem Web 2.0 und Gesundheitsportalen – gewinnt mehr und mehr an Bedeutung. *„Das Monitoring von Patientenforen und Bewertungsportalen von Kliniken und Ärzten nimmt einen immer wichtigeren Stellenwert ein.“ (Rossman/Hastall, 2013: 106)*

In seiner Arbeit konnte Zimmermann unter anderem die folgenden Aussagen für Erfahrungs- und Vertrauensgüter belegen: (vgl. Zimmermann, 79ff)

1. Übereinstimmung der Inhalte der einzelnen Rezensionen – je größer diese nämlich sind, desto höher schätzt man Glaubwürdigkeit, Informationsgehalt wie auch den Nutzen der Gesamtbewertung ein
2. Ein strukturierter und übersichtlicher Aufbau und Lay-Out des Portals wirkt sich sowohl auf die Bedienungskompetenz der Nutzer als auch auf die Vertrauenswürdigkeit des Portals aus. Eine höhere Bedienungskompetenz wiederum steigert auch die Vertrauenswürdigkeit des Portals
3. Der wahrgenommene Nutzen wird bedingt durch die wahrgenommene Glaubwürdigkeit und den wahrgenommenen Informationsgehalt von Rezensionen sowie die wahrgenommene Vertrauenswürdigkeit in das Portal

4. Die Erfahrung mit Produktreviews spielt eine Rolle, denn je größer sie ist, desto höher ist neben der Bedienungskompetenz auch die wahrgenommene Glaubwürdigkeit in die Rezension als auch die wahrgenommene Vertrauenswürdigkeit in das Portal

Zimmermanns Arbeit handelt von nutzergenerierten Inhalten in Bewertungsportalen und deren Einfluss auf die Produktbewertung von Nutzern. In seiner Untersuchung sind vorwiegend Nutzer gemeint, die sich Meinungen aus dem Internet holen, um ihre Entscheidung zu erleichtern, ob sie etwas kaufen oder eine Dienstleistung in Anspruch nehmen. In meiner Arbeit sind die untersuchten Nutzer selbst die, die auch beurteilt werden, somit lässt sich das nicht 1:1 übertragen, es gibt aber eine gute Orientierung. Auch für User, die gleichzeitig „Feedback-Erhalter“ sind, sind wohl die Übereinstimmung der Inhalte, ein übersichtlicher Aufbau, die wahrgenommene Glaubwürdigkeit der Beurteilungen sowie die wahrgenommene Vertrauenswürdigkeit des Bewertungsportales wichtige Faktoren, die ihr Denken und Handeln beeinflussen können.

Eine Studie im Buch von Rossmann und Hastall zeigt deutlich den Bedarf einer veränderten Kommunikation in Krankenhäusern, welche sich durchaus auch auf andere Gesundheitseinrichtungen umlegen lässt.

„Entsprechend bedeutet die Veränderungskommunikation einen wachsenden Koordinations- und Steuerungsbedarf für die Kommunikationsverantwortlichen (...) Darüber hinaus bietet die Studie Anknüpfungspunkte in der strategischen Gesundheitskommunikation (Arzt-Patienten-Beziehung). Die Gesprächspartner berichten über ein neues Patientenbild, das den Patienten als mündigen und autonomen Co-Produzenten im Gesundheitsprozess versteht.“ (Rossmann/Hastall, 2013: 109f)

Das Konzept der Gesundheitskompetenz: Im Gesundheitsbereich ist die eigenständige Meinungsbildung wichtig. Der Gesundheitsbereich wird als sehr komplex wahrgenommen, was besondere Fertigkeiten verlangt, um eine überlegte Entscheidung treffen zu können. Durchgesetzt hat sich das Konzept der Gesundheitskompetenz (Health Literacy). Es herrscht mittlerweile eine Flut an Gesundheitsinformationen und auch die Verantwortung der Patienten für ihr eigenes Wohlergehen wächst weiter. Wichtig dabei sind nach Nutbeam (2000) drei Ebenen. Die erste umfasst funktionale Fertigkeiten wie Lesen und Schreiben. Die zweite meint kommunikative und interaktive Kompetenzen, um aktiv Entscheidungen mitzubestimmen. Die letzte Ebene beschreibt die kritische Auseinandersetzung und Bewertung von neuen Gesundheitsinformationen. (vgl. Rossmann/Hastall, 2013: 114ff)

Neben gewissen Fertigkeiten gibt es jedoch noch andere Voraussetzungen, an deren Erfüllung gearbeitet werden muss.

Um die Qualität für das gesundheitliche Versorgungs-Dienstleistungssystem zu verbessern, bedarf es einer ganzheitlichen Lösung in Fragen des Datenschutzes, der Datensicherheit und der inhaltlichen Qualitätskontrolle. Das sowohl von Laien als auch von Gesundheitsexperten empfundene Über-Angebot an Information braucht zukünftig die Qualitätsgewährleistung beim Inhalt und der Art der Übermittlung. (vgl. Hurrelmann/Leppin, 2001: 20)

4.4. Patientenfeedback im Internet

Früher und auch heute noch sind Arztempfehlungen aus dem unmittelbaren Familien- und Freundeskreis durchaus üblich. Koch meint dazu, dass diese Erfahrungen Schwachstellen bezüglich der Validierung haben.

„Die Ratschläge aus primärsozialen Laiennetzwerken entstammen überwiegend punktuellen Einzelerfahrungen und entsprechen nicht unbedingt den Kriterien und Maßstäben, die professionelle Akteure des Gesundheitswesens anlegen würden, denn den informellen Ratgebern mangelt es insbesondere an einer systematischen Vergleichsmöglichkeit sowohl zwischen verschiedenen Behandelnden als auch zwischen unterschiedlichen Behandlungsanlässen und -situationen.“ (Koch, 2010: 105)

Koch meint in weiterer Folge, dass dieses Problem durch Online-Bewertungsplattformen mit vielen interaktiven und partizipatorischen Elementen ein Stückweit eingedämmt werden kann. Der öffentliche Erfahrungsaustausch ermöglicht die Kumulation dieses Erfahrungswissens von Laien und Patienten. Die Meinungsvielfalt fördert die Sensibilität für eigene Belange. Auch für den Arzt können die Feedback-Kanäle weisende Tipps für das Qualitätsmanagement liefern. Die Portale haben das Potential, transparenz- und kooperationsfördernd zu wirken. Generell können Arztbewertungsportale als treibender Faktor für die Verbesserung der Versorgungsqualität fungieren, Voraussetzung dafür sind eine geeignete Qualitätssicherung und adäquate Parametrisierung der Maßstäbe. (vgl. Koch, 2010: 105f)

Es werfen sich jedoch zwei Fragen auf. Zum einen, inwiefern sind die Erfahrungen im Internet keine Einzelerfahrungen? Und zum anderen, wie soll diese Qualitätssicherung und adäquate Parametrisierung aussehen?

Das Internet durchdringt schon länger und immer stärker alle Lebens- und Gesellschaftsbereiche. Ob Information, Unterhaltung oder soziale Anliegen – all das kann man im Internet finden.

Längst haben die meisten Geschäftsbereiche auch schon das Potential erkannt und nutzen es. Auch die Gesundheitskommunikation boomt im Onlinebereich. Fast 50% der Menschen suchen bei Gesundheitsproblemen im Internet nach passenden Informationen. (vgl. Taher/Graeme, 2012: 10)

„Nowadays, some healthcare providers offer patients an alternative way to comment on services, whether anonymously or not. Since many facilities now have websites with comment areas, it's important to know how to deal with this type of feedback and to be aware of the pros and cons.“ (Taher/Graeme, 2012: 6)

Bei den vielen Online-Angeboten ist es laut Taher und Graeme wichtig zu wissen, wie man mit dem Rezipienten umgeht und sowohl die Fürs als auch die Widers bedenkt.

„Wohl nirgends sonst liegen Kompetenz und Katastrophe so nahe beieinander wie auf den Arztbewertungsseiten im Internet.“ (Schmitt, 2012)

Auf der Internetseite WeltN24 schreibt Sabine Schmitt über Online-Bewertungsplattformen. Seit etwa fünf Jahren gibt es in Deutschland immer mehr solcher Portale. Das bietet die Möglichkeit seine Ärzte zu loben oder aber schlechten Erfahrungen mit einem Arzt Raum zu geben. Meist abgefragte Themen sind ärztliche Leistungen, Wartezeiten und Terminvergabe, die Freundlichkeit des Praxisteam und das Verhältnis zum Arzt. (vgl. Schmitt, 2012)

Bewertungsplattformen für Institutionen, Marken und auch Individuen erlauben es, sich vorab zu informieren, wer oder was für sich selbst der oder das Richtige ist – zumindest potenziell.

Versuche von Medizinern dem entgegenzutreten sind gescheitert, weil die freie Meinungsäußerung größer wiegt als das Recht auf informationelle Selbstbestimmung. Ein Münchner Arzt ging gegen seine Bewertungen auf einer Internetseite vor Gericht und verlor. Begründet wurde das Urteil damit, dass die Öffentlichkeit sehr an Informationen über ärztliche Leistungen interessiert ist. Durch die freie Arztwahl sind Internetportale hilfreich, um die entscheidenden Informationen zu finden. Betont wurde die Wichtigkeit der Meinungsfreiheit, wie auch schon in anderen Urteilen (wie etwa über ein Lehrer-Bewertungsportal). (vgl. ZeitOnline, 2014)

Schmitt bestätigt ebenfalls, dass sich Ärzte Meinungen über fachliche Kompetenzen sowie Kommentare gefallen lassen müssen, da die freie Meinungsäußerung vom Grundgesetz geschützt ist.

„Das Persönlichkeitsrecht des Arztes steht dem gegenüber, doch das wird erst angegriffen, wenn falsche Tatsachen oder Schmähkritik über ihn verbreitet werden. Nur wenn die Kritik allzu harsch wird, in Beschimpfungen ausartet oder Dinge behauptet werden, die nachweislich falsch sind, kann ein Arzt verlangen, die Bewertung aus dem Onlineportal zu nehmen.“ (Schmitt, 2012)

Zeit Online schreibt in einem Artikel, dass, wenn Arztbewertungsplattformen benutzt werden, dann eher passiv, weniger um eigene Bewertungen abzugeben. (vgl. ZeitOnline, 2011) Die Gefahr könnte also bestehen, dass wenige aktive User viele Bewertungen abgeben und dadurch die Stimmung bzw. den Bias in eine bestimmte Richtung lenken.

Dr. Naghme Kamaleyan-Schmied, Obfrau Allgemeinmedizin der Ärztekammer Wien, wurde ebenfalls in der Eco-Sendung interviewt. Sie sieht die Bewertungsplattformen sehr kritisch. Es sei ein zusätzlicher Zeitaufwand, denn man wird nicht informiert, wenn eine Bewertung geschrieben wird. So muss man das nachprüfen und nachdenken. Weiters würde sie gerne genauer auf Beschwerden eingehen, was aus Datenschutzgründen schwierig ist. Dies passiere alles dafür, dass Docfinder Geld verdient und sei nicht sinnvoll. (vgl. ECO, 2019)

Auf den Vorwurf, Docfinder würde es nicht um Transparenz, sondern um den Verkauf von Premium-Mitgliedschaften (49-199€/Monat) gehen, antwortet der Anbieter:

„Auf DocFinder unterscheiden wir [...] im organischen Suchergebnis nicht zwischen zahlenden und nicht-zahlenden Kunden. [...] die Anzahl oder das Ergebnis von Bewertungen werden ausschließlich durch Patienten bestimmt, die Bewertungen abgeben und nicht durch einen Premium-Eintrag.“ (ECO, 2019)

4.5. DGPuK Veranstaltung

Am 16. November 2018 bin ich nach Augsburg gereist und habe an der 3. Jahrestagung der DGPuK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation teilgenommen, welche an der Universität Augsburg stattfand. Thema dieser Tagung war „Fitspiration und Dr. Google: Aktuelle Handlungsfelder der Gesundheitskommunikation zwischen Lifestyle und Digitalisierung“. Die Veranstaltung ging vom 15.-17. November, für mich war besonders der 16. November spannend, weswegen ich auch nur an diesem Tag anwesend war. Alle dazu gehörenden Dateien sind im Anhang zu finden.

Die Themen an dem Tag gingen von Fitness Apps, über Telemedizin und die Online Arztwahl, zu Instagram-Ernährungsdarstellung, den Einfluss von Online-Nachrichten auf Impfentscheidungen bis hin zu den Wirkungen von Furchtappellen auf die Rauchstoppabsicht. (vgl. DGPuK Tagung, Programm, 2018)

Durch diese Vielzahl an Schwerpunkten war inhaltlich für meine Arbeit nur ein kleiner Bruchteil von Bedeutung. Doch die Erfahrung, an einer Tagung mitzumachen, war das eigentlich Prägende. Unterschiedliche Menschen mit unterschiedlichen Ansätzen in diesem Forschungsbereich kennenzulernen, Aufbau und strategische Methodenwahl zu hinterfragen, Posterpräsentationen zu analysieren und einiges mehr haben Augsburg zu einem hilfreichen Erlebnis gemacht. Aber natürlich gab es auch einige inhaltlich passende Forschungen, die ich hier kurz anführen möchte.

Unter anderem hat man sich Chancen und Grenzen von Arztbewertungsplattformen angesehen. Positiv zu nennen ist die Vielzahl an Informationen über medizinisches Fachpersonal, dessen Ergebnis eine größer wahrgenommene Qualität der Versorgung ist. Demgegenüber jedoch steht die Anzweiflung der Tiefe und Qualität solcher Portale. Prinzipiell besitzen Arztbewertungsportale das Potenzial, als Public Reporting Mittel bzw. Mittler zu fungieren. Dennoch muss kritisch hinterfragt werden, dass oft eine negativ geprägte Bewertungskultur unterstellt wird. (vgl. DGPuK Tagung, Folie 1, 2018)

Possler, Link und Niemann-Lenz haben bei ihrer Untersuchung Arztbewertungen in einige Cluster unterteilt:

- Umfassende Bewertungen
- Bewertung der Beratungsqualität
- Bewertung der Kompetenz
- Karge Ergebnisberichte
- Bewertung der Soft Skills

Es zeigt sich in ihrer Studie, einer Jameda.de-Vollerhebung von 33.182 Bewertungen von Orthopäden, Gynäkologen und Zahnärzten im Raum Berlin, dass Ärzte die beste Note (1,54) für ihre Kompetenz bekommen, jedoch ist hierbei die Länge der Bewertungen vergleichsweise kurz. Umfassende Bewertungen werden dagegen länger beschrieben und die Note ist mit 1,59 auch recht gut. Ebenfalls sehr lange Berichte gibt es zu den Soft-Skills-Bewertungen, welche als sehr hilfreich beurteilt werden. (vgl. DGPuK Tagung, Folie 2+3, 2018)

Hausärzte sind in diese Untersuchung nicht einbezogen, weswegen man die Ergebnisse möglicherweise nicht 100%ig umlegen kann, da das Verhältnis zu Hausärzten zum Teil different zu Fachärzten ist. Dennoch kann die Tendenz auch für andere Ärzte zumindest ein Stück weit angenommen werden, denn es geht vorwiegend um die Wirkung von Profilen und Kommentaren.

Aus den Ergebnissen lässt sich eine positive Bewertungskultur ableiten. Die Nachvollziehbarkeit wird durch umfassende Bewertungen und fundierte Begründungen erhöht. Dadurch könne die Arztwahl für den Einzelnen erleichtert und mehr Transparenz erreicht werden. Auf der anderen Seite stehen jedoch die subjektive Einschätzung sowie mögliche Einflussnahmen durch den Betreiber bzw. einzelner Ärzte. Das begünstigt Missbrauch und Verzerrungen. (vgl. DGPuK Tagung, Folie 4, 2018)

Link, Schmotz und Baumann haben ebenso ihre Forschung vorgestellt. Dabei unterstellen sie einen Einfluss von Volumen und Valenz bei Bewertungen auf das Vertrauen zum Arzt und auf die generelle Haltung. Die Methode bestand darin, vier unterschiedliche Fake-Profile von Zahnärzten von Probanden bewerten zu lassen. (vgl. DGPuK Tagung, Folie 5-7, 2018)

Sie konnten verifizieren, dass Valenz und Volumen sowie ihre Interaktion den Vertrauenszuschuss wie auch die generelle Haltung beeinflusst. Stärkster Einflussfaktor ist die Valenz, aber dieser wird in Abhängigkeit vom Volumen nochmal verstärkt. (vgl. DGPuK Tagung, Folie 8+9, 2018)

4.6. Das Potential von Online-Portalen

Im Internet allgemein ist es möglich, sehr einfach und schnell mehrere Informationsquellen zu konsultieren. Dadurch sind Rezipienten fähig, ihr Problem eigenständig zu analysieren und sind nicht nur von einer Quelle abhängig. (vgl. Fischer, 2016: 179)

In Zimmermanns Arbeit wurden auf Basis von ökonomischen und verhaltenswissenschaftlichen Theorien 23 Hypothesen formuliert und in einer empirischen Studie mit über 1000 Teilnehmern untersucht. In der Studie wurden auch Bewertungsportale von Vertrauensgütern wie Finanzdienstleistung, Rechtsberatung, Reparaturservice (Auto, Haushalt etc.) und auch die ärztliche Versorgung gemessen. (vgl. Zimmermann, 2014: 126)

Die Ergebnisse zeigen, dass Aufbau und Layout von Bewertungsportalen sowie die Bedienungskompetenz der Nutzer bedeutsamen Einfluss auf die wahrgenommene Vertrauenswürdigkeit des Bewertungsportals haben. Die Anzahl der Bewertungen dagegen hat nur bei Erfahrungsgütern eine gewisse Wirkung auf die Vertrauenswürdigkeit. (Produkt)Bewertungsportale haben den geringsten Einfluss bei Suchgütern, was den Einfluss auf die eigene Gesamtbewertung angeht.

Bei Erfahrungs- und Vertrauensgütern ist nämlich die Qualität vor der Nutzung nicht feststellbar. Die beiden Variablen „wahrgenommene Glaubwürdigkeit“ und „wahrgenommener Informationsgehalt der Produktrezensionen“ haben hoch signifikanten Einfluss auf den wahrgenommenen Nutzen. (vgl. Zimmermann, 2014: 186f)

„Somit ist die allgemeine Wirkung der untersuchten Beziehungen bei Erfahrungs- sowie Vertrauensgütern in Produktbewertungsportalen am höchsten, weil die Nutzer hier auf die Erfahrungen anderer Personen angewiesen sind, die einen Service oder eine Dienstleistung bereits kennen und deshalb eine Bewertung vornehmen können.“ (Zimmermann, 2014: 186f)

(Potentielle) Patienten schreiben Onlineportalen über Ärzte demnach eine gewisse Wichtigkeit zu, da sie sich ein Bild machen können, bevor sie ein medizinisches Service in Anspruch nehmen. Eine größere Untersuchung in Deutschland offenbart, dass auch Ärzte selbst ihre Bewertung auf Online-Portalen nicht kalt lässt.

Eine Studie der Universität Erlangen-Nürnberg (Auftraggeber ist Jameda.de, dem nach eigenen Angaben führenden Online-Arztbewertungsportal in Deutschland) zeigt, dass sechs von 10 Ärzten in Deutschland ihre Online-Bewertungen mindestens einmal im Monat auswerten. Fast 90% der Befragten lesen die erhaltenen Einträge zumindest. Knapp die Hälfte der Mediziner gab an, auch die Bewertungen von Kollegen zu lesen. Die gezogenen Vergleiche können zur Qualitätsverbesserung in Praxen beitragen, weil entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden könnten, um bessere Leistungen als der Mitbewerber zu erbringen. Mehr als jeder zweite Praxischef - nämlich 55 % - hat bereits mindestens einmal auf Patientenkritik im Internet reagiert. (vgl. Wallenfels, 2016)

Die Reaktionen meinen aber nicht bloß, auf Kommentare zu antworten oder sich zu rechtfertigen, sondern offenbar möchten Ärzte zu Veränderungen beitragen. Hierbei liegt wieder einmal die Patienteninteraktion auf Platz eins.

Die meisten konkreten Maßnahmen zur Optimierung - nämlich 29% - wurden hinsichtlich der Patientenkommunikation unternommen, jedoch wurden hierzu keine Details abgefragt. Weitere reaktive Handlungen betrafen Terminvergabeprozesse, Praxisabläufe, Fortbildungen oder Verantwortungsumverteilung. (vgl. ÄrzteZeitung, 2016)

Leiter der Studie, Prof. Martin Emmert, zieht folgendes Fazit:

„Die Ergebnisse legen nahe, dass Online-Arztbewertungen die Patientenversorgung in deutschen Arztpraxen beeinflussen. Betrachtet man die stetig steigende Anzahl an Bewertungen und die wachsende Relevanz von Online-Bewertungen für die Arztsuche, dürfte der Einfluss in den kommenden Jahren weiter steigen.“ (ÄrzteZeitung, 2016)

Online-Plattformen haben das Potential, Ärzte zum Handeln anzuregen, wenn man konstruktive Kritik ausübt. Nie zu vergessen ist aber auch Lob und positives Feedback, um den Ärzten ihre Stärken aufzuzeigen und ihnen so ihr Können zu bestätigen.

Zu dieser Studie muss abschließend gesagt sein, dass nur Ärzte teilgenommen haben, die zumindest kostenlos auf *Jameda.de* registriert waren und somit ein gewisses Interesse an Patientenfeedback vorausgesetzt werden kann.

Nutzer beurteilen die Zweckdienlichkeit von Arztbewertungsplattformen sehr different, jedoch zeigt sich, dass besonders jüngere Personen den Nutzen solcher Angebote höher einschätzen. (vgl. ZeitOnline, 2011)

Wichtig dabei ist die Reflexion der Informationen. Die Quellen sind nun einmal nicht wissenschaftlich und die Inhalte nicht bewiesen, sondern die Bewertungen kommen durch einzelne Erfahrungen zustande.

Plattformen können gut Auskunft über die Organisation der Praxis, das Funktionieren der Terminvergaben oder das Sich-Zeit-Nehmen bzw. die Erklärungskompetenz des Arztes geben. Die fachliche Kompetenz allerdings kann von Patienten kaum eingeschätzt werden – hier sollte man sich nicht auf die Einträge verlassen. Empfohlen wird eher, Bewertungsplattformen als zusätzliche Quelle, jedoch nicht als Hauptquelle zu nutzen. (vgl. ZeitOnline, 2011)

Drozda und Hubmann haben sich 2014 in ihrer Magisterarbeit mit der Perspektive von Ärzten, Patienten und Pharmakonzernen beschäftigt. Dabei ziehen sie unter anderem folgende Schlüsse (vgl. Drozda/Hubmann, 2014: 249f):

- Arztbewertungsportale stellen ein Instrument zur Kompetenzunterscheidung von Ärzten dar
- Ärzte bevorzugen eine Patienten-Kommunikation auf Augenhöhe
- Eine Infragestellung der ärztlichen Leistung durch zunehmende Informiertheit findet nicht eindeutig statt
- Rezipienten schreiben dem Internet ein hohes Informationspotential zu, den Ärzten wird aber mehr Vertrauen entgegengebracht
- Das Internet wird eher als Vor- oder Zweitinformation zum ärztlichen Gespräch herangezogen
- Sie betonen die Wichtigkeit der Verbindung „Internet und Gesundheit“, welche weiterhin als Forschungsgegenstand untersucht werden soll

Im Gegensatz zu Gottschlich und auch anderen Autoren wird hier ein eher positives Bild dargestellt.

Es hat mit Sicherheit jeder der Forschungen und Kritiken seine Berechtigung, da man komplexe Themen nie schwarz oder weiß sehen kann. Fakt ist, dass es in dem Forschungsfeld noch viel zu ergründen gibt und dass, da sich das Medizinsystem sowie andere in Verbindung stehende Systeme stetig weiterentwickeln, immer wieder neue Ansätze und Strategien gefragt sein werden.

4.7. Die Gefahren von Online-Portalen

Schmitt nennt zwei zentrale Schwachpunkte. Einerseits können viele User nicht gut erkennen, ob es sich um eine Anzeige handelt oder nicht. Andererseits kann das Bild im Internet sehr verzerrt sein, da ein User so viele Kommentare abgeben kann wie er möchte. Bei einer schlechten Einzelmeinung kann der Ruf eines Arztes sehr leiden und das Image geschädigt werden, obwohl einer schlechten Meinung vielleicht 100 andere gegenüberstehen, welche aber nicht im Internet bekannt gegeben werden. (vgl. Schmitt, 2012)

„Das Internet ermöglicht allen Interessierten den Zugang zu Informationen, die an sich für Mediziner – also die Experten – gedacht sind. Nichtmediziner fehlt oft das notwendige Wissen, um die Informationen auch richtig zu beurteilen. Zusätzlich gibt es im Internet viele ungeprüfte und kommerzielle Seiten. Auch wenn dem Großteil der Nutzer diese Schwäche bewusst ist, bleiben medizinische Informationen oft unhinterfragt. So kann die Emanzipation zum „informierten Patienten“ auch in der Sackgasse von Halbwahrheiten und Verkaufstricks enden.“ (Ärzttekammer, o.J.)

Die Ärztekammer warnt per se vor unwahren Informationen im gesamten Internet, speziell geht sie anschließend auf Bewertungsplattformen ein:

Sogenannte Arzt-Bewertungsportale versprechen scheinbar Orientierung im Gesundheitssystem. Dabei haben viele mit Qualitätsmängel zu kämpfen, vor allem die geringe Zahl der Bewertungen, lässt kaum ein objektives Urteil zu. Noch dazu tendieren Patienten mit besonders positiver oder besonders negativer Erfahrung eher dazu, ihren Arzt online zu bewerten und das führt zu einer Verzerrung. Bei Kommentaren von Patienten handelt es sich immer um deren subjektive Meinung. Sie spiegeln mitunter persönliche Schwingungen, Sympathien oder Antipathien, die mit der tatsächlichen fachlich-medizinischen Qualifikation eines Arztes oder einer Ärztin überhaupt nichts zu tun haben. (vgl. Ärztekammer, o.J.)

Eine Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Deutschland ergab, dass etwa 14% der Internetnutzer bei der Arztwahl das Internet heranziehen. Die Google-Suche liefert über drei Millionen Treffer zum Begriff „Arzttempfehlung“.

Laut Stiftung Warentest sollen Informationsangebote zu Medizin nach Sexseiten die zweithöchsten Klickraten haben. Stiftung Warentest, das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und das Internetportal getestet.de haben sich mit Arzt-Bewertungsportalen auseinandergesetzt und ähnliche Ergebnisse präsentiert. Kritisiert wird die oft nicht erkenntliche Trennung zwischen Inhalt und Werbung, da sich Ärzte sogenannte Premiumeinträge kaufen können, aufgrund dessen sie häufiger aufscheinen. (vgl. ZeitOnline, 2011)

Meinungen sind subjektiv und können über- oder untertrieben sein. Ärztliche Qualifikationen können Laien schwer beurteilen. Sie können nur bekannt geben, ob die Behandlung in ihrem konkreten Fall erfolgreich war oder nicht. Die einfühlsamen und kommunikativen Kompetenzen sind ebenfalls subjektiv zu betrachten, da ein schlechter Tag oder private Angelegenheiten hier hineinspielen können.

„Grundsätzlich sind Ehre und das Recht auf Wahrung des wirtschaftlichen Rufes absolut geschützte Rechtsgüter, die durch die Meinungsäußerungsfreiheit anderer nur begrenzt, aber nicht aufgehoben werden.“ (Pätzold, 2011)

Online-Bewertungen sind ohne Einwilligung der Betroffenen möglich. Auch für Ärzte in Österreich gibt es schon Plattformen, auf denen Patienten den verschiedenen Kriterien anonym Punkte oder Noten vergeben können. Ebenfalls besteht die Möglichkeit, in Freitextfeldern Kommentare abzugeben.

Prinzipiell machen solche Portale erst ab einer größeren Eintragsanzahl Sinn, jedoch scheinen Ärzte auch bei wenig oder gar keinen Bewertungen auf. (vgl. ZeitOnline, 2011)

An der Seriosität solcher Portale wird oft gezweifelt, weil die Urteile anonym und auch anfällig für Missbrauch sind. Es besteht die Gefahr der Rufschädigung und Diskriminierung durch Werturteile ohne Sachlichkeit. Betroffene können zwar bei Beleidigungen oder unwahren Tatsachenbehauptungen (sachlich) Unterlassungs- oder Schadensersatzansprüche gegen den Betreiber erwirken. Werturteile (wertend) sind dagegen subjektiv und können nicht auf ihre Richtigkeit hin überprüft werden, daher sind auch unbefriedigende Meinungen hinzunehmen. Wenn aber solche Portale gewissen Mindestanforderungen entsprechen, können sie zur Qualitätsverbesserung der ärztlichen Behandlung oder Betreuung beitragen. Es bietet Patienten eine bedürfnisorientierte Suche und Ärzten ein Feedbacksystem sowie die Möglichkeit, sich einem breiten Publikum zu präsentieren. (vgl. Pätzold, 2011)

5. Konkretisierung der Forschungsfragen

Ich möchte mich hinsichtlich der Arzt-Patienten-Beziehung auf die Feedbackkultur von Patienten an die Ärzte konzentrieren. Dazu interessiert mich die Meinung der Ärzte, wie wichtig sie Feedback erachten, wie sie es aufnehmen und darauf reagieren.

Zuerst soll das Thema Beziehung und Kommunikation zwischen Arzt und Patient, anschließend das allgemeine Feedback und schließlich speziell das Feedback auf Bewertungsplattformen beleuchtet werden.

Aus der Literatur geht hervor, dass Ärzte oft aus Zeit und Angst nicht nach Rückmeldung fragen, aber trotzdem ein gewisses Interesse besteht.

Es lassen sich Zusammenhänge erkennen im Hinblick auf ihr Image oder auch ihre Einstellung zu der A-P-B bzw. A-P-K. Klar aus der Literatur zu erkennen ist auch die veränderte Beziehungsstruktur bzw. der veränderte Umgang miteinander, welche ebenfalls Thema werden. Hierzu werden vermutlich erfahrenere Ärzte, die schon länger im Beruf arbeiten, mehr dazu beitragen können, aber evtl. nehmen sogar jüngere Ärzte bereits Veränderungen wahr.

Mit der ersten Forschungsfrage möchte ich die Kommunikation generell zwischen Arzt und Patient in den Mittelpunkt stellen. Dabei interessiert mich, wie Ärzte die Interaktion beschreiben und beurteilen und welches (veränderte) Verhältnis zwischen den beiden Interakteuren aus der Sicht der Ärzte herrscht. Die Frage soll sowohl die Kommunikation mit, sowie die Beziehung und die Einstellung zu Patienten abdecken.

FF1: Wie wird die Interaktion zwischen Arzt und Patient aus Sicht der Ärzte beschrieben und welche Merkmale sind ausschlaggebend?

Es ergeben sich einige Unter-Forschungsfragen:

FF1.1: Inwiefern kann aus ärztlicher Sicht eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient gewährleistet werden?

FF1.2: Inwiefern kann aus ärztlicher Sicht eine gute Beziehung zwischen Arzt und Patient gewährleistet werden?

FF1.3: Inwiefern spielen private Interaktionen zwischen Arzt und Patient eine Rolle?

FF1.4: Inwiefern wirken sich Veränderungen im beruflichen Alltag auf die Interaktion mit Patienten aus Sicht der Ärzte aus?

Meine zweite Forschungsfrage bezieht sich darauf, wie Ärzte über Feedback von Patienten denken und welche Reaktionen es hervorruft.

Aus der Literatur geht hervor, dass Ärzte gerne gesellschaftlich angesehen werden und somit auch positive Rückmeldungen schätzen. Patientenfeedback kann ihnen dazu Informationen geben und Ansätze liefern, das Verhalten zu reflektieren. Außerdem kann positives Feedback unter anderem das Selbstvertrauen stärken.

Nachdem aber aus der Literatur hervorgeht, dass

1. Kommunikation oft als benachteiligbar angesehen wird
2. Ärzte meist zufrieden mit ihren Fähigkeiten und Leistungen sind
3. eine gewisse Angst vor Patientenrückmeldungen herrscht und
4. Zeit eine nicht mindere Rolle spielt

ist es unwahrscheinlich, dass Ärzte überhaupt ihre Patienten – zumindest regelmäßig – nach Feedback fragen. Trotzdem aber freuen und wünschen sie sich positive Rückmeldungen.

Interessant herauszufinden ist, welche Unterschiede oder Gemeinsamkeiten die Reaktionen auf positives oder negatives Feedback haben.

Die Ansicht über die Wichtigkeit von fachlichen und empathischen Fähigkeiten wird ein Punkt sein. Es wird immer wieder die Notwendigkeit von Empathie und Einfühlsamkeit im Arztberuf erörtert, welche unabdingbar für Vertrauen ist. Wie Ärzte das einschätzen und ob sie für beide Kompetenzen Feedback bekommen, wird sich zeigen. Obwohl hier der Umstand gegeben ist, dass Patienten als Laien die fachlichen Fähigkeiten nur schwer beurteilen können.

Das Image bzw. die gesellschaftliche Anerkennung sind nach vertiefter Recherche den meisten Medizinerinnen wichtig. Daher liegt es nahe, zu überprüfen, ob das Auswirkungen hat. Denn wenn man auf sein Image schaut, ist Feedback ein wichtiges Indiz zur eigenen Beurteilung.

FF2: Was kennzeichnet aus Sicht der Ärzte die Feedbackkultur und welche Reaktionen werden beschrieben?

Diese Forschungsfrage beinhaltet einige Unter-Forschungsfragen, die das Phänomen klarer definieren:

FF2.1: Inwiefern wünschen und bekommen Ärzte Feedback von Patienten?

FF2.2.: Welche Auswirkungen haben positive und negative Rückmeldungen von Patienten?

FF2.3: Inwiefern hängt die Relevanz von einfühlsamen Kompetenzen mit der Feedbackkultur zusammen?

FF2.4: Inwiefern hängt die Relevanz des Images mit der Feedbackkultur zusammen?

Meine dritte Forschungsfrage soll das Thema Online-Bewertungsplattformen abfragen.

Aus der Vorrecherche geht hervor, dass Unternehmen, wozu auch Ordinationen gehören, die Ärztekammer sowie auch einzelne Ärzte den Online-Bewertungsplattformen sehr misstrauisch gegenüberstehen. Ob und warum sich das bewahrheitet, wird aus der Analyse hervorgehen. Es gibt viele Argumente gegen, aber auch für die Arzt-Bewertungsplattformen.

FF3: Wie werden Arzt-Bewertungsplattformen im Internet von Ärzten beurteilt und welche Faktoren beeinflussen ihre Einstellung dazu?

Daraus lassen sich folgende Unter- Forschungsfragen ableiten:

FF3.1: Inwiefern besteht ärztliches Interesse an den Inhalten und Möglichkeiten auf Arzt-Bewertungsplattformen?

FF3.2: Wie beurteilen Ärzte den allgemeinen Nutzen und die Glaubwürdigkeit von Arzt-Bewertungsplattformen?

FF3.3: Inwiefern wird auf ärztlicher Seite auf die Bewertungen auf Arzt-Bewertungsplattformen reagiert?

Übergeordnet den anderen Forschungsfragen an die Interviewpartner direkt, stehen das **Alter (Berufsalter) und das Geschlecht** jener. Dazu sind keine eigenen Forschungsfragen formuliert, die darauf abzielen, allerdings soll dies bei jeder der Fragen mitberücksichtigt werden. Somit werden bei allen in den Interviews vorkommenden Bereichen die Antworten zwischen Männern und Frauen, sowie zwischen berufs jüngeren und berufs älteren Ärzten verglichen. Dadurch lassen sich Unterschiede herauskristallisieren, die bei den jeweiligen Forschungsfragen mitbeantwortet werden.

6. Methodendesign

Diese Untersuchung ist der qualitativen Sozialforschung zuzuschreiben.

Da es keine vorformulierten Hypothesen gibt, ist das Ziel, diese mithilfe der passenden Methode zu generieren.

Die qualitative Sozialforschung dient der Generierung von Hypothesen. Diese Art der Forschung orientiert sich speziell am Alltagswissen bzw. am Alltagsgeschehen der untersuchten Personen. (vgl. Flick et al., 2012: 23) Durch ihre Vorgehensweise an die Forschungsfälle ist sie offener als viele andere Methoden und hilft zu erfassen, was aus Sicht der einzelnen Fälle besonders bedeutsam ist. Das verhilft zu einem besseren Verständnis des untersuchten Falles. (vgl. Flick et al., 2012: 14ff)

Das Interesse dieser Arbeit besteht darin zu erfahren, wie Ärzte selbst die Beziehung zu ihren Patienten in Bezug auf deren Rückmeldungen beurteilen. Es sollen aus den erfassten Daten zu den vorgestellten Forschungsfragen Hypothesen aufgestellt werden. Daher ist die geeignetste Methode eine qualitative Befragung mit einer anschließenden qualitativen Inhaltsanalyse dieser.

Der ursprüngliche Plan war es, Fragebögen an Mediziner auszuschicken. Im Laufe der Recherche hat sich jedoch gezeigt, dass dafür noch eine „Vorstudie“ mithilfe von Interviews von Vorteil wäre. Als weitere Untersuchung empfiehlt es sich beispielsweise, Fragebögen auszuschicken und das Ergebnis quantitativ zu überprüfen.

„Bei allen Formen der standardisierten Befragung müssen die Art der Erhebung und die Ziehung der Stichprobe aufeinander abgestimmt sein (...) Zentral für alle Umfragen sind der Aufbau und die Gestaltung des Fragebogens (...) Bestandteil einer jeden Befragung ist die Erhebung der sozio-demographischen Merkmale der Befragten“ (Baur (u.a.), 2014: 54)

Für einen standardisierten Fragebogen benötigt man konkrete Fragestellungen, um die Merkmale wie Alter, Geschlecht, Motivation etc. zu messen. Dafür ordnet man den Variablen eine entsprechende Messvorschrift zu. Für Alter oder Geschlecht ist das recht einfach, anders bei theoretischen Konstrukten wie Motivation oder Kundenzufriedenheit. Diese müssen nach einer Definition dimensional hinuntergebrochen werden. Oft sind hierbei auch mehrere Fragen notwendig. (vgl. Mayer, 2013: 58f)

6.1. Qualitative Interviews

Der erste empirische Schritt ist das Führen von qualitativen Experteninterviews mit Ärzten.

Unter der Bezeichnung „Qualitative Interviews“ fallen verschiedene Erhebungsmethoden in der empirischen Sozialforschung. Primär erheben sie keine Daten, sondern Texte, was sie von standardisierten Befragungen abgrenzt. Es handelt sich meistens um persönliche mündliche Befragungen, aber auch telefonisch oder sonstige technisch unterstützte Interviews sind denkbar. (vgl. Buber/Holzmüller, 2009: 417)

Im Zuge der Datenerhebung sollen persönliche Einzelinterviews durchgeführt werden, die einen informatorischen Charakter haben. Bei informatorischen Interviews werden die Interviewten als Experten und Informationslieferanten für Sachverhalte verstanden, die die Forschenden interessieren. (vgl. Lamnek, 2010: 305)

Aufgabe des Interviewers besteht darin, das Gespräch zu steuern und die gewünschten Informationen vom Interviewpartner zu erfragen. Dadurch, dass der Fragende ein gewisses Erkenntnisinteresse hat, welches der Befragte bereit ist mit seinen Antworten zu stillen, sind die Rollen in einem Interview freiwillig und werden von beiden Seiten akzeptiert.

Das Gesprächsklima bestimmt in hohem Maße mit, wie offen und wie viel vom Interviewten preisgegeben wird. (vgl. Gläser/Grit, 2006: 107ff) Daher ist ebenso eine Aufgabe des Interviewers, ein gutes Klima herzustellen und zu erhalten. Die Anordnung und Formulierung der Fragen haben darauf gewissen Einfluss.

„Im Unterschied zum standardisierten Fragebogen bildet der Leitfaden lediglich eine Art Gerüst, das heißt, er belässt den Interviewer weitgehende Entscheidungsfreiheit darüber, welche Frage wann in welcher Form gestellt wird.“ (Gläser/Grit, 2006: 138)

Wenn die Fragen so angeordnet sind, dass inhaltlich zusammengehörige Themen nacheinander abgefragt werden, dann ist die Chance höher, sich an einen natürlichen Gesprächsverlauf anzunähern. (vgl. Gläser/Grit, 2006: 142)

Unterstützend wirkt die aufbauende Struktur der gesamten Fragen, aber auch die Struktur innerhalb der Fragen.

Die Fragen sollten einfach und klar formuliert sein, um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen. Dazu gehört einerseits die grammatikalische Struktur und andererseits auch die Bedeutungsklarheit. In einer Frage sollen nicht zu viele Elemente gleichzeitig abgefragt werden. (vgl. Gläser/Grit, 2006: 136ff) Zudem sollen keine Fragen gestellt werden, die kurze, prägnante Antworten hervorrufen, sondern solche, die erzählend wirken (vgl. Lamnek, 2010: 631).

Bei qualitativen Interviews sollte eine gewisse Offenheit der Fragen gegeben sein, jedoch gibt es Grenzen.

Die Offenheit der Fragen stellt eine Herausforderung dar. Völlig offene Erkundigen lassen sehr viel Spielraum bei der Antwort zu. So können die Befragten die Frage in eine bestimmte Richtung und mit einem bestimmten Inhalt beantworten. Bei Leitfadeninterviews wird eine gewisse Offenheit vorausgesetzt. Das steht im Widerspruch dazu, dass in einer begrenzten Zeit spezifische Informationen herausgefunden werden wollen. Bei zu ungenauen Fragen kann es passieren, dass der Interviewpartner verunsichert wird und nicht genau weiß, was er darauf entgegnen soll. Ebenso kann es passieren, dass die Frage ganz anders interpretiert und am Thema vorbei beantwortet wird. Es bedarf einer Ausbalancierung, da der Eindruck entstehen kann, dass der Interviewende nicht weiß, welche Informationen er benötigt. (vgl. Gläser/Grit, 2006: 127)

Zu offene Fragen werfen somit eher Gegenfragen auf. Mein Ziel ist es, gewisse Überfragen zu erarbeiten, jedoch mit „Unterfragen“ zu arbeiten, die ich den Ärzten je nach Verlauf stellen werde, um relevante Themen abzudecken.

Ebenso wichtig ist die neutrale Formulierung von Fragen, damit dem Interviewten keine Antworten in den Mund gelegt werden. Meinungsfragen haben hier trotzdem oft mit dem Phänomen der sozialen Erwünschtheit zu kämpfen. Anonymität kann dem ein wenig entgegenwirken (vgl. Gläser/Grit, 2006: 131, 134f)

In meiner Forschung geht es speziell um die Meinung der einzelnen Mediziner. Da die Thematik keine tabuisierte, unangenehme ist und alle Gesprächspartner anonym bleiben, erhoffe ich mir ehrliche Antworten.

Die erste Phase im Interview, bei der die Rollen der Sprechenden bestimmt werden, erfordert eine Einsteigerfrage, die leicht zu beantworten ist und worüber gern und viel erzählt werden kann. Ebenso wichtig ist auch die Abschlussfrage. Eine gute Abschlussfrage ist etwa, ob der Befragte aus seiner Sicht noch wichtige Aspekte zu dem Thema erzählen möchte. Zum einen überlässt sie dem Gegenüber die Entscheidung über Art und Inhalt der Antwort und zum anderen wird noch einmal die Offenheit gesteigert. (vgl. Gläser/Grit, 2006: 143f)

Die Aufzeichnung der Interviews ist essenziell, um die korrekte Transkription und in weiterer Folge Auswertung zu gewährleisten. Die Daten müssen eigens erfasst werden, da andernfalls die Gefahr besteht, dass gewonnene Informationen unter anderem durch selektive Wahrnehmung des Befragenden verzerrt werden. (vgl. Lamnek, 2010: 353f.)

6.2. Inhaltsanalyse nach Mayring

Es gibt unterschiedlichste Definitionen von unterschiedlichsten Menschen und Wissenschaftlern für die Inhaltsanalyse. Teilweise werden sie sehr eng, teilweise sehr weit und offen formuliert. Es geht hervor, *„dass sehr viele der Definitionen durch die Interessen der Autoren geprägt und dadurch sehr speziell sind.“* (Zauner, 2011: 3)

Diese Arbeit wird sich der Inhaltsanalyse nach Mayring bedienen, die auf den nächsten Seiten beschrieben wird.

Im Normalfall geht es dabei um Sprache, aber auch Bilder oder Musik können Gegenstand sein. (vgl. Zauner, 2011: 3) Bei den Interviews, die ich führen werde, kommen weder Bilder noch Musik zum Einsatz, es wird daher eine reine Analyse des Gesprochenen werden.

Die vorab geführten Interviews sollen anhand Philipp Mayrings Methode inhaltlich analysiert werden. Mayring fasst das Konstrukt „Inhaltsanalyse“ in einer knappen und klaren Definition zusammen.

Die Inhaltsanalyse möchte fixierte Kommunikation analysieren, welche systematisch, regelgeleitet und auch theoriegeleitet ist. Das Ziel dabei ist es, Rückschlüsse auf gewisse Aspekte der Kommunikation zu ziehen. (vgl. Mayring, 2015: 13)

Es gibt sehr viele verschiedene Definitionen von qualitativer Inhaltsanalyse, die teilweise weiter oder enger formuliert sind. Einige davon grenzen sich sehr von quantitativer Analyse ab, was mein Verständnis davon nicht ganz trifft.

Die Sozialwissenschaftliche Textanalysemethode von Philipp Mayring ist eine methodische Anleitung zur Auswertung und Interpretation von komplexen sprachlichen Materialien. Dabei ist *„eine Kombination von qualitativen und quantitativen Forschungsschritten unabdingbar.“* (Zauner, 2011: 2)

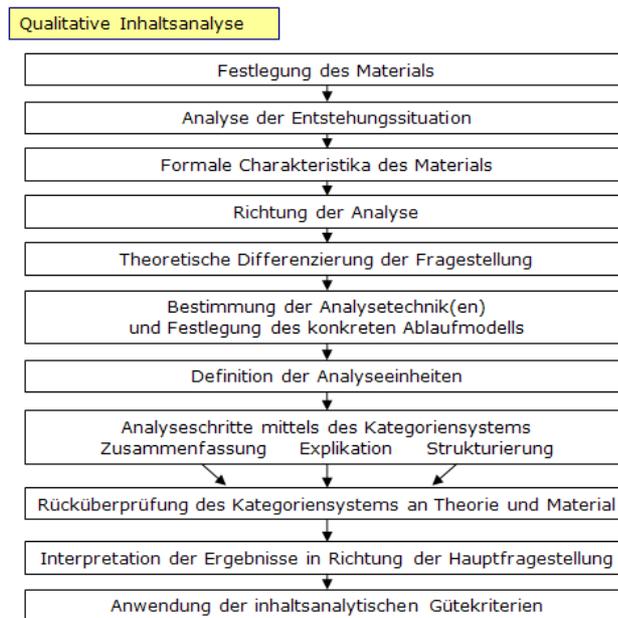


Abbildung 3 Qualitative Inhaltsanalyse - Schritte (vgl. Mayring, 2015: 62)

Mayring würde die qualitative Inhaltsanalyse eher begreifen als „*qualitativ-orientierte Inhaltsanalyse*“, da sowohl Techniken qualitativer als auch quantitativer Art zum Einsatz kommen (können). (vgl. Mayring, 2015: 17)

Seine Auffassung versteht qualitativ und quantitativ als sich nicht ausschließende, sondern ergänzende Elemente der Analyse.

„Qualitative Wissenschaft als verstehende will also am Einmaligen, am Individuellen ansetzen, quantitative Wissenschaft als erklärende, will an allgemeinen Prinzipien, an Gesetzen oder gesetzähnlichen Aussagen ansetzen.“ (Mayring, 2015: 19)

Um ein Phänomen zu ergründen, sind beide Herangehensweisen notwendig, oft geht die qualitative Untersuchung der quantitativen voraus.

Qualitative Inhaltsanalyse hat mehrere Schwerpunkte wie Hypothesenfindung und Theoriebildung, Pilotstudien, Vertiefungen, Einzelfallstudien, Prozessanalysen, Klassifizierungen und Theorie- und Hypothesenprüfung. (vgl. Mayring, 2015: 22-25)

Bei der Aufzählung lässt sich schon feststellen, dass in vielen der Punkte auch quantitative Methodenansätze vorkommen.

Wichtig ist die Richtung der Analyse, denn ausgehend von einem sprachlichen Material lassen sich Aussagen in ganz verschiedene Richtungen machen.

„Man kann den im Text behandelten Gegenstand beschreiben, man kann etwas über den Textverfasser oder die Wirkungen des Textes bei der Zielgruppe herausfinden. Dies muss vorab bestimmt werden.“ (Mayring, 2015: 58)

Meine Forschung geht in Richtung des im Text behandelten Gegenstands. Ich möchte herausfiltern und zusammenfassen, was die Interviewten zu bestimmten Sachverhalten meinen. Natürlich schließt das auch die Einstellungen der Interviewten mit ein, die sie zu bestimmten Themen haben.

Das zweite Standbein ist die Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung. Dabei ist die Regelgeleitetheit und Theoriegeleitetheit der Interpretation gemeint. (vgl. Mayring, 2015: 59) Durch Recherche und Selektion hat sich eine Fragestellung herauskristallisiert, die mithilfe formulierter Regeln bearbeitet werden soll.

Das Forschungsdesign kann und soll bei qualitativer Praxis durch das Beobachtete regelmäßig angepasst werden. Da Daten erst durch die weiterführende Analyse zu solchen werden, muss bereits während der Erhebung analysiert werden, obwohl der Analyse noch die Systematik sowie die Kontrollierbarkeit fehlt. Die resultierende Komplexität der qualitativen Forschung kann daher nicht durch normierte Datenerhebung erfasst werden, sondern benötigt vielmehr flexible und situationsbedingte Methoden. Qualitative Forschung folgt nicht wie quantitative Analysen einer linearen Strategie, sondern einer zirkulären Strategie, welche Richtungsänderungen in der Forschung ermöglicht. (vgl. Lamnek, 2010: 173f)

Es sollen vorformulierte „Über-Forschungsfragen“ anhand der Interviews mit Blick auf spezifischere „Unter-Forschungsfragen“ beantwortet werden. Allerdings erlaubt die qualitative Vorgehensweise, vorher zu wenig oder nicht beachtete Phänomene im Zuge der Bearbeitung mit einfließen zu lassen, wenn durch die Gespräche eine bestimmte Wichtigkeit unterstellt werden kann.

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse lassen sich nach Mayring drei voneinander unabhängigen Grundformen formulieren (vgl. Mayring, 2015: 67):

Zusammenfassung: Dabei ist die Reduktion des Materials das Ziel, sodass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben und Abbild des Grundmaterials sind.

Explikation: Hierbei sollen fragliche Textstellen mit weiterer Recherche und zusätzlichen Materialien erweitert und erklärt werden.

Strukturierung: Ziel ist es, einen Querschnitt durch das Material zu legen, um bestimmte Aspekte anhand festgesetzter Kriterien einzuschätzen.

Diese Forschungsarbeit wird voraussichtlich alle Elemente einschließen, ist jedoch am ehesten der zusammenfassenden Analyse zuzuordnen, da das Ziel ist, das Material so zu reduzieren, dass ein guter Überblick entsteht, aus dem heraus Aussagen getroffen werden können. Die zusammenfassende Inhaltsanalyse besteht aus den folgenden Schritten (vgl. Mayring, 2015: 70ff):

1. Schritt: Bestimmung der Analyseeinheiten
2. Schritt: Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen
3. Schritt: Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus und Generalisierung der Paraphrasen
4. Schritt: Erste Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen
5. Schritt: Zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion und Integration von Paraphrasen
6. Schritt: Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem
7. Schritt: Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial

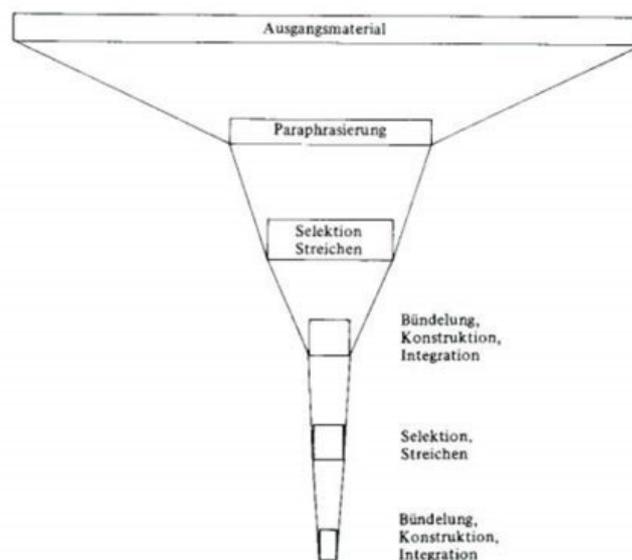


Abbildung 4 Materialbündelung (vgl. Mayring, 2015: 85)

6.3. Untersuchungsvoraussetzungen

In dieser Arbeit wird die Sicht der Ärzte untersucht, die eine eigene Praxis besitzen bzw. in einer solchen arbeiten, da diese im Normalfall „Stammpatienten“ haben und diese länger begleiten als etwa Ärzte in Spitälern. Weiters sind sowohl Arbeitsbedingungen als auch die Patientenbeziehung eine andere.

*„Eine Arztpraxis und ein Spital sind unterschiedliche Institutionen mit unterschiedlichen Interessen. Bei einem niedergelassenen Arzt hängt das Einkommen davon ab, ob er seine Patienten halten kann oder nicht.“
(Österreichische Ärztezeitung, 2009: Interview mit Florian Menz)*

Allein das zeigt schon, dass die Bedingungen differenziert sind, dazu kommt noch die höhere Patientenfluktuation in Spitälern.

Ein Spitalsarzt hat, im Gegensatz zum Allgemeinmediziner, de facto weniger Möglichkeiten, eine persönliche Beziehung zum Patienten aufzubauen. Diese Beziehung ist für den Allgemeinmediziner jedoch umso wichtiger. Viele niedergelassene Ärzte bieten daher schon zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten wie Akupunktur oder Homöopathie an. Die Tendenz geht weg von der medikamentösen Orientierung und das Gespräch tritt immer mehr in den Vordergrund. (Vgl. Österreichische Ärztezeitung, 2009: Interview mit Florian Menz)

Aber es gibt auch Unterschiede zwischen Hausärzten und Fachärzten.

Hausärzte sind oft eine wichtige Vertrauensperson. Fachärzte haben zwar gewissermaßen einen Patientenstamm, jedoch ist dieser eher wechselhaft. Außerdem besteht im Normalfall eine geringere Kontakthäufigkeit. (vgl. paradisi.de, 2014)

In der Allgemeinmedizin ist die ärztliche Konsultation die häufigste medizinische Leistung. Sie ist Teil der A-P-B und setzt eine Rahmenstruktur voraus, in der beide Partner genug Raum und Zeit für ihre Fragen haben. Sensibilität und Reflexivität vermögen einen Großteil der Angst von Patienten zu nehmen. „Patient Empowerment“ bedeutet neben mehr Autonomie der Patienten auch gegenseitiges Vertrauen und Stressreduktion für die Ärzte. (vgl. Fuchs, 2002: 11)

Das Interesse liegt darin, die Bedingungen für eine größere Zahl an Menschen in Österreich aufzuzeigen. Österreich als Ganzes hinsichtlich der A-P-B zu untersuchen würde die Zeit und Ressourcen sprengen. Außerdem gibt es etwa Stadt-Land-Unterschiede, die auch noch berücksichtigt werden müssten. Die Dichte der Bevölkerung sowie die Dichte der Ärzte sind in Städten natürlich höher.

Der Untersuchungsort ist aus diesem Grund die Hauptstadt Wien, die größte Stadt Österreichs, da diese die meisten Ärzte Österreichs beherbergt.

Die Ergebnisse sind in erster Linie gültig für Wien bzw. städtische Verhältnisse und für Allgemeinmediziner mit eigener Praxis. In Spitälern herrscht ein anderer Ablauf und eine andere Organisation. Auch wenn es ebenfalls Spitals-Ärzte oder Fachärzte gibt, die auf Bewertungsportalen angemeldet sind, überprüfen und evtl. auf Kritik reagieren, so ist doch allein die Beziehung zu (s)einem praktischen Arzt häufig eine spezielle. Zum einen wirkt dieser als erster Kontakter, zum anderen begleitet er die Patienten im Normalfall über längere Zeit hinweg bzw. immer wieder aufs Neue.

Die Zuverlässigkeit lässt sich bei der Methodenerläuterung sicherstellen. Die sieben Schritte nach Mayring sollen wie beschrieben durchgeführt werden. Durch mehrere Durchgänge beim Sichten des Materials sollen die wichtigsten Aussagen herausgefiltert und geclustert werden.

Grundgesamtheit und Stichprobe

Wie schon erwähnt, konzentriert sich diese Untersuchung auf niedergelassene praktische Ärzte in Wien.

Es gab 2017 in Wien 1.440 Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, die für meine Studie relevant sind. In den letzten Jahren sind die Zahlen annähernd gleich. (vgl. wien.at, 2017) Im Allgemeinen wird sich diese Zahl nicht allzu sehr geändert haben.

Ziel ist es, sechs bis zehn qualitative Interviews zu führen und daraus für meine Forschungsfragen relevante Aussagen herauszufinden. Die Interviewpartner sollen folgende Gruppen abdecken:

- a. Ärzte und Ärztinnen, die relativ neu im Beruf sind
- b. Ärzte und Ärztinnen, die schon einige Jahre Berufserfahrung haben
- c. Ärzte und Ärztinnen, die relativ am Ende ihres Berufslebens stehen

Um jedes Berufsalter und jedes Geschlecht abzudecken, sind im ersten Schritt sechs Interviews notwendig.

In einem zweiten Schritt möchte ich mich anhand der Antworten auf eine der Gruppen spezialisieren und weitere zwei bis vier Interviews führen, um eine Gruppe noch breiter abzudecken und stichhaltigere Ergebnisse zu erzielen.

Zur Bestimmung des Ausgangsmaterials ist hinzuzufügen, dass jedes Interview für sich als Auswertungseinheit betrachtet wird.

Bei Einzelfallstudien wird nämlich ein einzelnes Element als Untersuchungseinheit gewählt. Somit kann ein genauerer Einblick in das Zusammenwirken mehrerer Faktoren gewährleistet werden. (vgl. Lamnek, 2010: 273) Danach sollen diese einzelnen Ergebnisse zusammengefügt werden, um ein ganzheitliches Bild beschreiben zu können.

Zusätzlich möchte ich mir einen groben Überblick des Online-Profiles der interviewten Ärzte machen und dies in meine Analyse mit einfließen lassen.

6.4. Quantitative Aspekte von Bewertungsplattformen

Da sich ein Schwerpunkt auch auf das Feedback im Internet richtet, soll dies ebenfalls mit einfließen. Die Inhalte der Plattform qualitativ auszuwerten würde den Rahmen der Arbeit überschreiten, nichtsdestotrotz soll wenigstens ein überblicksmäßiger Exkurs vorgenommen werden. Bei der Auswertung werden die quantitativen Aspekte, d.h. Note und Anzahl der Bewertungen, ebenfalls mit aufgenommen. Die Note hat möglicherweise Einfluss auf die Einstellung zu Bewertungsplattformen. Eine schlechtere Benotung könnte den Effekt haben, dass Ärzte die Wichtigkeit und Glaubwürdigkeit eher herunterspielen, um ihre negativen Bewertungen abzuschwächen.

Dadurch werden die drei vorigen Forschungsfragen um eine weitere ergänzt, die diesen Bereich abdecken soll. Die vierte Forschungsfrage soll eruieren, ob schlechtere Online-Bewertungen möglicherweise in Zusammenhang mit der Einstellung zu Arzt-Bewertungsplattformen stehen.

FF4: Inwiefern beeinflusst die Gesamtnote auf Bewertungsplattformen die Einstellung von Ärzten zu Arzt-Bewertungsplattformen?

Bei der Auswahl der Bewertungsportale habe ich mich für **Docfinder.at** entschieden. Daneben gibt es noch andere, die in die Auswahl kamen wie **Arztsuche24.at**, doch hier steht vorwiegend die Suche nach Medizinern im Vordergrund. Man kann zwar auch Bewertungen (über die Seite **herold.at**) abgeben, jedoch sind nach stichprobenartiger Überprüfung bei **Docfinder.at** mehr Bewertungen als auf **Arztsuche24.at** abgegeben worden.

Weitere Gründe für die Auswahl: (siehe auch <http://www.docfinder.at/ueberuns/>)

- laut ihrer Website hat sich DocFinder als führendes Arztsuchportal in Österreich etabliert
- laut ihrer Website zählt DocFinder zu den reichweitenstärksten Internetseiten des Landes (Quelle: ÖWA Plus 2016-02)
- bei der Untersuchung eines Portals können leichter Vergleiche gezogen werden
- die Kriterien gelten für alle und sind immer gleich:
 - (1) Einfühlungsvermögen d. Arztes
 - (2) Vertrauen zum Arzt
 - (3) Zufriedenheit mit d. Behandlung
 - (4) Serviceangebot
 - (5) Praxisausstattung / Räumlichkeiten
 - (6) Betreuung in der Praxis / der Arzthelfer(innen)
 - (7) Wartezeit

Die beste Punktezahl, die erreicht und vergeben werden kann, ist 5,0.

Bei Docfinder gibt es drei „Mitgliedspakete“, die zwischen 49 und 199 Euro kosten. Mit einer Mitgliedschaft gibt es die Möglichkeit, Informationen zugänglich zu machen, die Praxis vorzustellen bis hin zu persönlichem Service. Ich möchte mich aber trotzdem gerade nicht auf diese Ärzte beschränken, da es mich genauso interessiert, wieso kein oder wenig Interesse besteht, sich auf Plattformen zu bewegen.

6.5. Pretest

Mein Pretest bestand aus einem Durchgang mit zwei Personen, welche als Gesundheits- und Krankenpflegerinnen in einem Spital arbeiten, sowie einer angehenden Ärztin, die sich im 4. Jahr ihres Studiums befindet. Wir stellten die Interviewsituation nach und gingen die Fragen Schritt für Schritt durch.

Das Ziel war es, herauszufinden, wie sie die Fragen verstehen würden und ob die Formulierung klar und neutral ist. Allgemein war der rote Faden erkennbar und die Fragestellung sinnvoll und verständlich. Die ein oder andere Frage wurde noch ein wenig umformuliert, aber im Großen und Ganzen wurde mit dem ursprünglichen Entwurf weitergearbeitet.

6.6. Untersuchungsbedingungen

Zu den Interviewpartnern bin ich vor allem durch Kontakte gekommen, da in meinem Familien- und Freundeskreis einige im medizinischen Bereich tätig sind. Somit konnte ich meine Interviewpartner durch Bekannte generieren. Dies ist auch der Grund, warum ich in den Dialogen mit fast allen per Du war. Einen Kontakt hatte ich zwar über Bekannte, da mir jedoch dieser Arzt völlig fremd war, wurde dieses Gespräch per Sie geführt.

Meine Erfahrung bestätigt mir, wie wichtig es ist, Kontakte sowie Kontakte über Kontakte zu haben bzw. zu knüpfen, da sonst die Suche und Umsetzung der empirischen Forschung noch viel mehr Zeit und Aufwand in Anspruch genommen hätte.

Der Befragungszeitraum erstreckte sich von Anfang Juni bis Mitte Juli und insgesamt konnten neun Interviews durchgeführt werden. Alle im Rahmen der Arbeit generierten Interviews wurden mittels eines Tonbandes aufgezeichnet und transkribiert.

Der Ablauf der Interviews war mehr oder weniger immer gleich. Zu Beginn gab ich den Interviewpartnern einen Datenschutzmitteilungs-Zettel (siehe Anhang). Ich erklärte nochmals das Forschungsthema und den ungefähren Ablauf der Befragung. Durch ein mündliches OK wurde das Einverständnis zur Aufzeichnung und anonymen Verarbeitung der Interviews eingeholt. Anschließend wurde mit den inhaltlichen Fragen begonnen.

Da die Fragen teils relativ offen gestellt wurden, gab es einen mehr oder weniger großen Spielraum, in welche Richtungen die Antworten gehen können. Es haben sich immer wieder gewisse Themen aufgetan, bei manchen Fragen kamen aber auch sehr verschieden ausgerichtete Antworten. In solchen Fällen habe ich aus der Situation heraus entschieden, ob ich die Richtung noch verändere oder das Gegenüber frei sprechen lasse, da auch damit interessante Informationen generiert werden konnten.

Besonderheiten bei der Analyse

Die meisten Interviews wurden in der Ordination des jeweiligen Arztes geführt, drei jedoch direkt bei den Gesprächspartnern zu Hause.

Bei dem Interviewpartner H musste das Gespräch beschleunigt werden, da das Gespräch während seiner Ordinationszeit stattfand. Dieses Interview ist mit knapp 16 Minuten auch das Kürzeste.

Allen Interviewpartnern war die Arzt-Bewertungsplattform Docfinder ein Begriff und auch die Plattform, die am ehesten genutzt wird.

Es gab zwei Befragte, die sich ihre Ordination mit Ärztekollegen teilten. Davon berichtete der eine von regelmäßigen namentlichen Erwähnungen der Ärzte auf Docfinder, der andere jedoch von keiner namentlichen Angabe. Es hängt also auch von den Beurteilenden ab, wie Mediziner die Portale wahrnehmen und einschätzen.

Das separate Erfragen von Kommunikation einerseits und der Beziehung allgemein andererseits bringt teilweise sich überschneidende Antworten, da beides zusammenhängt. Wie Watzlawick sagte, kann man nicht nicht kommunizieren und somit bauen alle Beziehungen darauf aus. Zur A-P-K sollen alle Phänomene gezählt werden, die direkt das ärztliche Gespräch betreffen. Allgemeinere Konstrukte wie Vertrauen oder empathische Gefühle sind der A-P-B zugeordnet.

7. Ergebnisse

7.1. Ausformulierung der Ergebnisse

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient

In manchen Interviews wird die Kommunikation auf Augenhöhe angesprochen, die durchaus von beiden Seiten geschätzt wird. Sich auf den Patienten einzulassen und ihn „abzuholen“ kann für alle einen Nutzen bringen. Heutzutage sind Patienten informierter, fragen mehr und nehmen nicht alles einfach so hin. Die Kommunikation auf Augenhöhe ist zwar zeitintensiver, aber dafür bekommt man auch mehr zurück.

„Aber es ist eben auch was Schönes, weil ein Arzt wie es früher war mit Gott in Weiß und der Patient, der einfach alles schluckt, was der Arzt sagt, (...) dann hätte man schnellere Behandlungszeiten, der Nachteil wie gesagt, es gibt Vor- und Nachteile, aber ich bin eigentlich dafür, dass man ein bissl, wenn man sich gut kennt oder schon besser kennt, dass man eben so kommuniziert, dass das eigentlich schön ist, wenn man sich auf einer Ebene trifft und nicht auf Chef und Untergebener. (...) Und jetzt gibt's eben nicht nur schwarz-weiß, sondern auch grau und das muss man erklären, diese Schattierungen, aber der Vorteil ist eben, dass man sich gut kennt oder besser kennt und auch kleinere Fehler wahrscheinlich verziehen werden auf beiden Seiten.“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 26-36)

„Na, ich schau, dass ich meinen Patienten schon mehr oder minder auf Augenhöhe begegne, also ich bin nicht der Gott in Weiß. Ich seh mich halt als Mensch, der dem Kranken hilft und ja ich versuch, das auch so zu kommunizieren.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 47-49)

„Wir legen auch einen großen Wert darauf mit den Patienten so zu sprechen, dass wir uns auch einig werden.“ (Interviewpartner E, 12.6.2019: Zeile 50-51)

„Man muss die Situation so erfassen, wo befinden sich die Menschen. Es heißt, man soll sie da abholen, wo sie gerade sind. Ist es ein Routinebesuch, geht es dem Patient gut an diesem Tag, ist er aufgewühlt, ist er glücklich, ist er traurig, hat er akute Schmerzen, das spielt halt alles eine Rolle.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 32-35)

Dass die Medizin nicht nur aus Pillen und Spritzen bestehen sollte, sondern Gespräche sehr wichtig sind, beschreiben drei Ärzte genauer.

„Gespräche sind halt sehr wichtig, das wissen wir eh schon alle, nicht nur Medizin in Pillenform oder Spritzen, auch so psychologisch was wahrscheinlich nichts Schlechtes ist, bissl plaudert, was mit der Zeit aufwendig ist, das kann natürlich jetzt geschäftlich gesehen nicht ideal sein, aber das muss halt drinnen sein, wenn man eben Patienten länger kennt, ist auch drinnen, das macht man dann auch gerne, wenn es nicht dauernd gefordert wird.“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 69-73)

„Wenn ich den Eindruck habe, es geht um etwas, was quasi eher mit der Psyche zu tun hat, dann lass ich meistens den Patienten länger reden und versuche mit Fragen herauszufinden, in welche Richtung wir gehen und schau mal was zurückkommt.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 18-20)

„Ja, manchmal kommen sie mit körperlichen Beschwerden, die aber in Wahrheit in eine psychische Richtung gehen.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 23-24)

Von mehreren Ärzten kommt die Klarstellung, dass ein professioneller Umgang mit den Patienten und eine gewisse Distanz sehr wichtig sind. Zu fordernde Patienten erschweren das Gespräch. Einige sprechen auch das Per Du Sein an, das in der Kommunikation manchmal als störend und unangemessen erachtet wird. Hier gibt es schon einen Querverweis zur Frage 1.4., welche sich um andere Beziehungsformen als die Arzt-Patienten-Beziehung dreht. Professionalität wird unter anderem damit in Verbindung gebracht, keine privaten Beziehungen aufbauen zu wollen.

„Wichtig ist, dass es professionell bleibt. (...) Ich möchte auch nicht per Du mit den Patienten sein, ich möchte per Sie sein. Bei manchen Patienten, bei den meisten Patienten ist das sowieso selbstverständlich, aber es gibt natürlich immer Ausnahmen, ja.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 33-38)

„Also respektlos, das muss ja nicht, die Distanz, die vielleicht nicht schlecht ist, egal eine gewisse Distanz ist immer nicht schlecht, Respekt ist die nächste Stufe, aber wenn man dann gleich mit per Du angesprochen wird von wem, den ich noch gar nicht kenne, nur weil die Oma vielleicht die Patientin war (...)“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 58-61)

„Ich möchte nicht, dass die Patienten mit mir per Du sind, obwohl das vorkommt. Es sind mit mir Patienten per Du, ich weiß nicht warum und ich sag auch nicht Du zu ihnen, aber trotzdem sind die mit mir per Du, warum weiß ich nicht. Aber das möchte ich nicht und das, es ist schon, glaube ich besser, wenn man eine gewisse Distanz hat.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 87-90)

„Problematisch ist es aber bei Leuten, die sich aufregen und sich aufplustern mit Was soll das, was machst du, denen muss man gleich sagen, Erstens per Du sima mal schon gar nicht und damit nimmt man ihnen eh meist den Wind aus den Segeln. Aber ja, das ist auch eher selten. (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 47-50)

„Aber es ist halt so, dass man auch eine gewisse Distanz doch wahren sollte. (...) Wenn der Patient sehr fordernd ist, dann wird das Gespräch oft ein bisschen schwierig.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 29-30 & 42-43)

„dass sie nicht zu fordernd und zu aggressiv sind und ungeduldig. Das ist das was am meisten stört.“ (Interviewpartner H, 3.7.2019: Zeile 34-35)

„Also ich glaub, prinzipiell muss mal gegeben sein, dass man sehr freundlich miteinander umgeht, aber doch bestimmt. (...) Natürlich gibt's Patienten, die auch unsere Gutmütigkeit dann ausnützen, sich ewig hersetzen jedes Mal und tratschen. Da muss man dann schon freundlich, aber sehr bestimmt sagen, das geht leider nicht.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 65-69)

Ein weiterer Punkt, den alle neun Ärzte ansprechen und bestätigen, ist der Zeitfaktor. Das Gespräch soll schnell gehen, da die Zeit begrenzt ist und eine gewisse Anzahl an Patienten behandelt werden muss.

„Es muss schnell gehen (...) also das sag ich immer, die Kunst des Allgemeinmediziners ist es, die Patienten möglichst schnell, möglichst gut und möglichst schnell, möglichst zu ihrer Zufriedenheit zu behandeln.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 41-43)

„Zeitfaktor ist sehr wesentlich. Wenn natürlich das Wartezimmer bumvoll ist, dann tut man sich sehr schwer, hier jetzt ausschweifend und, und lange Gespräche zu führen, da muss man knapp sein. Und das ist dann die hohe Kunst, dass man da auch dem Patienten das Gefühl gibt, dass er ernst genommen wird, aber dass aufgrund der momentanen Situation ein längeres Gespräch nicht möglich ist.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 55-59)

„Dann gibt's natürlich auch welche, die sehr ausschweifend sind und die das Gespräch schon sehr in die Länge teilweise ziehen, da muss man dann ein bissl die Notbremse ziehen.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 17-18)

„Muss man Grenzen ziehen. Beim dritten Mal spätestens, weil die Krankenkassa zahlt nur einen bestimmten, also man muss ja nicht alles auf Geld sehen, aber es gehört auch dazu. Weil die anderen Patienten, die auch irgendwas wollen von mir und dementsprechend länger warten müssen, geht's halt nicht, wenn das so lange dauert.“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 86-89)

„Es darf natürlich nicht allzu lang dauern.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 74)

„Ja, bei Leuten, die man kennt und vor allem bei älteren Leuten kann es halt vorkommen, dass man viel Privates auch noch bespricht und dass die Gespräche sich dementsprechend in die Länge ziehen und da muss man halt dieses gewisse Gespür dafür entwickeln, wann muss ich einem Patienten zu verstehen geben, dass man weiterarbeiten muss, weil auch meine Zeit ist begrenzt. Ich muss eine gewisse Zahl an Patienten tagsüber schaffen und genau, so in etwa schaut das aus.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 25-30)

„Also, man muss natürlich schauen, man versucht immer sich alles anzuhören, aber natürlich haben wir nicht wie ein Psychiater 50 Minuten Zeit jedem zuzuhören, das geht nun mal nicht, das ist organisatorisch nicht möglich, da muss man dann irgendwann sanft die Kurve kratzen.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 49-52)

„Da muss es schon etwas schnell gehen, deswegen ist es so, dass wir mit der Tür ins Haus fallen (...) es muss schnell gehen und es muss auch sehr faktenreich sein.“ (Interviewpartner E, 12.6.2019: Zeile 22-23 & 50)

„Gleich zum Punkt, auch wegen der Zeit.“ (Interviewpartner H, 3.7.2019: Zeile 14-15)

Ebenfalls sehr herausstechend ist die Notwendigkeit der Verständlichkeit. Es ist ein Problem, wenn der Arzt die Patienten und die Patienten den Arzt nicht verstehen. Dies wird vor allem in Zusammenhang mit sprachlichen Barrieren erklärt, die immer häufiger auftreten. Ein Nicht-Verstehen hindert den Arzt an der Diagnosefindung und den Patienten daran, die Anweisungen richtig befolgen zu können.

„Natürlich auch Verstän- also, dass man sich versteht, dass der Patient oder die Patientin versteht was ich sage und dass ich versteh, was der Patient oder die Patientin sagt, das ist nicht mehr so selbstverständlich. (...) weil wenn ich nicht weiß, was die Patienten haben, dann kann ich ihnen nicht gscheit helfen. Oder wenn sie meinen Anweisungen nicht folgen können und ich nicht sicher bin, dass sie das machen oder dass sie das befolgen können, das ist schon ein wichtiger Punkt. Das muss sichergestellt sein.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 56-63)

„Wichtig ist natürlich, was auch immer mehr zum Problem wird, die Sprache, weil halt immer mehr, gerade bei mir in der Ordination, immer mehr Zuwanderer als Patienten sind, also ich hab sicher mittlerweile schon Zwei Drittel bis Drei Viertel Patienten mit einem Migrationshintergrund. Und die können dann dementsprechend schlecht oder gar nicht die deutsche Sprache. Das ist natürlich sehr kommunikationserschwerend. Das ist ein Problem, wo die Kommunikation auf sehr niederer Ebene passiert und, und, und natürlich eine Exploration und eine genaue Hinterfragung und Diagnostik auch schwierig ist.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 29-35)

„Die Sprache ist natürlich auch manchmal ein Problem. (...) Der fühlt sich nicht verstanden, weil ich nicht weiß, worum's geht, er kann die Anweisungen nicht befolgen, genau und das ist wirklich ein Problem und dann muss, ich versuche, die Leute zu erziehen, (...) dass sie dann mit jemandem kommen. Weil es ist dann allen geholfen. Es geht schneller, man ist deutlicher und ich weiß auch eher, worum's geht. Klappt aber ganz gut, also viele kommen schon mit Hilfe. (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 135 & 142-147)

„Aber Verständlichkeit ist sehr wichtig. (...) Gestern hab ich gesagt zur Daniela [Anm.: seine Frau] Heast, ich bin froh, wenn ich jeden Dritten versteh.“ (Interviewpartner H, 3.7.2019: Zeile 35-38)

„Ja, ein gewisses Vertrauensverhältnis sollt man sich aufbauen, inwieweit man das schnell schafft oder nicht schafft und in heutiger Zeit mit den Ausländern ist das sicher ein Problem von der sprachlichen Barriere und auch vom Kulturellen her.“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 39-41)

Ein Arzt bestätigt die Wichtigkeit der Verständlichkeit, indem er darauf verweist, dass in seinem Ärzte- und Ordinationsteam mehrere Sprachen gesprochen werden.

„Wir sprechen auch verschiedene Sprachen, ich spreche auch englisch und französisch, ja, das ist für mich absolut kein Problem und wir haben auch verschiedene anderweitige Sprachen.“ (Interviewpartner E, 12.6.2019: Zeile 54-55)

Aber auch das Verstehen im Sinne von „verständlich und klar zu erklären“, damit sich die Patienten nach dem Besuch auskennen, was und wie es gemeint ist, wird in zwei Interviews erwähnt.

„(...) verstehen sie mich, das ist auch eines der grundlegenden Dinge, dass sie das Gesagte auch einfach verstehen. Medizinisch und fachlich ja, um meine Kompetenz zu unterstreichen, ja, aber das Gespräch dann doch verständlich zu führen, dass es für die Patienten, dass, wenn sie mich dann verlassen, dass sie verstehen, um was es gegangen ist und was ich ihnen sagen wollte.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 36-40)

„Aber es ist immer ein Unterschied, sie hören zu und nicken, das heißt aber lang nicht, dass es angekommen ist, das hab ich gelernt. Deshalb lass ich's mir wie bei einem kleinen Kind wiederholen (...) in der Aufregung kommt oft nur die Hälfte an. Wir glauben aber, es kommt alles an, ist aber nicht so.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 127-131)

Wünschenswert auf Seiten der Ärzte wäre eine Kommunikation, in welcher die Patienten zum Punkt kommen und klar sagen, was ihnen fehlt.

„Also für mich wär wichtig, dass mir die Patienten sagen, was sie haben und dass ich dann die Initiative ergreifen kann, wegen der Behandlung und so weiter.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 30-31)

„Wenn mir der konkret sagt, er braucht das und er hat Schwierigkeiten und ja, dann ist das auch wieder angenehmer, als wenn man da um den heißen Brei herum spricht. (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 51-53)

„Ja, also das Wichtigste ist einmal, wie es den Patienten geht, das ist einmal gleich die erste Frage (...) Dann müssen sie mir selber erzählen, was sie haben.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 18-19)

„Ja und dann frag ich was los ist oder was' gibt, meistens ist es ja eigentlich ein Wollen des Patienten, ich sag ja nicht sie müssen kommen ned?!“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 17-19)

„Dann erzählt er mal so eine Minute lang was ihn halt zwickt oder was ihn halt drückt und dann fragt man nach, was man wissen möchte.“ (Interviewpartner H, 3.7.2019: Zeile 15-16)

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient

Beziehungen hängen mit Kommunikation eng zusammen und bedingen sich in vielen Punkten, da man immer kommuniziert. Die Beziehung soll alle Bereiche abdecken, die nicht speziell die Verständigung betreffen. Die am meisten genannten Faktoren hierbei sind Vertrauen, Respekt und Interesse am Patienten.

„Vertrauen ist wichtig, ja.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 74)

„Vertrauen in den Arzt, in mich, ist natürlich wichtig. Freundlichkeit, gegenseitig freundlich zu sein.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 55-56)

„Ja, ein gewisses Vertrauensverhältnis sollt man sich aufbauen“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 39)

„Ja also das Vertrauen muss gegeben sein, da denke ich schon, dass das die Patienten in mich haben. Das merkt man immer wieder, wenn sie halt irgendwelche fachärztlichen Befunde oder Meinungen sich von mir bestätigen lassen oder hinterfragen.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 52-54)

„Ansonsten ja, dass die Vertrauensbasis natürlich gegeben ist. Wenn das Patienten sind, die immer wieder kommen, dann kennen sie mich eh über Jahre hinweg und bei neuen Patienten, ja einfach, ich würde sagen, so kompetent und fachlich bewandert, so gut wie möglich einfach sich zu präsentieren, damit sie sich gut aufgehoben fühlen und auch ein weiteres Mal kommen wollen.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 57-61)

„Wenn Patienten zu mir kommen, bin ich stets freundlich und bemüht, auch wenn ich stressige Tage hinter mir habe, mir ist es dennoch sehr wichtig, meinen Patienten mit einem Respekt zu begegnen, weil sie sich auch teilweise für mich entschieden haben. Deswegen ist mir das sehr wichtig, dass sie dann auch das Gefühl haben, dass sie bei mir gut aufgehoben sind.“ (Interviewpartner E, 12.6.2019: Zeile 16-19)

„Mir ist wichtig, freundlich zu bleiben und dass es echt wirkt und auch authentisch. Das ist glaub ich das Wichtigste, weil man auch sonst unglaublich überkommt.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 69-71)

„Die Grundvoraussetzung ist, dass man sich mit dem Patienten beschäftigen will. (...) Respekt, Höflichkeit, alle normalen Umgangsformen und eben das Interesse an seinen Problemen und diese lösen zu wollen, ist glaube ich das Wichtigste.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 66-67 & 72-74)

Die Wichtigkeit von Empathie wird nicht angezweifelt, jedoch gibt es unterschiedliche Zugänge und Verständnisse. Manche sehen sie als jobbestimmend, notwendig und/oder anstrengend. Ein Arzt meint in aller Deutlichkeit, dass die Gleichbehandlung oberste Priorität hätte. Weiters gibt es Ärzte, die Empathie zwar als wichtig erachten, jedoch könne man diese nicht jedem entgegenbringen, da es Menschen gibt, für die man keine Sympathie empfindet. Trotzdem sollte man versuchen, professionell zu bleiben und auch diese Patienten wie alle anderen zu behandeln.

Eine Ärztin äußert sich auch zu der Empathie, die vom Patienten ausgeht.

„Das denk ich, das ist sehr wichtig als Allgemeinmediziner. Das wird auch von den Patienten sehr geschätzt. Das ist eigentlich das, was einen Allgemeinmediziner ausmacht. Fachärzte, Spitalsambulanzen sind halt Gesundheitseinrichtungen, die Patienten als Patienten behandeln und wir, denke ich, sollten sie schon als Menschen auch behandeln, nicht?! Das ist natürlich in gewisser Weise auch anstrengend, aber andererseits kriegt man natürlich auch viel zurück an Vertrauen.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 56-61)

„Was von meiner Seite her besonders wichtig ist, dass ich mich auf jeden Patienten neu einstell, was natürlich im täglichen Ablauf sehr belastend ist. Wir haben oft im Gespräch 60 bis 80 Patienten, wo man sich immer auf den Patienten neu einstellt. Was am leichtesten dahingehend funktioniert, wenn man dann auch eine entsprechende Empathie [hat], wenn ich jetzt von Haus aus sag, mich interessiert das nicht besonders, was der, ich bin froh, wenn der wieder draußen ist, dann wird es nicht gut funktionieren.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 43-48)

„Für mich gibt es da nicht irgendwelche Anti-Sympathien. Es kommt durchaus vor, dass manche Menschen meinen, ein bisschen übergriffig zu werden, aus verschiedensten Belangen, aber da gilt es immer sehr seriös zu bleiben, ja und alle gleich zu behandeln. Das ist für mich oberstes Prinzip.“ (Interviewpartner E, 12.6.2019: Zeile 60-63)

„Und, ich glaub, die Empathie ist sehr wichtig, aber es gibt nunmal Patienten, da merkt man, da steht man halt an (...) Es gibt aber natürlich, wie in jedem anderen Beruf auch, Menschen, wo man einfach merkt, das wird hier nichts mit uns, wir kommen nicht auf einen emphatischen grünen Zweig, da muss man halt einfach auch korrekt bleiben, da muss man korrekt bleiben, das alles in Ruhe anhören, aber wenn's nicht geht, geht's nicht.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 74-80)

„Empathie wäre wichtig, ist auch wichtig, aber das kannst du nicht jedem entgegenbringen, das geht einfach nicht, ja?! Und du solltest dann halt versuchen, dass du den so gut wie möglich behandelst, so wie alle anderen auch.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 59-61)

„Manche mag man und manche kann man nicht riechen, das ist so, das ist, glaube ich, überall so. Wenn manche kommen, dann bin ich schon grantig, weil ich mag sie nicht. Aber da musst du halt dann, OK, du musst halt trotzdem deinen Job machen, den akzeptieren wie er ist, aber du wirst dann halt mit dem nicht reden, keinen Smalltalk führen, sondern ich bin froh, wenn er draußen ist. Das wird halt dann rein aufs Medizinische dann reduziert. (Interviewpartner H, 3.7.2019: Zeile 41-45)

„Aber es gibt auch Tage, da kann man halt die eigene Stimmung schlechter verbergen und witzigerweise ist es auch so, dass die Patienten auch mir gegenüber sehr empathisch sind. Dass sie also auch nachfragen, wie es einem geht, weil sie nicht wissen, wie es einem geht, genau.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 54-57)

Ein Phänomen, das noch Erwähnung verdient, da es möglicherweise die Einstellung zu Patienten beeinflussen könnte, ist der „sinnlose Arztbesuch“. Von neun interviewten Medizinern meinen vier, dass es Menschen gibt, die unnötigerweise zum Arzt gehen. Manche sind überzeugt, dass dies in den letzten Jahren/Jahrzehnten zugenommen hat, andere versichern, dass es diese Besucher immer schon gab.

„Weil das ist in den letzten Jahren viel, viel ärger geworden, es ist der gesunde Hausverstand verloren gegangen, ja?! Also Leute kommen heute zu einem Arzt, da wäre früher, das wär früher nicht einmal denkbar gewesen, weil manche Dinge kann man sich zu Hause auch selber machen oder selber behandeln, zum Beispiel Insektenstiche oder Zeckenstiche oder ein kleinerer Ausschlag. Man muss ja nicht wegen jeder Kleinigkeit sofort zum Arzt rennen.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 33-37)

„Ich versteh eigentlich nicht, warum man sich das antut, sich in eine volle Ordination mit Kranken zu setzen und zu warten. Die einfache Grippe zum Beispiel, da ist man angeschlagen, ich kann da nicht mal gescheit aufstehen, geschweige denn mich zum Arzt schleppen. Das kann man halt nur aussitzen.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 105-108)

„Ich mein, man wundert sich manchmal, warum Patienten kommen, also, man wundert sich wirklich, weil ja, mit ein bisschen Hausverstand (...) würde es mir nie einfallen, mit solchen Sachen zum Arzt zu gehen.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 95-97)

„Es gibt auch Leute, die kommen zu mir, weil es schön warm ist, wenn's draußen kalt ist und wir haben seit kürzerer Zeit auch Klimaanlage im Sommer, also auch umgekehrt, die kommen, weil's kühler ist, so kommt es mir teilweise vor.“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 89-91)

Private Interaktionsformen

Diese Frage teilt sich in zwei Gebiete, nämlich zum einen, ob und welche anderen Themen es in einem Arzt-Patienten-Gespräch gibt. Zum anderen soll damit auch die Beziehungs- und Verhältnisebene mit eingeschlossen sein, damit ist gemeint, ob es etwa private Treffen gibt bzw. richtige Freundschaften entstehen.

Es gibt Patienten, die von sich selbst Persönliches preisgeben oder auch Interesse am Privatleben des Arztes zeigen. Oberflächliche Fragen dazu oder Empfehlungsanfragen kommen bei den meisten Interviewpartner vor und können das Wohlbefinden der Patienten und auch der Ärzte steigern, da nicht nur „geschäftliche“ Kommunikation stattfindet.

„Das ist sehr unterschiedlich. Es gibt Patienten, die gleich nach dem, der Begrüßung und so weiter, natürlich einmal persönliche Dinge einfließen lassen.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 23-24)

„Genau, wie eben nach meinem Wohlbefinden, nach meinem Tag et cetera. Was auch oft vorkommt ist, dass die Leute meine persönliche Meinung hören wollen zu medizinischen Dingen, zu Therapien, zu anderen Einrichtungen, zu anderen Ärzten. Da kommt dann schonmal die Frage, was sagen Sie zu diesem Medikament, würden Sie das selber auch nehmen, oder haben Sie einen Arzt, einen Facharzt, an den Sie mich weiterempfehlen würden oder haben Sie von dem und dem gehört also ja, auch persönliche Fragen (...)" (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 64-69)

„Wenn man, wenn sie Sorgen haben, merkt man das an der Psyche. Natürlich auch, wenn man auf Urlaub fährt, fragen sie halt, Wo waren Sie, Herr Doktor, ja also das Allgemeine, Smalltalk kommt halt schon doch oft vor. Vor allem bei den Patienten, die man länger oder genauer kennt, mit denen man schon eine gewisse intensive Beziehung hat, weil sie erstens mehr krank sind oder weil sie älter sind und man sich schon länger kennt. (Interviewpartner H, 3.7.2019: Zeile 21-25)

„Also bei Patienten, die ich schon länger kenn, da kommt immer wieder mal eine persönliche Frage über meinen Wohnort oder wo ich auf Urlaub war oder auf Urlaub sein werde. Und das find ich nicht so schlimm ja, das beantworte ich auch, aber ich werde jetzt keine Fragen zu meinem Privatleben beantworten, wie mein Zuhause aussieht oder mit wem ich einen Umgang hab oder so, wo ich jetzt nach der Arbeit hingeh, wo ich einkaufen geh, das kann schon vorkommen ja, nicht oft aber solche Fragen, da sag ich dann einfach, na da möchte ich nicht antworten. Ich will da schon eine Grenze haben. Aber bei Sachen wie, na wo fliegen's hin, wie war der Sommer, das ist ok, das gehört dazu. Da fühlen sich die Patienten auch wohler.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 81-88)

„Das höchste an privaten Themen ist, wohin ich auf Urlaub fahre und wie es den Kindern geht, aber das ist, das kommt selten vor.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 26-27)

„Und natürlich gibt's dann auch die, wo man ein bisschen einen persönlicheren Kontakt zu denen hat, jetzt nicht, dass man mit denen fortgeht oder so, aber die findet man einfach sympathisch“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 18-20)

„Das freundschaftliche Verhältnis ist zu den Patienten eher so, dass du ein gutes Gespräch führst, auch über Privatsachen sprichst.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 95-97)

„Wir erledigen hier unsere Arbeit sehr, in einem sehr seriösen Umgang und es ist ein seriöses Umfeld und wir sind natürlich interessiert, aber meistens, aber mehr als ‚Kommt das auch in ihrer Familie vor‘, also die Krankengeschichte, ist da eigentlich nicht an familiären Kontakt.“ (Interviewpartner E, 12.6.2019: Zeile 33-36)

Bei zwei Befragungen sticht hervor, dass es mitunter viel tiefer gehen kann, wenn Patienten psychisch belastet sind.

„Es gibt sehr viel familiäre Themen, also vor allem in diesen psychischen, wenn's so rein in den psychischen Bereich geht, wundert man sich schon manchmal, was alles erzählt wird. Es gibt hier die Anonymität, wir dürfen nichts weitererzählen und das ist schon, wir sind ein bisschen Psychologe-Ersatz. Also es wird dann alles Mögliche erzählt, von wer wem untreu ist, wer wen verlassen will, unglücklich ist, bis hin zu ganz anderen familiären Problemen auch oder vielleicht auch Problemen mit Kindern, die grad pubertieren (...). (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 32-37)

„Ja, also wie Pfarrer fast, teilweise, teilweise beichten, aber keine Absolutions- das fordern sie nicht von mir aber ja. (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 68-69)

Private Beziehungen gibt es nicht oder nur ganz selten, das bestätigt die Mehrheit der Interviewpartner. Diese entwickeln sich aus beidseitigem Interesse heraus bzw. wenn man noch andere Anknüpfungspunkte hat. Sie werden als schön, aber als unübliche Ausnahmen empfunden.

„Es kommt zu 90% nicht vor.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 41)

„Das war bei mir noch nie der Fall.“ (Interviewpartner E, 12.6.2019: Zeile 46)

„Na, wenn man sich lang kennt, ergibt sich das dann wenn man sich gut versteht, also vize versa, dann bleibt man wirklich mal beim Du hängen und trifft sich vielleicht mal beim Heurigen oder im Gasthaus (...) dann plaudert man und sagt, Na jetzt kennen wir uns schon so lang, bleiben wir wirklich beim echten Du, das gibt's auch, das ist eh ganz nett, aber selten.“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 96-100)

„Privaten Umgang gibt es ganz, ganz selten. Also es, es haben sich schon Freundschaften entwickelt, aber jetzt nicht nur, weil die medizinisch von mir betreut wurden, sondern dass wir vielleicht auch irgendwie ja, handwerkliche Fertigkeiten entdeckt haben.“ [Anm.: die man dann in Anspruch genommen hat und dadurch auch Kontakt hatte] (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 82-85)

„Das gibt es schon, weil es manchmal natürlich sehr, von den Patienten immer wieder durch irgendwelche Gespräche oder Einladungen in den Garten oder wo auch immer und wo man dann ehrlich sagen muss, man hat dann auch das Problem, sich da ohne unhöflich zu sein, aus der Affäre zu ziehen. Denn diese Dinge sind eigentlich für den normalen Ablauf nicht förderlich.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 32-35)

Anders ist es bei schon bestehenden privaten Kontakten. Dass Familienmitglieder, Bekannte oder Freunde irgendwann zu Patienten werden, kommt durchaus häufig vor.

„Teilweise, weil man hat dann doch einige Kusinen, die dann gerne hierher kommen zur Behandlung.“ (Interviewpartner E, 12.6.2019: Zeile 41-42)

„Es gibt natürlich viele Freunde, die als Patienten zu mir kommen, aber die waren schon vorher Freunde und dann Patient.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 65-66)

„Na eigentlich nicht. Patienten hat man halt, die man als Freunde dann als Patient übernimmt, aber dass ich Patienten als Freunde, nein.“ (Interviewpartner H, 3.7.2019: Zeile 28-29)

„Nein, ich hab Freunde, die als Patienten zu mir kommen, aber umgekehrt nein, nein.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 55)

Der Wunsch oder das Streben nach solchen engeren Verhältnissen ist wenig bis gar nicht vorhanden. Die Trennung von Beruf- und Privatleben empfinden Ärzte als angemessen oder sogar notwendig.

„Ich möchte jetzt nicht eine private Beziehung zum Patienten aufbauen, da hab ich auch keinen Wunsch dazu. Bei manchen Patienten merkt man schon, dass es in diese Richtung gehen könnte, vor allem wenn man sie länger kennt, aber ich versuch, das zu vermeiden.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 33-36)

„Ich persönlich versuche das zu vermeiden, so gut wie's geht, weil ich finde, dass man eben Berufliches und Privates trennen sollte. Weil der Beruf, den ich ausübe, ist schon anstrengend, sehr anstrengend und dass man eh schon sehr viel Persönliches in der Ordination mitbekommt und einiges doch auch nach Hause trägt, deswegen sollte man versuchen, die Beziehung zwischen Arzt und Patient eher beruflicher Natur zu halten.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 73-77)

„Es kommt selten vor, es wird von manchen Patienten durchaus gewünscht und die, immer wieder Einladungen aussprechen, aber ich bin da sehr zurückhaltend und versuch, das gering zu halten.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 38-40)

„Nein, nein, das ist nicht so, ein gewisser Abstand ist wichtig.“ (Interviewpartner H, 3.7.2019: Zeile 31)

„(...) Da haben sich wenige Freundschaften schon entwickelt, aber das ist nicht, das ist die Ausnahme und das will ich auch gar nicht.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 93-94)

„Man hat natürlich Patienten, die einem sympathisch sind, mit denen man eine gewisse Wellenlänge sich teilt und wo man merkt, es ist ein Verständnis da, aber ich halte mich da sehr bedeckt, von meiner Seite ist noch nie irgendwas passiert, dass da halt Freundschaften entstehen und von den Patienten eigentlich auch nicht.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 67-71)

Beobachtete Veränderungen im Berufsbild

Ein paar Doktoren machen einen Unterschied zwischen „den Älteren“ und „den Jüngeren“ bzw. zwischen den Generationen klar. Das Umfeld, die Gesellschaft und die Erziehung haben sich über die Jahre gewandelt, das spiegelt sich im Denken, im Verhalten und in den Erwartungen wider.

„Und ich glaube auch, dass das viel mit Erziehungssach- dass das auch eine Erziehungssache ist, dass wir auch einfach eine Konsumgesellschaft sind, auch eben was soziale Leistungen angeht. Also wenn man sich die älteren Patienten ansieht, die versuchen Hausärzte, Fachärzte, Spitäler wirklich zu meiden, auch Medikationen et cetera, weil sie halt einfach sagen, Jo früher wors so, sitz mas aus, genau. Während die, wie gesagt es gibt auch Ausnahmen, während die jüngere Generation dazu neigt, sofort und gleich eben sich durchs Googlen und durch diese Konsumgesellschaft eben sich sofort unter Anführungszeichen Hilfe holen zu wollen, ja gewisse Dinge nicht aussitzen zu wollen oder abwarten wollen.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 98-105)

„Die Älteren sind wirklich noch nach dem alten Schlag, sehr höflich und, und die nehmen deine Ratschläge an, ohne Wenn und Aber und hinterfragen nicht so viel wie die Jungen.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 110-112)

„Ja, es wird anders, es wird total anders, das Freundschaftliche, das vielleicht eh nicht so notwendig ist, das gibt's jetzt einfach mit den neuen Kunden sozusagen nicht mehr.“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 53-54)

Der Alltag ist kurzlebiger und jeder will alles möglichst schnell haben. Die Zeit ist anders als noch vor einigen Jahrzehnten. Menschen sind ungeduldiger, teilweise unsicherer, aber auch aufgeklärter. Das bringt sowohl positive als auch negative Folgen mit sich.

„Ja, es ist so, dass die Leute natürlich- dass der ganze Alltag und unser ganzes Leben sehr viel hektischer geworden ist, das zeigt sich auch im Verhalten der Patienten wieder. Ich kann das natürlich nachvollziehen, Patienten wollen alles, am besten immer sofort und gleich und in diesem Moment und leider empfinden sie auch, dass sie immer an erster Stelle stehen im Gegensatz zu anderen Patienten und ihre Probleme einfach am Wichtigsten sind.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 81-85)

„Es ist ein offenerer Umgang, es herrscht jetzt nicht mehr so viel Scheu vor gewissen Themen, zum Beispiel, was Sexualitätsthemen betrifft oder Haut- und Geschlechtskrankheiten (...) es herrscht ein offenerer Umgang, ein vertrauter Umgang auch, obwohl man sich nicht so kennt, aber man ist letztlich Mensch und die ganzen Bewegungen, die wir in dieser Zeit beobachten können, sind in einer positiven Richtung.“ (Interviewpartner E, 12.6.2019: Zeile 72-77)

„Ich habe jetzt von der Patientenanzahl annähernd seit Jahren ungefähr die gleiche, aber die Patientenfrequenz am Tag ist sehr gestiegen, ja. Das heißt, die kommen viel öfter als früher.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 59-61)

Wie auch schon in der Literatur vielfach belegt, sind die neuen Möglichkeiten über Handy und Internet mehrmals Thema.

„Ansonsten natürlich, was ein Thema ist, ist die Kommunikation außerhalb der Ordination, sprich also, ich hab eine, meiner Meinung nach, sehr gute Homepage und, und, und die auch ganz gut angenommen wird bei den Patienten. Ich merk das, ich seh das an den Klicks, die man nachverfolgen kann. Ich hab einen E-Newsletter, den ich in unregelmäßigen Abständen aussende an Patienten, die interessiert sind.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 76-80)

„Was sich sonst geändert hat, die, natürlich die Möglichkeiten über Internet und SMS und sonstiges (...) dass man eben auch Mails schreiben kann und so weiter. Das hab ich eigentlich nicht in meiner Ordination wollen, weil das noch zusätzlich Arbeit bedeutet.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 82-86)

Das Internet wird vermehrt als Grund für eine Veränderung im Patientenverhalten genannt. Dieser Entwicklung wird kritisch gegenübergestellt. Das ständige Nachrecherchieren führt zu mehr Unsicherheit bis hin zu Angst und zu sehr vielen Fragen.

„Ja, natürlich, ich bin jetzt schon sehr lange in dem Geschäft und es ist schon in den letzten Jahren durch das Internet so geworden, dass sich die Leute im Internet anschauen, was sie haben könnten, kriegen dann natürlich einen Schreck, was da alles steht, vermuten das Schlimmste, glauben sie haben was Furchtbares, weil sie alles nachgelesen haben, kommen dann mit einem Riesen-Fragezettel. Und vor allem, früher wars halt wirklich so, da bist du als behandelnder Arzt oder behandelnde Ärztin die sind zu dir gekommen und haben das hingegenommen, was du ihnen aufgeschrieben oder verordnet hast und sind wieder gegangen, ja?! Das ist heute nicht mehr so, sie hinterfragen alles und vor allem fragen sie immer, warum hab ich das? Es gibt manchmal keine Antwort auf diese Frage.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 43-51)

„Die mit dem aufwachsen. Die sind halt dann schon öfters nervöser, als es sein könnte oder müsste, weil sie so viel lesen. Man hat auch immer, oder man kennt es auch aus dem Fernsehen, man hat immer die Dinge, die halt als erster stehen, die Katastrophe. Nicht das Untere, wo so steht, es zwickt uns eh alle irgendwo, irgendwann einmal. Dann nimmt man das Schlimmste an.“ (Interviewpartner H, 3.7.2019: Zeile 51-55)

„Jetzt mit dem Internet leider auch, aber es ist halt so, da kommen mehr Fragen als eigentlich notwendig, krankheitsspezifische, in der Art, weil ich halt schon da bin und so, gibt's dann Klopapierrollen, die aufgerollt werden und dann steht dort Frage 1-750.“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 80-83)

„(...) natürlich schauen sie alle nach und können oft quasi die guten von den nicht guten Seiten logischerweise nicht unterscheiden. Das ist natürlich auch ein Problem für uns in der Kommunikation, den Patienten zu vermitteln, das ist falsch und wir schauen, dass wir auf einen grünen Zweig kommen.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 86-89)

„Die Leute werden mobiler und haben Zugriff zu jeder Tages- und Nachtzeit auf diverse Internetseiten, die dann natürlich eine gewisse Angstmache verursachen. Also googlen ist eines der Stichwörter, weiß ich nicht, eine junge Dame hat Kopfschmerzen seit drei Tagen, sie googlt, ja und glaubt gleich, dass sie einen Hirntumor hat. Ja und das sind dann halt die Dinge, wo man dann- zu meiner

ursprünglichen und normalen Tätigkeit muss ich da dann auch noch Aufklärungsarbeit leisten. (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 88-93)

„Die Patienten kommen schon mit einer ganz bestimmten Vorstellung einerseits, das heißt sie fordern gewisse Untersuchungen ein, weil sie sagen, sie haben gelesen, sie haben gehört. (...) Erklärungsbedarf wird mehr. Dass der Patient, ich würde nicht sagen mündiger geworden ist, sondern medizinisch halb-gebildet wurde. Das ist eine Halb-Bildung, die sehr gefährlich ist, weil der Patient ja auch durch den Internet-Doktor sehr verunsichert oft zu uns kommt. Weil da kommt man natürlich vom Hundertsten ins Tausendste, jedes Wimmerl ist dann gleich ein schwerer Hautkrebs.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 92-104)

Unerfahrene Ärzte, die noch nicht so lange im Berufsfeld arbeiten, können noch nicht viele Änderungen feststellen. Sie wissen jedoch von länger dienenden Kollegen, dass sich einige Dinge gewandelt haben.

„Na, schauen Sie, ich bin jetzt zwei Jahre im Dienst hier und ich habe durchaus viel von älteren Kollegen erfahren, dass sich da schon einiges getan hat, Stichwort Kommunikation jetzt auch über Internet, Social Media“ (Interviewpartner E, 12.6.2019: Zeile 66-68)

„Natürlich vertraut man den Ärzten heute auch, aber dadurch, dass man alles im Internet nachschauen kann und weiß nicht was, vernetzt ist und blablabla, denke ich schon, dass sich das ein bisschen geändert hat über die Jahre. Ich hab, ich hab diese Veränderung nicht persönlich erfahren, sondern ich weiß es nur von Kollegen.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 55-56)

Auch persönliche Veränderungen gehen mit der Erfahrung einher.

„Naja, es hat sich erstens einmal durch den langjährigen Umgang mit Patienten und hunderten Patientengesprächen natürlich schon eine Routine [entwickelt], die aber eher ins Positive, nicht dass man sagt, OK, ich spul das runter, sondern ich weiß dann schon auch, in welche Richtung geht ein Gespräch, wie kann ich ein Gespräch auch lenken.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 77-80)

„Ich bin glaub ich nicht mehr ganz so geduldig, aber nicht im negativen Sinn, sondern ich lass mich nicht mehr stundenlang in Anspruch nehmen, weil ich weiß, es geht einfach nicht. Also ich tu mir leichter, Grenzen zu setzen.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 96-98)

Wunsch und aktive Frage nach Patientenfeedback

Bei der Frage zu dem Wunsch nach Rückmeldungen von Patienten gibt es relativ geteilte Meinungen. Zwei Ärzte haben keinen Wunsch nach persönlichem Feedback, die meisten aber möchten dieses definitiv bekommen. Einige versichern, es sei selbstverständlich, etwas zurückbekommen zu wollen.

„Also ganz ehrlich, den Wunsch hab ich nicht.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 104)

„Hm, ich mein den Wunsch hab ich auf gar keinen Fall. Ich bin durchaus, nicht dankbar aber (...) bin schon froh, wenn mir irgendetwas gesagt wird, wenn irgendetwas im Ordinationsablauf zum Beispiel nicht funktioniert. Aber so persönlich Feedback, nein, bin ich eigentlich nicht interessiert.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 109-112)

„Natürlich und bekommt man auch ungefragt, diese Patientenbeziehung ist eine, die ja keine Einbahn ist.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 109-110)

„Na klar, jeder, wurscht wer das jetzt ist, Arzt oder Geschäftsmann, oder wurscht, wenn man zwischenmenschlich kommuniziert, dann will man irgendetwas zurückbekommen, ob das gepasst hat, ob das nicht so gut war, ob man das mal ändern soll/kann/will. Da muss man mal wissen, wie es angekommen ist. Darum braucht man Feedback.“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 106-109)

„Natürlich, auf jeden Fall, ich freue mich wirklich, wie gesagt, über jede Anregung, Kritik und ich bin dann auch sehr offen, das weiter zu besprechen und ja.“ (Interviewpartner E, 12.6.2019: Zeile 81-82)

„Ja. Ich find das wichtig, auch um sich selbst zu reflektieren und zu sehen was mach ich gut, was mach ich nicht gut.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 104-105)

„Ja ja, definitiv. Weil nur durch Feedback und durch eine gute Fehlerkultur, die angesprochen wird, kann ich mich selber weiterentwickeln und verbessern und meinen Standard, den ich hab, einfach versuchen, hochzuhalten weiterhin.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 119-121)

„Ich würde den Wunsch nach Feedback schon haben, aber nicht in der Form wie sie in der heutigen Zeit passiert, nämlich übers Internet, über irgendwelche Foren. (...) Ich will ein Feedback haben insofern, von mir aus kann mir jemand persönlich sagen, mir ist schon klar, dass das jetzt nicht so leicht ist, zu dem Arzt zu sagen, das und das hat mir nicht getaugt oder so, aber das wär mir trotzdem lieber als diese anonymen Beurteilungen im Internet, die überhaupt nicht seriös sind, find ich, ja.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 119-120 & 131-134)

Aktiv nachgefragt wird jedoch von keinem einzigen Arzt. Das sei nicht notwendig, denn man bekomme Rückmeldungen entweder ungefragt oder durch sonstige Signale mitgeteilt. Wenn etwas erfragt wird, dann im medizinischen Sinn, zum Beispiel ob die verschriebene Therapie hilft/geholfen hat, jedoch nicht nach persönlichen Meinungen.

„Nein, ich frag überhaupt nicht und wenn sie mir was sagen wollen, können sie es mir sagen.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 149)

„Nein, nein. Also ich frag natürlich ‚Hat Ihnen das geholfen‘, aber nicht was jetzt meine Person betrifft.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 114-115)

„Man kriegt im Reden, wenn man den Patient lange kennt und vor allem wenn sie dann was haben, (...) da merkt man schon, dass sie dich dann schätzen. Wenn du dann da bist, das merkt man dann schon, das kriegt man dann mit, sind die Patienten schon dankbar.“ (Interviewpartner H, 3.7.2019: Zeile 58-62)

„Naja, aktiv, ich mein, eigentlich denke ich, dass die Direktheit der Patienten so groß ist, dass ich da gar nicht besonders nachfrage.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 127-128)

„Ja, sicher ist es dann so, dass sie sich das beim Doktor oft nicht trauen, aber nicht alle, manche sagen das frei heraus auch. Ich mein, das ist für mich Feedback genug, ich mach das nicht so, dass ich jetzt eine Beschwerdebox aufstelle und jeder kann da hineinwerfen, weil dann hab ich erstens wieder mehr Arbeit und ich evozier das vielleicht sogar.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 119-123)

„Weniger muss ich sagen, aber man bekommt es so und so.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 133)

„Aktiv nicht, ich hab schon häufig Feedback bekommen, sonst, dass ich direkt danach frage, eigentlich nicht, nein. Da gibt es Zeit für wichtigere Dinge.“ (Interviewpartner E, 12.6.2019: Zeile 87-88)

„Das ergibt sich meistens im Laufe der, der Gespräche bzw. der Behandlungen. Die Leute halten eher weniger mit ihrer Meinung hinterm Berg, also die Leute geben heutzutage eher kund, was sie gut finden, aber auch was sie schlecht finden.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 123-125)

„Direkt ist es eh automatisch, auch ohne Fragen, wenn er wiederkommt, ist er zufrieden oder er sagt, Hören's das hat mir nicht geholfen Herr Doktor.“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 133-135)

„Nein, ich frage nicht aktiv danach und persönlich sagt mir das fast niemand irgendein Feedback oder dass ich jetzt super nett oder unfreundlich war, das kommt eigentlich nicht so oft vor.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 106-107)

Arten und Häufigkeit von Feedback

Von vielen Gesprächspartnern wird bestätigt, dass positives Feedback häufiger vorkommt als negatives. Aber natürlich passieren auch Fehler, das ist menschlich, obwohl sich Ärzte einer tragenden Verantwortung bewusst sind.

„Ich hatte das Glück, dass immer positives Feedback kam, also meistens (...).“ (Interviewpartner E, 12.6.2019: Zeile 82-83)

„Positive Feedbacks kriegt man fast ständig.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 167)

„Ja, in erster Linie auch positiv, ja. Das schon und die Leute sagen, das war super, bedanken sich natürlich schon immer wieder die Patienten und indirekt, wenn sie wiederkommen ist das auch gut. Und auch im Internet krieg ich hin und wieder fünf Sterne.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 119-121)

„Na, also das liegt nur im Promillen-Bereich, wie gesagt, dann kann ich nicht so falsch liegen, wenn die anderen 100 oder 99 Prozent eh funktionieren. Aber ja Fehlerquoten sind da wo man arbeitet, machen Fehler, auch kleine, hoffentlich nur, weil als Arzt muss man schon bisschen aufpassen.“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 139-141)

„In den dreißig Jahren, die ich da bin, haben mir vielleicht zwei, drei einen bösen Brief geschrieben. Wobei sich das immer auf das reduziert, sie haben halt nicht das gekriegt, was sie wollten.“ (Interviewpartner H, 3.7.2019: Zeile 70-72)

„Es ist natürlich klar, dass man nicht perfekt sein kann, natürlich ist mal ein Patient nicht zufrieden, das ist einfach so. Das kann ich auch nicht ändern. Ich versuch mein bestes, aber manchmal geht das halt einfach nicht, bei manchen Leuten geht das auch nicht.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 117-119)

„(...) das kann immer wieder vorkommen, man ist ein Mensch (...). (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 110-111)

Eine Ärztin sagt im Gespräch, Rückmeldungen über Behandlungserfolge erfolgen selten, weil Patienten, die durch die Therapie wieder genesen, nicht wiederkommen, da sie keine medizinische Hilfe mehr benötigen. Hier gibt es jedoch manchmal über Angehörige eine Resonanz.

„Das kommt aber eher selten vor, weil wenn jetzt jemand gut behandelt wird, dann kommt er nicht mehr, ja. Der kommt dann einfach nicht mehr, der braucht nicht mehr, warum soll er auch kommen? Das ist eher sehr selten. Das ist dann eher über einen Angehörigen, der kommt und dann frag ich, Na wie geht's der Mutter, die war ja vorige Woche da, da sagen sie dann, ah der geht's super, die ist so froh, es geht ihr viel besser und so. So ein Feedback gibt's dann schon, ja. Aber eher selten, dass Leute wirklich kommen und sagen, Frau Doktor, Sie haben mich vor zwei Wochen toll behandelt.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 155-161)

Außerdem sprechen einige Ärzte indirekte Feedbacks an, zum Beispiel wenn Patienten wiederkommen, weil sie zufrieden sind oder eben den Arzt aufgrund Unzufriedenheit wechseln.

„(...) und indirekt, wenn sie wiederkommen, ist das auch gut.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 120-121)

„Wenn sie wiederkommen ist das eigentlich eh logisch [gemeint: indirektes positives Feedback]. Wenn sie natürlich 17 Mal kommen wegen demselben Problem, dann muss ich irgendwas falsch gemacht haben oder das Problem ist ein anderes.“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 115-117)

„Oder sie kommen nimmermehr. Gibt's leider auch immer wieder, weiß nicht warum, das ist eigentlich auch komisch, weil wenn man sich schon länger, also bei längeren Bekannten, oder Patienten, die ich länger schon medizinisch betreut habe und dann sind sie plötzlich weg, dann sind sie entweder verstorben oder verzogen oder irgendwie komm ich drauf, dass sie doch nicht zufrieden vielleicht waren, weil sie zu einem anderen gegangen sind, das ist auch selten, aber das tut irgendwie schon weh.“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 120-125)

„Wenn du zwei, drei Mal nicht das machst, was sie wollen, weil du sagst, brauchen wir nicht, nutzt nichts oder sonst irgendeinen Grund oder die Kassa zahlt's nicht, die verliert man eh. Das ist ein negatives Feedback, die sind dann irgendwann mal weg.“ (Interviewpartner H, 3.7.2019: Zeile 66-69)

Drei Ärzte erzählen, dass Kritik vermehrt bei den Assistenten bzw. Mitarbeitern deponiert wird.

„Eher bei den Anmeldedamen, also nicht bei mir persönlich in der Ordination, sondern bei ihnen. (...) Also, weil sie wissen ich hab keine Zeit, ist dann eher dort die Anlaufstelle.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 109-112)

„(...) vor allem bei den Assistenten draußen oder Assistentinnen, ihren Unmut oder ihre, ihre Vorstellungen oder Wünsche sehr genau formulieren und wenn sie mit irgendwas nicht zufrieden sind auch dort schon einmal primär deponieren und bei mir dann natürlich in einer anderen Form, vielleicht gar nicht oder dann halt etwas abgemildert.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 110-113)

„Von meinen Assistentinnen weiß ich, dass sie sich bei ihr beschweren, aber nur über lange Wartezeiten, nicht über mich, über mich beschweren sie sich nicht.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 151-153)

Auswirkungen von positiven und negativen Rückmeldungen von Patienten

Positives Feedback, welches betont häufiger vorkommt, freut Ärzte und bestärkt sie in ihrer Arbeit und dient als Motivationstreiber. Außerdem trägt es dazu bei, sich zu merken, welche Therapien bei welchen bestimmten Beschwerden öfter helfen.

„Aber generell ist das Feedback ja meistens, muss man ja sagen, sehr positiv und das freut einen und bestärkt einen, so weiterzutun.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 107-108)

„Ja, ich bin immer sehr erfreut, wenn ein Patient zu mir sagt, dass er sich freut und gut aufgehoben bei mir fühlt. Das ist ja das, worum es mir geht. Auch für meine Berufung als Arzt. Das ist das Schönste, was man hören kann vom Patient.“ (Interviewpartner E, 12.6.2019: Zeile 91-93)

„Positives Feedback ist immer gern gesehen, da freut man sich natürlich immer, es tut halt auch sehr gut.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 127-128)

„Und wenn mir einer sagt, dass sich der Patient wohl fühlt bei einem, aufgehoben fühlt, das ist, vor allem für einen selber ist das einer der größten Motivations-Motivationsmöglichkeiten, um weiterzumachen und um die Arbeit auch gut weiterzumachen, die man eigentlich bekommen kann.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 151-154)

„Aber ansonsten freu ich mich natürlich über ein positives Feedback, ja.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 126)

„Wenn's positiv ist, freue ich mich natürlich.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 169)

„Man freut sich, ja. Man kümmert sich vielleicht ein bisschen mehr.“ (Interviewpartner H, 3.7.2019: Zeile 83)

„Natürlich haben sich die Patienten öfters bei mir bedankt, das find ich immer sehr schön.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 121)

„Ja, natürlich hat das einen positiven Effekt, Lerneffekt, wo man sagt, OK bei diesen Beschwerden komme ich mit der Injektion oder diesen Medikamenten gut durch. Wenn das oft erfolgreich ist, ist das eben auch so Learning by Doing, dass man sagt, da habe ich immer wieder Erfolg, das mach ich dann auch öfters und gerne.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 173-176)

Negative Kritik regt zum Nachdenken an und kann auch in weiterer Folge zu Änderungen oder Umstellungen führen. Auch die Bereitschaft, sich mit dem betroffenen Patienten auszusprechen wird zum Teil angesprochen. Ob es zu direkten Veränderungen durch das Feedback kommen kann, hängt von Inhalt und Art der Kritik ab.

„Ich würde mir sehr viele Gedanken drüber machen, weil ich bin sehr bedacht darauf, mein Wissen und auch meine Hilfe anbieten zu können (...) das würde mir wirklich, glaube ich, einige schlaflose Nächte bereiten.“ (Interviewpartner E, 12.6.2019: Zeile 96-98)

„Und wenn jemand mal wirklich enttäuscht ist, dann muss man sich schon überlegen, hab ich jetzt wirklich was falsch gemacht, hätte ich es anders lösen können, hab ich's falsch eingeschätzt, das kann immer wieder vorkommen, man ist ein Mensch und dann kann man aber, finde ich, auch mit dem Patienten drüber reden, ja?!“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 108-111)

„Einfach nur ausreden, was war wirklich falsch.“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 168)

„Wenn's negativ ist, versuch ich es schon zu klären und ich muss sagen, ich denke dann schon darüber nach. Es hat schon eine Wirkung, wenn jemand jetzt etwas Negatives sagt, dann ist es nicht so, dass ich das einfach beiseite schieb. Ich denke darüber nach und es ist auch natürlich möglich, dass es so ist, dass bei mir der Fehler liegt und dass man da gewisse Dinge ändern kann, das sehe ich sehr wohl.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 165-169)

„Naja, wenn es um irgendwelche therapeutischen Belange geht, wo irgendwas nicht optimal gelaufen ist, dann denk ich natürlich darüber nach und versuch, das besser zu machen.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 124-125)

„Naja, wenn ich jetzt sag im medizinischen Bereich, dann muss ich ja genau nachgehen der Sache, muss auch eben Bericht schreiben, muss recherchieren, nachschauen, was ist da falsch gelaufen und natürlich denkt man sich dann, wie hätte ich anders agieren können, wie kann ich das in Zukunft vermeiden, weil das ist ja nicht sehr angenehm, nicht?! Man will ja das vermeiden und will medizinisch nichts falsch machen.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 149-153)

„Und negatives Feedback, solange es konstruktiv ist und nicht mich persönlich angreift, dann kann man, dann kann ich damit schon sehr gut umgehen, weil es ja, wie gesagt, mir und meiner Arbeit zugutekommt. (...) Es trägt sicher zu Veränderungen bei. Es kommt auch immer drauf an, was für konstruktive Kritik es ist und ob es veränderbar ist.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 128-130 & 135-136)

„Nein, das obliegt schon- also ich überleg mir das, wenn ein Vorschlag käme von Patienten, aber das ist dann in meiner Hand, ich werd mich nicht wirklich beeinflussen lassen von dem.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 141-142)

Wichtige Lehren können aus negativer Resonanz gezogen werden.

„Aber es ist immer ein Unterschied, sie hören zu und nicken, das heißt aber lang nicht, dass es angekommen ist, das hab ich gelernt. Deshalb lass ich's mir wie bei einem kleinen Kind wiederholen (...) in der Aufregung kommt oft nur die Hälfte an. Wir glauben aber, es kommt alles an, ist aber nicht so.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 127-131)

Auf manche Kritikpunkte wird nicht weiter eingegangen, da sie als falsch und teils ärgerlich empfunden werden.

„Es gibt sicher auch Feedback, wo man sich denkt, Na der hat überhaupt nicht recht.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 106-107)

„Ich mein ja, manchmal ärgert man sich.“ (Interviewpartner H, 3.7.2019: Zeile 80)

Es gibt Faktoren, wie längere Wartezeiten, welche nicht zu ändern sind, auch wenn es viele Menschen als störend empfinden.

„(...) zu lange Wartezeiten und sonstige Kritikpunkte, die man halt hat, aber in jeder Ordination kommt es auch mal zu verzögerten Wartezeiten.“ (Interviewpartner E, 12.6.2019: Zeile 83-84)

„Wenn es zum Beispiel Beschwerden gibt über lange Wartezeiten, dann ist das ein Faktor, den ich schwer beeinflussen kann. Jeder Tag ist anders, jeder Patient ist anders und es kann einfach vorkommen, dass es länger dauert.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 136-138)

„Ich hab da eine Bewertung zum Beispiel, da hat sich eine Vertretungspatientin furchtbar drüber aufgeregt, weil sie lang warten musste nur für eine Spritze. Nur das finde ich zum Beispiel, so eine Bewertung sollte, dürfte eigentlich nicht gedruckt werden, weil was bedeutet eine Vertretungspatientin? Eine Vertretungspatientin bedeutet, dass ein anderer Arzt auf Urlaub ist, den ich vertrete und die Patienten dieses Arztes kommen zu mir, der Großteil, weil ich die Vertretung bin. Und da kann man doch nicht als Vertretungspatient sich denken, dass ich nicht warten muss, oder? Weil dieser Arzt hat dann doppelt so viele Patienten zu versorgen, ja? Und dann muss man halt länger warten.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 214-221)

Fachliche und einfühlsame Kompetenzen

Auch dieses Thema wird divergent beantwortet. Es gibt im Großen und Ganzen zum einen das Lager der Ärzte, die meinen, die fachlichen Qualitäten sind trotzdem wichtiger und entscheidender als die empathischen Fähigkeiten. Obwohl dennoch alle betonen, dass die Einfühlsamkeit jedenfalls zum Berufsbild gehört.

„Also für mich an erster Stelle steht, für mich als Arzt, dass ich diagnostizieren möchte (...) Ich denke, dass doch die fachliche einen größeren und wichtigeren Punkt ausmacht. Weil die Interaktion mit dem Patienten, ja ist auch wichtig.“ (Interviewpartner E, 12.6.2019: Zeile 107 & 118-119)

„Es ist auf jeden Fall wichtig, fachlich kompetent zu sein, damit man eben auch das Vertrauen des Patienten hat, großes Wissen ist natürlich auch essenziell. Nebensächlich ist das persönliche [einfühlsame] sicher nicht, (...) es ist schon wichtig auch eine – ja persönliche Beziehung – irgendwie auf einer persönlichen Ebene auch zu kommunizieren.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 127-132)

„Wenn du fachlich nicht wirklich was kannst, werden die Leute trotzdem ausbleiben. Also du musst schon medizinisch up-to-date sein und musst offen sein auch für Neues und für andere Behandlungsmöglichkeiten, die sich im Laufe der Zeit immer wieder ergeben. (...) Ich persönlich, ich kann ja nur für mich persönlich sprechen, ich würde nicht zu einem Arzt, also ich selbst, gehen, den ich überhaupt nicht mag,

da kann der jetzt fachlich noch so gut sein, dann würde ich lieber nicht zu dem gehen. Weil es gibt andere, die fachlich gut sind und mir sympathisch sind, ja. Also da sprech ich jetzt nur für mich, aber ich denke, wenn jemand jemanden nicht mag, wird er nicht hingehen, auch nicht wenn er sich denkt, der ist fachlich super. Das sollte schon ein bisschen ausgewogen sein, dass du halt beide Komponenten besitzt.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 177-188)

„Wie gesagt, fachlich das gehört einmal und dann das andere ist wichtig, aber wenn man da einen kleinen Fehler macht ist's wurscht, aber das Fachliche müsste passen.“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 155-157)

Das zweite Lager bilden jene Ärzte, die beide Kompetenzen für gleich wichtig halten.

„Ich denke, beides muss man als Arzt haben.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 147)

„Und es ist beides gleich wichtig [unsicher und überlegend gesprochen] Wenn sogar nicht, wenn sogar das Empathische, na wichtiger würde ich es nicht nennen, aber es tut einem selber gut, wenn man Feedback für seine Persönlichkeit bekommt und für die Empathie, die man ausstrahlt.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 148-151)

„Und ja, ich glaube, gerade als praktischer Arzt schon. Weil Großteil, oder schon ein, ein Drittel ist vielleicht zu viel aber schon, geht wirklich in eine sehr psychisch angehauchte Richtung, ja?! Also nicht, dass die alle ein ernsthaft psychiatrisches Problem haben, aber eben wo's familiär nicht passt. Sorgen mit der Arbeit, das kommt sehr, sehr oft, diese Überlastung im Job, die nicht mehr können, oft Frauen mit Kindern, die völlig überfordert sind und da hilft schon, wenn man sagt, Ich versteh Sie (...) Ich glaub in dem Job ist es sehr, sehr wichtig.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 151-157)

„Aber ich glaub, als Praktiker muss man natürlich schon ein gewisses Fachwissen haben, keine Frage. Aber ich denke, dass die Empathie und diese Vertrauensbildung, das ist mindestens genauso wichtig in der Allgemeinmedizin, ja. (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 133-135)

Gesprächspartner H ist in dieser Frage zwiespältig, denn zuerst ist er nachdrücklich der Meinung, fachliche Fähigkeiten seien die Wesentlichen, am Schluss des Interviews erhebt er jedoch die empathischen Kompetenzen zu den Wichtigeren.

„wir sind ja in dem Sinn ausgebildete Ärzte, da müssen wir schon das Wissen haben. (...) Wie vorher gesagt, mit allen kann man sich nicht mögen. Du musst den dann ärztlich behandeln so gut du dann kannst, wie es halt deine Pflicht ist und was du dem bieten kannst. Und dann ja, Verständnis haben, aber mögen muss nicht, du musst ja nicht.“ (Interviewpartner H, 3.7.2019: Zeile 89-94)

„Die Empathie oder dieses Zwischenmenschliche ist bei uns das Wichtigste, mit halt dem Fachwissen im Hintergrund, aber zu sagen, Heast, was moch ma? Weil irgendwelche Daten erheben und Befunde und so, ja der Patient will wissen, was das ist, was er damit tut und was die Konsequenz ist davon.“ (Interviewpartner H, 3.7.2019: Zeile 144-147)

Feedback bekommt man für beide Fähigkeiten, das bescheinigen vier Ärzte.

„Feedback bekomme ich für beides. Und beides schmeichelt einem natürlich.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 148)

„Ja schon, eben sie sind dann froh, wenn du da bist, empathisch und fachlich natürlich.“ (Interviewpartner H, 3.7.2019: Zeile 100)

„Ja eigentlich schon, Feedback bekommt man für beides.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 151)

„Ja, kriegt man für das und das.“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 159)

Ein Arzt wirft ein, dass man bei gravierenden medizinischen Fehlern eher über eine dritte Stelle informiert wird und kein direktes Gespräch mit den Betroffenen stattfindet.

„Einerseits einmal kommen dann auch oft im Gespräch heraus, ob man sich zu wenig Zeit genommen hat (...) medizinisch ist es selten so, dass Kritik kommt, meistens sind es organisatorische Sachen und Behandlungsfehler in dem Sinn, dass man sagt, man hat jetzt medizinisch falsch gehandelt, das kommt natürlich vor, das läuft aber dann meistens ganz anders ab, da wenden sich die Patienten, das hab ich in einigen Fällen, nicht vielen, aber doch immer wieder, direkt an den Patientenanwalt oder an die Schlichtungsstelle.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 135-141)

Image

Den meisten Medizinern ist ihr Image schon wichtig, die wenigsten tun jedoch, nach eigenen Aussagen, aktiv etwas dafür.

„Ich denke, das ist so wie in jeder Berufsgruppe, und sogar, wenn man mit Menschen zu tun hat eine Spur wichtiger, dass man eben einen guten Ruf hat, den man sich natürlich auch erhält. Man will als zuverlässig, kompetent und auch fachlich gut aufgestellt einfach sein, weil nur so kommen die Leute und nur so bleiben die Leute auch, bleiben ja auch erhalten bevor sie wieder abwandern, sollten sie nicht zufrieden sein, ich mein davon leb ich ja.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 111-115)

„Mir ist es schon wichtig quasi, dass die Leute mich mögen, weil sonst würden sie nicht herkommen und wie gesagt, ich versuche freundlich zu bleiben und zu reflektieren, wenn jemand unzufrieden ist. Aber aktiv, also wüsste ich auch nicht, was ich tun könnte.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 160-162)

„Also mein Image ist mir schon wichtig. Ich möchte schon, dass man von mir denkt, ich wäre kompetent und eine gute Ärztin, aber eine Feedbackstelle hab ich nicht also die Patienten können's mir sagen, ich hab nichts dagegen, sie können es meinen Ordinationsdamen sagen.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 135-137)

„Ja, auf jeden Fall. Nicht nur auf meinem Namen jetzt bedacht, sondern für das gesamte Team, da wir ja eine Gemeinschaftspraxis mit einigen Mit-Arbeitenden sind. Das ist auf jeden Fall sehr wichtig, ja.“ (Interviewpartner E, 12.6.2019: Zeile 100-102)

„Also nicht aktiv, sondern ich versuche eben, meine Medizin und meine Gespräche so zu führen, dass die Patienten zufrieden sind, mich auch so zu positionieren. Aber ich unternehm jetzt nichts im Internet, dass ich jetzt eine besonders tolle Homepage hab oder dass ich mich irgendwo, in welchen Medien auch immer, Zeitungen, darstell und sag, was ich nicht alles anbiere und was ich nicht alles kann, das machen viele Kollegen und Kolleginnen. Ich hab es Gott sei Dank nie notwendig gehabt, ich hab genug Patienten in dieser Form gehabt und glaub auch, dass das in Zukunft nicht notwendig ist. Ich denke, das ist natürlich, wenn man eine neue Ordination mit wenigen Patienten hat, um sich einmal vorzustellen, darzustellen, wichtiger ist.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 179-186)

„Also ich bin jemand, der gern arbeitet, viel arbeitet, aber auch ganz gut ohne Ordination, ohne Arzt zu sein, auch leben kann. Natürlich, das Image ist als Arzt wichtig und gut und das ist auch gut fürs Selbstwertgefühl, keine Frage und wir kriegen immer wieder positive Rückmeldungen, das ist schon gut. Aber, dass ich das extra pflege und etwas dafür tue aktiv, aktiv das verbessere, das mach ich nicht.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 139-143)

„Unwichtig nicht, aber es ist nicht so, dass, ich werd jetzt nicht sagen ‚Ich bin der Arzt‘, ich fahr nicht auf Urlaub und sag ‚Ich bin der Arzt‘, das mach ich schon überhaupt nicht. (...) Na, aber es ist nicht so wichtig, die was mich kennen und ich kenn eh genug oder umgekehrt, das muss passen, ob da jetzt ein Fremder das toll findet, wenn er nicht mein Patient ist, ist es mir wurscht. (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 178-183)

„Nein, gar nichts. Ich hab keine Website, ich hab kein Gar Nichts. (...) Ich mach meine Arbeit und ja. Nein, eigentlich ist mir das wurscht.“ (Interviewpartner H, 3.7.2019: Zeile 103-105)

Interesse und Nutzung von Arzt-Bewertungsplattformen

Das Interesse an den Plattforminhalten ist recht unterschiedlich, aber hier zeigt sich, dass das Alter möglicherweise eine Rolle spielt, denn, wenn jemand kaum oder wenig Interesse zeigt, so sind es vermehrt ältere, erfahrenere Ärzte.

„Ja, natürlich, da sind wir sehr präsent. (...) Insofern ist mir das auch wichtig, dass ich eine Plattform habe oder einen Raum habe, meine positive oder negative Kritik mitzuteilen (...) indem ich auch Bewertungen schreibe.“ (Interviewpartner E, 12.6.2019: Zeile 124-135)

„Ja, wenn mir die Zeit bleibt, dann les ich das, lese für das ganze Team.“ (Interviewpartner E, 12.6.2019: Zeile 154)

„Ich schau schon und ich selber schau auch, wenn ich zu Ärzten gehe, was draufsteht.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 177)

„Ich muss ja zugeben, ich les sie auch, auch die Hotelbewertungen und so, aber wenn man jetzt da zum Beispiel ein bisschen, man muss halt wissen, was das für Hintergründe hat, dass man das eben nicht ganz so ernst nehmen kann.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 135-137)

„Es ist mir natürlich klar, dass es diese Plattformen gibt und ich schau auch auf diese Plattformen, ich schau was sich so tut im Internet. (...) Es ist jetzt nicht so, dass ich jeden Tag nachschau. Vielleicht ein, zwei Mal im halben Jahr und dann tut sich auch immer wieder was, weil es bringt ja nichts, jeden Tag nachzuschauen. Es sind nicht so viele Leute, die da was schreiben. (...) Ja ja, ich schau einfach herum auch bei Kollegen und Kolleginnen, die ich kenn. Es ist auch manchmal wirklich sehr

amüsant. Also ich les das sehr gerne eigentlich.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 148-149 & 162-164 & 181-182)

„Ja, selten aber doch. Man liest es schon, ja.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 147)

„Nein, da schau ich nicht hin. (...) Da ist eher meine Frau dahinter und die sagt es mir und ich freu mich natürlich, wenn ich jetzt plötzlich von fünf Punkten fünf habe. (...) Ich erfahre es, ja, und dann freut's mich, wenn's gut ist und wenn's nicht so ist, weiß ich wie schnell es geht, dass man das drückt.“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 186 & 205-206 & 227-228)

„Nein, ich nicht, aber die Patienten sagen es mir manchmal.“ (Interviewpartner H, 3.7.2019: Zeile 111)

„Ich schau da auch fast nie rein, weil ich würde mich vielleicht nur ärgern. Ich hab schon ein paar Mal gehört, dass das ganz gut ist, das Feedback. Und der ein oder andere Kritikpunkt. (...) Ich les es nicht aktiv und kümme mich auch nicht darum. Wie gesagt, mir wurde es nur mal zugetragen. Ich schau nicht, was steht jetzt über mich, ist schon wieder was Gutes, was Schlechtes, also nein.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 191-193 & 199-201)

„Nein, ich denke, dass das keine gute Idee ist. Ich glaub, eben weil das anonym ist, dass man sich das im schlimmsten Fall einfach zu Herzen nimmt und man darüber nachdenkt, warum, weshalb, wieso, da vertraue ich eher auf das persönliche Feedback.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 181-183)

Eine Interviewpartnerin liest zwar nicht ihre Bewertungen, jedoch jene von anderen Ärzten, wenn sie selbst einen Arzt sucht. Sie betont aber, dass auch hier persönliche Empfehlungen von Kollegen klar im Vordergrund stehen. Dies wird in einem weiteren Gespräch untermalt.

„Nicht aktiv und nicht während meiner Arbeit. Aber wenn es privat darum geht, dass ich selber einen Arzt brauch (...) auch nur in den seltensten Fällen, weil man ja durch Kollegen und Kolleginnen eh immer vernetzt ist und weiß wohin.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 181-183)

„Obwohl beim Arzt natürlich noch immer, noch immer, sehr die mündliche Propaganda zählt, ja. Wir haben wirklich viele Leute, die kommen und sagen, ja ich bin neu hierhergezogen und ich hab meinen Nachbar gefragt, gibt es hier einen guten Arzt oder wo ist der nächste Arzt, zu dem man gehen kann.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 140-143)

Keiner der in dieser Arbeit befragten Ärzte ist aktives Mitglied auf einer Arzt-Bewertungsplattform. Auch bei der Frage, ob sie sich eine solche vorstellen könnten, sprechen sie sich dagegen aus.

„Nein, nein, ich bin nicht aktives Mitglied“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 231)

„Nein, nein, das möchte ich nicht. Ich glaub, das wird sich auch nicht ändern.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 169)

„Ich bin auch passiv nicht, na ich use nicht und beuse (sic!) nicht, nein.“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 188)

„Hm, ich persönlich denke nicht, dass- ich hab davon gehört, aber dass ich mich persönlich dort einbinde, ist bei mir kein Thema.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 162-163)

„Nein (...) ich bin nicht sehr internet- oder so digitale Medien-affin.“ (Interviewpartner H, 3.7.2019: Zeile 113-115)

„Nein, ich zahle nicht.“ (Interviewpartner E, 12.6.2019: Zeile 131)

„Genau. Auch das, ich zahl nicht.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 191)

„Brauch ich nicht.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 176)

„Glaub ich nicht. Eher eine eigene Website.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 215)

Allgemeiner Nutzen und Glaubwürdigkeit von Arzt-Bewertungsplattformen

Generell stehen die meisten Ärzte der Glaubwürdigkeit von Online-Bewertungsplattformen kritisch und skeptisch gegenüber. Es gibt überall verschiedene Erfahrungen und daher auch unterschiedliche Beurteilungen. Der allgemeine Tenor geht eher in die Richtung, dass man diese Meinungen mit Vorsicht genießen sollte. Allerdings wird von vielen eingeräumt, dass die Plattformen schon gewisse Tendenzen zeigen und als Orientierung dienen können. Die einzige Quelle sollte es aber laut einigen Ärzten nicht sein.

„Also ich glaube, dass es schwierig ist zu beurteilen, auch für die Leute, ja?! Das ist wie bei den Krankenhäusern, da sagen welche, ich geh nie wieder ins wasauchimmer, weil da ist einmal die Resi-Tante und wasauchimmer dort passiert ist. Und das wird man von jedem Krankenhaus dieser Erde finden, genauso wie man in jeder Ordination Patienten finden wird, die wirklich unzufrieden sind, vielleicht gerechtfertigt, vielleicht ungerechtfertigt. (...) Ich glaub schon, dass es so Tendenzen gibt, also wenn man sich bei Docfinder anschaut, es gibt schon Ärzte, die prinzipiell nur drei dieser Sternchen haben und es gibt Leute, die fünf haben oder hauptsächlich. Das ist glaube ich schon eine Richtung. Bild sollte man sich glaub ich immer selber machen.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 192-200)

„Ich denke, allgemein einen Überblick kann es auf jeden Fall geben, eine Tendenz, wie dieser Arzt oder diese Ärztin sein kann, weil man muss es immer im Gesamten sehen. Wenn es insgesamt positiv ist, dann kann das sicher stimmen. Die „Einzelfälle“ quasi, die sind halt nur einseitig beschrieben, gehört dazu. (...) Ich würd jetzt nicht alles eins zu eins für bare Münze nehmen, aber ich finde das ist voll OK und sicher eine Hilfe für Entscheidungen.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 172-179)

„Ich glaube es kann eine Hilfestellung sein, so wie bei allem anderen. Heutzutage kann man ja im Internet, es gibt nichts was man nicht bewerten kann. Zu jedem Produkt, zu jedem Hotel, leider, gut auch, auch zu uns Ärzten, Spitäler kann man auch, also es gibt nichts, was man nicht bewerten kann. (...) Im Endeffekt muss man sich dann selber ein Bild davon machen. Aber natürlich, ich glaube, dass vor allem im medizinischen Bereich, dass die Leute da sehr von ihrem persönlichen Gefühl geleitet werden. Also wenn man sich Spitäler als Beispiel nimmt, fragt man zehn Leute, sagen fünf, sie lieben das SMZ Ost und das ist das beste Spital, in dem sie je waren. Fragt man fünf andere und hat man einmal nur eine schlechte Erfahrung gemacht, dann wars das und das ist bei Ärzten genauso. Deswegen ja, es ist, es ist mit Vorsicht zu genießen, es kann eine Hilfestellung sein, wenn man einen neuen

„Arzt sucht, aber es sollte vielleicht nicht die einzige Quelle sein.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 166-177)

„Jeder, der reinschreibt, glaubt's halt, nicht? Ich bin ja auf der anderen Seite von dem. Ich kann nur sagen, ja, der hat halt einen Blödsinn reingeschrieben.“ (Interviewpartner H, 3.7.2019: Zeile 125-126)

„Ich denke man kann sich da auch sehr schwer wehren dagegen. Natürlich könnte man sagen, OK, wenn da eine, sag ich da mal, sehr inhaltlich wichtige Kritik ist, die man dann ernst nehmen kann.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 193-195)

„Wenn man sehr viel Wert darauflegt, dann muss man sich alle Bewertungen durchlesen und muss man für sich selber finden, aha, die positiven gefallen mir und die negativen sind zwar so, aber ich würde trotzdem dorthin gehen. Man sollte sich immer, ich glaube, am gescheitesten wäre es in der heutigen Zeit, du schaust dir die Bewertungen an, aber du fragst auch Leute.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 249-253)

„Aber ich finde es wichtig, dass Transparenz herrscht soweit dies möglich ist im Internet. (...) Ich denke, dass die Bandbreite von diesen Kommentaren schon durchaus authentisch ist. Ich denke nicht, also es wird einige geben, die den Ruf boykottieren wollen oder sonstige Sachen.“ (Interviewpartner E, 12.6.2019: Zeile 131-132 & 137-138)

„Naja, ich denke, wenn jemand sich die Mühe macht, dass er sich, dass er das schreibt, dann wird er seinen Grund haben und wird, wird das dann auch ehrlich schreiben, ob er zufrieden war oder nicht zufrieden war.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 151-153)

Mehrere übereinstimmende Bewertungen steigern die Glaubwürdigkeit, das sehen auch Ärzte so, denn wenn viele Leute etwas schreiben, muss ja zumindest ein Funken Wahrheit darin stecken.

„Aber natürlich, wenn jetzt jemand einen Arzt sucht und schlägt diese Seite auf im Internet und sieht, der hat lauter negative Beurteilungen, dann wird man sich schon überlegen, ob man dort hingehet oder nicht.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 137-140)

„Weil ich les nicht nur meine Bewertung, ich les auch Bewertungen von anderen Ärzten und ja, da ist mir schon aufgefallen, auch von Rückmeldungen von meinen Patienten und Patientinnen, die, wenn wir auf Urlaub sind, dass sie halt zum Beispiel jetzt sagen, bei dem Arzt wars furchtbar, weil die Vorzimmerdame so furchtbar ist und so weiter. Und wenn ich mir dann die Bewertungen anschau, dann hat wirklich die Vorzimmerdame dort eine schlechtere Bewertung. Und da denk ich mir, OK, es wird schon ein bisschen Wahrheit drinstecken.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 198-204)

„Aber wenn man ein paar Sachen öfter liest, dann glaub ich das schon. Wenn da was öfter vorkommt in mehreren Kommentaren, dann mag da was Wahres dran sein.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 186-187)

„Also es gibt Kollegen, da steht prinzipiell guter Arzt, aber man wartet lang, wenn das bei acht Leuten steht, denk ich mir, wird's schon stimmen, ja?!“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 180-182)

„Im Großen und Ganzen ist das schon eine Linie. (...) Ja, genau, ja, denk schon, wenn das mehr schreiben.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 170-172)

Fünf Mediziner geben zu bedenken, dass eher die Unzufriedenen ihr Votum auf den Portalen kundtun, wodurch der Gesamteindruck verfälscht werden würde.

„Wobei man natürlich immer hinterfragen muss, wer schreibt eher etwas, der, der unzufrieden ist oder der, der zufrieden ist, nicht?!“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 153-154)

„Ich mein, was glaub ich immer schwierig ist, das ist wie bei so Urlaubs-Hotels-Bewertungen, dass ja oft eher die Leute, die eine schlechte Erfahrung gemacht haben, reinschreiben.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 192-200)

„Ich sag nur, dass es ein Problem ist, weil bei 1000 Leuten im Quartal, wenn da fünf unzufrieden sind und 995 zufrieden sind und die fünf schreiben eine schlechte Bewertung, hast du einfach dann eine schlechte Bewertung und das stimmt ja nicht.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 195-197)

„Also wie gesagt, ich glaub, da schreiben Leute schnell bei Unzufriedenheit hinein, wenn man halt mal einen schlechten Tag hat. Aber ich kann das nicht so beurteilen.“ (Interviewpartner G, 1.7.2019: Zeile 205-206)

„(...) wenn jeder zufrieden ist, warum soll man da rein-, das wird als normal erachtet.“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 201-202)

Die Anonymität im Internet spielt eine Rolle, diese macht die Bewertungen für Ärzte teilweise unseriös und unglaubwürdig. Denn dadurch fällt das schnelle und unüberlegte Urteilen sehr leicht.

„Und ja, man tut sich ja auch leichter in der Anonymität, da zu kritisieren.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 154-155)

„Im Internet, ja. Es ist ja auch leicht. Es ist anonym, ja? (...) diese anonymen Beurteilungen im Internet, die überhaupt nicht seriös sind, find ich, ja.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 123 & 134)

„Nein, da müsste ich Namen wissen, wenn er das wirklich bewertet und warum, genau, weil inkognito kann man immer irgendwas schreiben.“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 214-215)

„Ich denke, wenn es, auch wenn es anonym ist, wenn es konstruktive Kritik ist, mit der man was anfangen kann, kann man sich's durchlesen.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 169-170)

Vermeehrt betont wird das Problem der Übertreibung bzw. Verallgemeinerung. Wenn nur ein Faktor, der ggf. auch nichts mit dem Arzt zu tun hat, missfällt, so wird dieser sehr aufgeblasen erzählt oder es werden sogar mehrere Punkte schlecht bewertet, wodurch ein falsches Bild vermittelt wird.

„Wenn mal ein Einzelfall so groß besprochen wird, ich weiß nicht irgendwas Spezielles, was an diesem einen Tag war mit diesem einen Patienten, der unzufrieden war.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 152-153)

„Und vor allem ist ein sehr, sehr großer Faktor dieser Internetbefragungen, da werden verschiedenste Fragen gestellt nach der Anmeldung, nach der Räumlichkeit, nach der Wartezeit, wie der persönliche Kontakt zum Arzt ist, wie die fachliche Betreuung war und so weiter. Wenn jetzt jemand aus irgendeinem Grund unzufrieden ist, zum Beispiel kommt der und kann mit der Assistentin nicht und fühlt sich von der schlecht behandelt oder, oder er muss lang warten oder der Arzt nimmt Leute vor (...) dann schreibt der eine Beurteilung und gibt Schlechtpunkte für alle, alle Bereiche, obwohl vielleicht er ja nur mit der Assistentin nicht konnte, ja!? Und das ist halt das ist nicht seriös in meinen Augen.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 123-131)

„Aber ich weiß ja, wie einfach das ist, wenn man nicht zufrieden ist, ist egal wo, das kann der super Arzt sein aber irgendwo ist etwas, ist nicht ideal und wenn's nur die Warteliste oder sonst was ist, dann schreibt man halt alles negativ genau, drum weiß ich, dass das eigentlich- also das wird schneller runtergedrückt als rauf.“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 198-201)

„(...) hat man einmal nur eine schlechte Erfahrung gemacht, dann wars das.“ (Interviewpartner D, 11.6.2019: Zeile 174-175)

Generell gibt es durch unterschiedliche Erfahrungen sowohl gute als auch schlechte Kritik und somit eine gewisse Ausgewogenheit.

„Es sind sowohl positive als auch negative Kommentare.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 151)

„Ich denke, wie gesagt, es gibt solche und solche Erfahrungen und dadurch auch sehr unterschiedliche Bewertungen, aber eine Richtung ist meist erkennbar.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 187-188)

„Es gibt durchaus auch viele positive Bewertungen, aber getroffen wird man halt von den negativen, ja. Aber wahrscheinlich, wenn man es objektiv betrachtet, ist es wahrscheinlich ausgewogen.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 247-249)

Profile, die (fast) nur positive Bewertungen haben, erscheinen unglaubwürdig, da es nicht nur zufriedene Patienten geben kann.

„Aber es ist natürlich schon so, wenn man manchmal Bewertungen von Ärzten liest, die quasi lauter Einser haben und irrsinnig viele Bewertungen, dann denkst du dir vielleicht innerlich, naja da hat die Familie halt ein bisschen bewertet, denke ich mir innerlich, ja?! Weil eigentlich gibt's das nicht, dass ein Arzt oder eine Ärztin nur Lob bekommt. Das ist quasi unmöglich. Das geht nicht.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 257-261)

„Dass es natürlich einige oder glaube ich auch, dass da viele gefakte Bewertung[en] (...) man wundert sich schon, wenn man diese, bei uns im Bezirk, die, die Dinger anschaut, wer da an vorderer Stelle ist, Ordinationen teilweise, die wenig Patienten haben (...) ich hab halt dann doch immer wieder gesehen, das sind Ärzte, die erstens einmal kleine Ordinationen haben und zweitens wo ich mir das jetzt nicht so vorstellen kann, dass die jetzt so toll sind. Also ich glaub schon, die sind teilweise selbstgemacht.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 156-167)

„Ich könnte ja auch meinen Verwandten sagen oder meinen Freunden, Bitte schreibts rein, weil ich bin ja wirklich so lieb. Wird's auch geben, aber das mach ich auch nicht.“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 230-231)

Relativ deutlich kommt hervor, dass die Online-Plattformen hauptsächlich von jüngeren Personen genutzt werden, sowohl aktiv als auch passiv. Dieser Umstand legt nahe, dass besonders die Meinungen der jungen Leute auf diesen Seiten zu lesen ist. Ob das die Gesamtzufriedenheit verzerrt, ist fraglich. Eine Ärztin meint dazu, dass ältere Hilfesuchende häufig sehr zufrieden mit ihrem Hausarzt sind, dies aber nicht online kundtun. Dadurch sind deren Meinungen kaum im Internet vertreten.

„Ja und vor allem, es bewerten ja nur die Jungen. Ältere Personen, die wahrscheinlich noch eher sehr zufrieden mit den Hausärzten sind, die bewerten nicht, die kennen das gar nicht. (...) Die lesen das auf gar keinen Fall. Und wenn die einen neuen Hausarzt suchen, dann fragen sie jemanden. Die fragen in der Apotheke, wo ist hier ein guter Arzt oder einen neuen Nachbarn oder so. Aber die Jungen lesen das sehr wohl und die bewerten auch schneller und natürlich sofort, wenn sie unzufrieden sind.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 208-212)

„Ich glaub schon, dass das wichtig ist, diese Bewertungen heutzutage und ich glaub auch, dass es schon genug Leute lesen, vor allem bei den Jungen.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 182-184)

„Diese Internetgeschichte, vor allem für junge Leute wird das immer interessanter, denk ich mir. Weil ich weiß von meiner Tochter, ich hab ihr einen Gynäkologen empfohlen, sagt sie, nein sie hat sich schon bei Docfinder einen gesucht. Das, glaube ich, machen schon viele.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 185-188)

Reaktionen auf online Bewertungen

Eine aktive Beantwortung der Kommentare kommt für wenig Ärzte infrage.

„und ich würde auch niemals, also das würde ich niemals, auf solche Beschwerden antworten. Weder auf positive noch auf negative, das würde ich niemals, niemals machen. Wenn jemand sich beschweren will, dann soll er es halt tun, es ist so in unserer heutigen Zeit, aber ich würde niemals antworten.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 231-234)

„Nein. Ich lese das und nehme es zur Kenntnis (...) ich mach mir da sicher nicht die Mühe, dass ich da zurückschreibe, das führt zu weit.“ (Interviewpartner F, 24.6.2019: Zeile 179-182)

„Es ist sehr verlockend auf ein Kommentar zu antworten, aber ich denke, das hat keinen Sinn. Ich möchte keine Diskussion anfangen im Internet mit den Leuten.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 149-151)

„Also jetzt könnte ich es mir vorstellen, aber wenn dann jeden Tag acht Mails theoretisch, weiß ich nicht, ja, dann mach ich's wahrscheinlich nicht, weil's mir zu aufwendig ist. Wenn das einmal im Monat etwas ist, wo ich sag, gut da antworte ich jetzt, dann schon (...) auch bedankend, also wenn's ein gutes Feedback wär, würd ich mich sicher bedanken, aber das kommt drauf an, wie häufig das ist und ob der Zeitaufwand geht.“ (Interviewpartner I, 8.7.2019: Zeile 205-209)

„Und wir versuchen auf jeden Kommentar, wenn's Fragen gibt, wenn's Kritik gibt oder irgendwelche anderen Belange gibt, zu antworten. Und da möchte ich jetzt behaupten, dass wir das auch schaffen und das ist uns auch sehr wichtig und wir werden da auch meistens mit unserem Namen angesprochen, welcher Arzt der Behandelnde war und es ist uns wirklich sehr wichtig, dass wir da Dinge klarstellen oder auch offenlegen können, weil uns ist auch in unserer Praxis Transparenz sehr wichtig.“ (Interviewpartner E, 12.6.2019: Zeile 158-163)

Eine mögliche Reaktion ist aber, wie auch beim persönlichen Feedback, das Nachdenken darüber, wenn die Kritik konstruktiv ist.

„Es freut mich immer, wenn ich ein positives Kommentar sehe und ja bei den anderen, ich les es mir durch, ich denk mal drüber nach und dann vergess ich's auch wieder.“ (Interviewpartner A, 4.6.2019: Zeile 164-166)

„Ich würde drüber nachdenken, wenn's nachdenkenswert ist.“ (Interviewpartner C, 9.6.2019: Zeile 237)

„Na, also klar, wenn 100 schreiben, das ist nicht leiwand von mir [was nicht so ist], dann muss ich mir auch was überlegen.“ (Interviewpartner B, 7.6.2019: Zeile 217-218)

7.2. Kategorienbildung nach Mayrings Methode

Bei der tieferen Auswertung ging ich nach der Beschreibung von Mayring vor und betrachtete zunächst jedes Interview als eine Analyseeinheit. Folgende Kategorisierung konnte ich bei allen Interviews anwenden:

- K1 Umgangsformen zwischen Arzt und Patient
- K2 Entwicklungen im Beruf und deren Folgen
- K3 Feedbackkultur in der Arzt-Patienten-Interaktion
- K4 Patientenfeedback auf Online-Bewertungsplattformen

Ich bildete für jedes Interview den oberen Termini zugeordnete Unter-Kategorien (siehe Beispiel im Anhang, ab S.168). Im zweiten Schritt wurden diese Kategorien der einzelnen Interviews zusammengefasst und es ergeben sich folgende Resultate:

K1: Umgangsformen zwischen Arzt und Patient

Die erste Kategorie beinhaltet die Gesamtheit der Interaktion zwischen, sowie der Einstellung zu Patienten. Prinzipiell wird der Arzt-Patienten-Kontakt mit den meisten als gut erachtet, doch wie in jeder Beziehung gibt es auch hier einige störende Faktoren.

UK 1.1: Wichtige Aspekte in der A-P-K

Als besonders bedeutsam werden Professionalität, Sachlichkeit, Höflichkeit, der Zeitfaktor, die Grenzen-Setzung aus Zeit- und Geldgründen, Klarheit, Einigkeit, Kommunikation auf einer persönlichen Ebene, Begegnung auf Augenhöhe und Sprache/Verständlichkeit genannt. Ebenfalls ist das Richten der Gesprächsführung nach den Bedürfnissen des Gegenübers und nicht zu fordernde oder aggressive Patienten für ein gutes Gespräch erforderlich.

UK 1.2: Wichtige Aspekte in der A-P-B

Eine A-P-B sollte geprägt sein von Vertrauen, Freundlichkeit, Empathie - soweit dies möglich ist, einer gewissen Distanz, Gleichbehandlung, einem behutsamer, bestimmten Umgang, Behandlung der Patienten als Menschen statt Patienten, beiderseitigem Respekt, Zeigen von Interesse, Eingehen auf individuelle Patientenbedürfnisse, Vorurteilsfreiheit, Authentizität und Bemühen um Erfolg.

In einigen Fällen treten psychosomatische Erkrankungen auf. Dabei handelt es sich um psychische Belastungen, die zu körperlichen Beschwerden führen können. Probleme im Job oder in der Familie wirken sich oft auf die Psyche aus. Hierbei ist es schon hilfreich, Verständnis zu zeigen und für den Betroffenen eine Ansprechperson zu sein.

UK 1.3: Privater Umgang/Private Themen

Einigkeit herrscht bei der Frage nach privaten Beziehungen mit Patienten. Die Trennung von Beruf- und Privatleben wird hochgeschrieben. Es gibt wenig bzw. keinen privaten Umgang, außer dann, wenn man vorher schon befreundet/bekannt war. Es besteht auch kein Bedürfnis danach, da dies als nicht förderlich erachtet wird.

Anders verhält es sich mit privaten Themen. Smalltalk über persönliche Angelegenheiten oder Fragen nach Facharzt-Empfehlungen sind durchaus üblich.

Häufig wird von einem „freundschaftlichen Verhältnis“ mit einigen Patienten erzählt. Die Vorteile sind, dass man sich gut kennt – bei einigen schon die ganze Familie, auf einer Ebene kommuniziert, gute Gespräche führt und Fehler schneller verzeiht. Die Nachteile bilden einerseits der Verlust der Distanz und andererseits der Zeitfaktor, da man für ausschweifende Gespräche und Fragen mehr Zeit aufwendet.

UK 1.4: Patienten kommen aus unerfindlichen Gründen

Von einigen Ärzten wird erwähnt, dass sie oft die Gründe, aus denen Patienten zu ihnen kommen, nicht nachvollziehen können. Manches könne man sich selbst behandeln (wie z.B. Insektenstiche) oder müsse man aussitzen (wie z.B. eine gewöhnliche Grippe).

K2: Entwicklungen im Beruf und deren Folgen

In der zweiten Kategorie sollen alle beobachteten Veränderungen aufgelistet werden. Die beschriebenen Entwicklungen bedingen sich teilweise gegenseitig und hängen oft miteinander zusammen. Man kann sie also nicht völlig unabhängig voneinander betrachten.

Aufgrund der begrenzten Erfahrung können Neueinsteiger weniger bzw. kaum etwas zu Veränderungen sagen, jedoch decken sich ihre Beschreibungen des Berufsalltags mit den angegebenen Veränderungen der „Alt-Eingesessenen“. Weiters haben sie auch über Kollegen von diversen Entwicklungen gehört.

UK 2.1: Die Konsumgesellschaft findet man auch in der Medizin

Die heutige Konsumgesellschaft und Erziehung in dieser betrifft auch medizinische Leistungen. Die Zeit ist schnelllebig und der Alltag ist hektischer, was sich im Patientenverhalten widerspiegelt. Die Leute sind ungeduldiger und wollen nicht mehr warten. Außerdem sehen viele ihre Probleme als am Wichtigsten an. Eine weitere Folge daraus ist, dass Patienten oft keinen persönlichen Kontakt (mehr) wollen, sondern eine schnelle Behandlung im Vordergrund steht.

Ärzte sind keine „Götter in Weiß“ mehr, dadurch geht die Distanz verloren. Früher wurde alles hingenommen, heute wird alles hinterfragt. Es herrscht ein ständiges Konfrontieren mit Fragen nach den Ursachen, worauf es manchmal keine eindeutige Antwort gibt. Mediziner stehen aufgrund hoher Erwartungen und Zeitknappheit unter Druck.

UK 2.2: Das Internet bringt mehr Möglichkeiten, aber auch Unsicherheit

Das Internet hat sehr viel verändert. Zum einen gibt es neue Möglichkeiten der (medizinischen) Kommunikation über Internet/SMS/Social Media. Viele Allgemeinmediziner wollen dies jedoch aus Zeitgründen nicht bzw. nur begrenzt und einseitig nutzen, zum Beispiel um Mitteilungen auszusenden.

Zum anderen sind Patienten informierter bzw. halb-gebildet, was oft ein Problem in der Kommunikation darstellt. Durch das Googlen von Symptomen wird das Schlimmste angenommen, da die Informationen nicht immer aus seriösen Quellen stammen. Dadurch steigt möglicherweise auch die Patientenfrequenz, wie ein paar Ärzte erzählen. Viele Mediziner hatten während des Studiums selbst Probleme mit der Informationsflut über Krankheiten, doch durch Bildung und Erfahrung können sie jetzt damit umgehen. Selbstdiagnosen mithilfe von Online-Seiten sehen Ärzte als nicht ratsam an.

Besonders jüngere Menschen haben häufig unnötige Panik, da sie das Internet am meisten nutzen.

Das führt dazu, dass der Erklärungs- und Begründungsbedarf immer mehr ansteigt und die Aufklärungsarbeit einen hohen Stellenwert im Berufsalltag einnimmt.

UK 2.3: Offenerer Umgang mit heiklen Gesundheitsthemen

Es werden aber auch positive Veränderungen aufgezeigt. Ein offenerer und vertrauterer Umgang mit heiklen Themen, wie zum Beispiel Geschlechts- oder Hautkrankheiten, sowie psychischen Belastungen ist wohl das Ergebnis einer aufgeklärteren Gesellschaft.

UK 2.4: Die Routine bringt persönliche Weiterentwicklung

Von manchen Ärzten werden auch persönliche Entwicklungen erörtert. Man lernt mit der Zeit durch die Routine und Erfahrung, ein Gespräch in die gewünschte Richtung zu führen und Grenzen zu setzen.

K3: Feedbackkultur in der Arzt-Patienten-Interaktion

Die dritte Kategorie umfasst die Meinung der Ärzte zum Feedback von Patienten. Generell sind Allgemeinmediziner dankbar für Rückkoppelungen, bekommen es ungefragt und vor allem positiver Natur.

UK3.1: Der Wunsch und die Frage nach Feedback gehen nicht Hand in Hand

Die meisten Ärzte erachten Patientenrückmeldungen als erwünscht und bedeutsam für die Selbstreflexion und Standardhochhaltung. Dabei wird das persönliche, mündliche Feedback als wünschenswerter und seriöser empfunden als Beurteilungen über das Internet. Gefragt wird jedoch nicht bzw. selten danach, weil man es ohnehin ungefragt bekommt. Weitere Gründe sind Zeitknappheit oder Angst vor negativen Meldungen.

UK3.2: Arten und Häufigkeit von Feedback

Es werden mehrere Arten von Feedback aufgezählt. Am häufigsten ist die direkte und mündliche Rückmeldung, welche meist positiv ausfällt. Über Angehörige werden ebenfalls Dank und Lob überbracht.

Negatives Feedback betrifft eher Wartezeiten oder organisatorische Belange, weniger wird die Person selbst kritisiert. Dieses wird häufig an die Mitarbeiter herangetragen, weniger an den Arzt. Größere medizinische Fehler werden bei anderen Stellen angeklagt (z.B. Patientenanwalt).

Das erneute Wiederkommen und der Verbleib als Patient wird als positives indirektes Feedback wahrgenommen. Der Arztwechsel aufgrund Unzufriedenheit dagegen ist eine indirekte negative Resonanz, was aber nicht oft passiert.

Die Gründe für mangelnde Zufriedenheit sind vielseitig. Beeinflussende Faktoren sind etwa der Arzt selbst, seine Angestellten, die Wartezeiten (welche sehr oft erwähnt werden) oder der Umstand, manche Patienten nicht nach deren individuellen Vorstellungen behandeln zu können bzw. zu wollen. Selten haben Praktiker das Gefühl, den Arztwechsel selbst zu verschulden, räumen aber ein, dass Fehler passieren können, denn das ist menschlich.

UK3.3: Fachliche und empathische Kompetenzen essenziell

Die Frage nach der Einschätzung von fachlichen und empathischen Fähigkeiten wird zwiespältig beantwortet. Etwa die Hälfte findet die beiden Kompetenzen als praktischer Arzt gleich wichtig, die andere Hälfte erachtet die fachliche als noch wichtiger. Einigkeit herrscht jedenfalls darüber, dass Einfühlsamkeit ein sehr wichtiger Bestandteil ist, denn das Fachwissen allein reicht nicht aus. Man geht nicht zu einem Arzt, den man nicht leiden kann, auch wenn er fachlich noch so kompetent ist.

Rückmeldungen bekommt man für beide Fähigkeiten und vor allem Lob an die Persönlichkeit ist ein großer Motivationstreiber.

UK3.4: Auswirkungen von Patientenfeedback

Über positives Feedback freuen sich die Mediziner immer und es bestärkt sie, ihre Arbeit so gut wie möglich weiterzuführen. Außerdem tritt ein gewisser Lerneffekt auf, welche Therapien bei welchen Beschwerden erfolgreich verlaufen.

Negative konstruktive Stellungnahmen lassen Ärzte nicht kalt und sie denken zumindest darüber nach, wie sie es besser machen bzw. in Zukunft vermeiden könnte. Manche Doktoren sind durchaus zu einer Aussprache bereit und würden bzw. haben schon einmal von Patienten Kritisiertes abgeändert.

Unverständnis bis hin zu Ärger herrscht dagegen über ungerechtfertigte, nicht ergründbare Negativmeldungen.

Weiters wird erwähnt, dass in Hinblick auf manche Kritikpunkte, keine Veränderungen/Verbesserungen möglich sind (z.B. Wartezeiten).

UK3.5: Aktive Imagepflege wird kaum betrieben

Dem Großteil der Ärzte ist ihr Ansehen wichtig, besonders beim eigenen Patientenkollektiv, denn ein Praktiker mit eigener Ordination lebt vom Wiederkommen der Patienten. Es betreibt jedoch niemand aktive Imagepflege. Sie stärken und erhalten ihren Ruf eher dadurch, bemüht und kompetent zu behandeln und sich durch zufriedenstellende Therapien und Gespräche zu positionieren. Mehrmals kommt auch das Argument, eine aktive Pflege ist nie notwendig gewesen, da der Zulauf stets groß war. Hier muss erwähnt werden, dass auch Ärzte mit eigener Homepage dies nicht als imagepflegend sehen, obwohl man eine solche als rufbildenden Faktor bewerten könnte. Gesamt gesehen ist ein gutes Ansehen positiv für das Selbstwertgefühl, aber Ärzte definieren sich nicht (nur) über ihren Beruf und dessen Prestige.

K4: Patientenfeedback auf Online-Bewertungsplattformen

UK4.1: Die Nutzung von Online-Plattformen eher passiv

Keiner der Interviewten ist aktives Mitglied bei einer Online-Bewertungsplattform wie Docfinder, alle kennen diese aber zumindest vom Hörensagen. Es gibt einige Ärzte, die solche Plattformen überhaupt nicht nutzen, weil sie kein Interesse daran haben, nicht affin sind oder fürchten, sie würden sich ärgern oder sich die Kritik zu sehr zu Herzen nehmen. Von Angestellten, Freunden oder Patienten wissen trotzdem fast alle Interviewpartner, wie sie online bewertet werden. Die meisten sind Nutzer, jedoch in erster Linie passive Leser. Gründe für die Rezension sind Interesse, Neugier und Spaß. Wenige befragte Ärzte können sich eine aktive Beantwortung von Online-Bewertungen vorstellen. Für manche ist es verlockend, jedoch möchte man keine Diskussion im Internet anfangen. Das geht zu weit und kostet wieder viel Zeit. Konstruktive Kommentare können genauso wie persönliche Kritik zum Nachdenken und eventuellen Änderungen anregen.

Eine Internetplattform wird ab und an genutzt, um selbst einen Arzt zu suchen, trotzdem zählt die Empfehlung von Kollegen und die Mundpropaganda mehr. Ebenso – wie oben schon erwähnt – ist das persönliche Feedback geschätzter als jenes im Internet.

UK4.2: Die Einschätzung von Online-Plattformen überwiegend skeptisch

Die Meinung der Allgemeinmediziner zu Bewertungsplattformen im Internet geht in die kritische Richtung. Einzelfälle werden übertrieben und einseitig dargestellt, wenige Leute sind aktive Bewerter. Es wird gefühlt eher bei Unzufriedenheit eine Beurteilung abgegeben. Die Anonymität verstärkt die Unglaubwürdigkeit für Ärzte. Ein weiteres Problem ist die Verallgemeinerung.

Wenn nur ein Punkt nicht passt, so fällt schnell die Gesamtbeurteilung schlechter aus. Es ist nicht leicht, sich dagegen zu wehren, da es auch für fremde User schwer einschätzbar ist, der subjektiven Kritik Glauben schenken zu können oder nicht. Eine bessere Filterfunktion wäre wünschenswert. Es besteht auch der Verdacht, dass einige Ärzte ihren Bewertungen nachhelfen und es somit „Fake-Kommentare“ gibt.

Internetforen werden hauptsächlich von jungen Menschen genutzt, was das Online-Bild zusätzlich verzerrt.

Es wird eingeräumt, dass Bewertungsplattformen heutzutage dazugehören und es wichtig ist, einen Raum für Anmerkungen zu haben. Die meisten sind auch der Meinung, dass es aufgrund unterschiedlicher Erfahrungen sowohl positive als auch negative Kommentare gibt. Getroffen werden Ärzte von den negativen, die dann wohl länger im Gedächtnis bleiben.

Sich oft wiederholende Behauptungen oder die Übereinstimmung in Kombination mit persönlichen Erzählungen werden als glaubwürdig eingeschätzt, ebenso wenn gesamt gesehen eine Linie erkennbar ist.

Als Überblick und Entscheidungshilfe können die Online-Beurteilungen gute Dienste leisten, ein Bild muss man sich ohnehin selbst machen. Ratsam ist es, diese Plattformen nicht als einzige Informationsquelle heranzuziehen. Wichtig sind die ganzheitliche Betrachtung und das reflektierte Denken beim Rezipieren.

7.3. Beantwortung der Forschungsfragen

FF1: Wie wird die Interaktion zwischen Arzt und Patient aus Sicht der Ärzte beschrieben und welche Merkmale sind ausschlaggebend?

FF1.1: Inwiefern kann aus ärztlicher Sicht eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient gewährleistet werden?

Die Einstellung zu einer patientenorientierten Kommunikation wird in einzelnen Studien kontrovers diskutiert. In dieser Forschungsarbeit zeigt sich, dass Gespräche auf Augenhöhe sowie Einigkeit zwischen Arzt und Patient größtenteils angestrebt werden. Was oft als gegenteilig postuliert wird, ist die Klarheit und Bestimmtheit in der Kommunikation. Vielmehr ergänzt sie aber das partnerschaftliche Gespräch, da durch die Klarheit besser gemeinsame Entscheidungen gefällt werden können.

Wie in der Theorie schon oftmals belegt, ist der Zeitfaktor in der Kommunikation entscheidend. Ärzte wollen prinzipiell auf einer persönlichen Ebene mit den Patienten kommunizieren und auf die Bedürfnisse der Patienten eingehen, allerdings erlauben die Zeitressourcen oft keine ausschweifenden Gespräche. Das Zum-Punkt-Kommen erleichtert die Prognose und die Besprechung weiteren Vorgehens.

Höflichkeit und Sachlichkeit helfen, das Gesprächsklima angenehm und professionell zu gestalten. Zu fordernde oder aggressive Patienten können die Kommunikation und das Miteinander-Arbeiten ins Negative beeinflussen. Eine gewisse Distanz hilft bei der Wahrung der Verhältnisse und wird von einigen Ärzten sogar als notwendig für eine gelingende Interaktion erachtet.

Herausstechend war die Betonung der Relevanz von Sprache, ohne die ein verständigungsorientiertes Kommunizieren schwer möglich ist. Das Sich-Verstehen ist für beide Seiten in der Arzt-Patienten-Kommunikation von großer Bedeutung. Dieser Faktor wurde in den Vorrecherchen nicht berücksichtigt, da kein Fokus darauf lag. Über interkulturelle Kommunikation gibt es viele Quellen und denen sollten in zukünftigen Forschungen mehr Beachtung geschenkt werden.

Infolgedessen können folgende Annahmen vorübergehend formuliert werden:

Hyp1.1.1: Wenn Gespräche auf Augenhöhe zwischen Arzt und Patient angestrebt werden, dann wird aus Sicht der Ärzte eine gute Kommunikation gewährleistet.

Hyp1.1.2: Wenn Patienten schnell zum Punkt kommen, dann wird aus Sicht der Ärzte eine gute Kommunikation gewährleistet.

Hyp1.1.3: Wenn eine gewisse Distanz auf beiden Seiten eingehalten wird, dann wird aus Sicht der Ärzte eine gute Kommunikation gewährleistet.

Hyp1.1.4: Wenn Arzt und Patient dieselbe Sprache sprechen, dann wird aus Sicht der Ärzte eine gute Kommunikation gewährleistet.

FF1.2: Inwiefern kann aus ärztlicher Sicht eine gute Beziehung zwischen Arzt und Patient gewährleistet werden?

Patienten als Menschen zu behandeln und nicht (nur) als Hilfesuchenden zeigt die Bereitschaft des Shared-Decision-Making und der gemeinsamen Bestimmung über den weiteren Behandlungsverlauf. Beidseitiger Respekt und keine Vorverurteilung machen aus Arzt und Patient gleichgestellte Partner und lösen das Konstrukt vom Gott in Weiß und seinen „abhängigen Bittstellern“ weiter auf.

Dass Vertrauen eine große Rolle in der Arzt-Patienten-Beziehung spielt, konnte man im Vorfeld beinahe in jeder Literatur lesen. Auch bei den Interviews befand man diesen Begriff als beziehungsbildend. Gesundheit ist ein fragiles Gut und um dieses mit jemanden zu teilen, erfordert es Vertrauen.

Mit dem Konstrukt Vertrauen hängen sehr viele andere genannte Faktoren zusammen. Der behutsame Umgang, das Bemühen um Erfolg sowie das ehrliche Interesse am Patienten und seinen Problemen wirken sich förderlich aus.

Empathie, welche von allen Ärzten als wichtig deklariert wird, steht ebenfalls eng mit dem Vertrauensverhältnis in Verbindung. Freundlichkeit, Sich-Einlassen bzw. Neu-Einstellen auf den Patienten und Verständnis-Haben ist wesentlich und kann bei psychisch bedingten Problemen „Wunder bewirken“. Trotzdem wird von mehreren Ärzten unterstrichen, dass diese Empathie mit einzelnen Personen – wie es im Leben ist – nicht gelingt. Trotzdem sollten alle Patienten (zumindest medizinisch) gleichbehandelt werden.

Möglicherweise gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Unverständnis, warum manche Menschen kommen und einer guten Beziehung zu diesen. Es könnte als Zeit- und Ressourcenverschwendung gesehen werden, was sich negativ auf die Einstellung zu und die Beziehung mit Patienten auswirken könnte.

Vorübergehend werden demnach vier Hypothesen aufgestellt:

Hyp1.2.1: Je eher das Shared-Decision-Making zwischen Arzt und Patient praktiziert wird, desto besser kann aus Sicht der Ärzte eine gute Beziehung gewährleistet werden.

Hyp1.2.2: Je stärker das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist, desto besser kann aus Sicht der Ärzte eine gute Beziehung gewährleistet werden.

Hyp1.2.3: Je stärker die Empathie zwischen Arzt und Patient ist, desto besser kann aus Sicht der Ärzte eine gute Beziehung gewährleistet werden.

Hyp1.2.4: Je öfter Patienten ohne einen für den Arzt ersichtlichen Grund kommen, desto eher wirkt sich das negativ auf deren Beziehung aus.

FF1.3: Inwiefern spielen private Interaktionen zwischen Arzt und Patient eine Rolle?

Private Interaktionen haben nur in dem Sinn eine Bedeutung, dass es zu freundschaftlichen Verhältnissen und privaten Gesprächen im Berufsalltag der Ärzte kommt. Diese Art von Interaktion ist nicht selten und hat den Vorteil, dass man sich besser kennt und auf einer Ebene kommuniziert. Den Nachteil bilden der Distanz- und Zeitverlust, da es passieren kann, dass der Arzt aufgrund des freundschaftlichen Kontaktes mehr „Ablenkung“ zulässt.

Private Beziehungen außerhalb des Berufsalltags gibt es mit Personen, mit denen man vorher schon außerhalb des Berufsumfeldes verkehrt hat. Umgekehrt, dass Patienten im Laufe der Zeit zu Freunden werden, kommt äußerst selten vor, wird aber auch nicht induziert oder gewünscht. Andere Berührungspunkte können dies begünstigen. Die Trennung von Beruf- und Privatleben und Distanzhaltung ist Ärzten ein Anliegen.

Hyp1.3.1: Wenn private Interaktionen zwischen Arzt und Patient zustande kommen, dann führt das oft zu freundschaftlichen Verhältnissen im beruflichen Umfeld.

Hyp1.3.2: Wenn es schon im Vorfeld der medizinischen Betreuung privaten Kontakt gab, dann besteht diese Beziehung auch außerhalb des beruflichen Umfeldes weiter.

Hyp1.3.3: Wenn es Berührungspunkte außerhalb des beruflichen Umfeldes gibt, dann entwickeln sich am ehesten private Kontakte zwischen Arzt und Patient.

FF1.4: Inwiefern wirken sich Veränderungen im beruflichen Alltag auf die Interaktion mit Patienten aus Sicht der Ärzte aus?

Die heutige Gesellschaft lebt und handelt im Allgemeinen anders als noch jene vor einigen Jahrzehnten. Diverse Entwicklungen wirken sich auf alle Systeme der Gesellschaft aus. Es herrscht eine Konsumgesellschaft und auch die Erziehung ist dahingehend ausgerichtet, weswegen diese Entwicklung stärker bei den Jüngeren bemerkbar ist. Zeit ist nicht nur bei Medizinern eine knappe Ressource, sondern auch bei Patienten. Eine schnelle Behandlung ist häufig schon zentraler für den Kranken als der freundschaftlichere Kontakt zu dem Arzt. Die Zeit der „Götter in Weiß“ ist vorüber und hohe Erwartungen sowie Zeitdruck beeinflussen die Interaktion zwischen Arzt und Patient zusätzlich.

Ein viel erforschtes und zentrales Element der Veränderung – gesellschaftsübergreifend – ist das Internet und die Möglichkeiten, die es hervorbringt. Es besteht die Option, die A-P-K zu erweitern und über das interaktive Medium zu kommunizieren, was jedoch wenig Anklang bei Ärzten findet, da es mit mehr Zeit und Erwartungen verbunden ist. Der zweite große Bereich ist die Informationssuche und Selbstdiagnose mithilfe des Internets. Die Interaktion wird dahingehend verändert, dass weit mehr Begründungs- und Aufklärungsarbeit aufgrund diverser Fragen und Befürchtungen notwendig ist. Auch hierbei besteht das Bedürfnis vorwiegend bei der jüngeren Generation, da diese sich viel mit dem Internet beschäftigen. Ärzte sehen diese „Halb-Bildung“ durchwegs bedrohend, da dadurch die Unsicherheit steigt. Möglicherweise suchen Patienten daher im Überfluss ihre Hausärzte auf, um sich abzusichern, was die Ressourcen weiter einschränkt.

Als positive Veränderung wurde ein teils offener Umgang mit heiklen Themen wie Haut- oder Geschlechtskrankheiten beobachtet. Durch eine bessere Aufklärung schämen sich die Menschen nicht mehr allzu sehr, um Hilfe aufzusuchen und sich behandeln zu lassen. Auch psychische Probleme werden nicht an den Rand der Gesellschaft und ins Verborgene gedrängt. Dadurch ist eine aufgeschlossener Kommunikation möglich.

Als Letztes soll hier auch die persönliche Weiterentwicklung der Ärzte genannt werden, die primär von berufsälteren Medizinern aufgezeigt wurde. Durch die Routine lernt man, wie man für sich am besten arbeiten kann, was sich auch auf die Interaktion mit Patienten auswirkt. Genannt wurde etwa das erfolgreiche Lenken von Gesprächen in die richtige Richtung oder das ausdrückliche Setzen von Grenzen.

Diese diversen Entwicklungen lassen den Schluss auf folgende vorübergehende Hypothesen zu:

Hyp1.4.1: Wenn Menschen in einer Konsumgesellschaft aufwachsen, dann erhöht das die Erwartungen an Ärzte.

Hyp1.4.2: Wenn Ärzte die Möglichkeiten im Internet für die A-P-K nutzen, dann erhöht das die Erwartungen an Ärzte.

Hyp1.4.3: Wenn sich Patienten im Internet über medizinische Angelegenheiten informieren, dann führt das zu vermehrtem Aufklärungsbedarf auf ärztlicher Seite.

Hyp1.4.4: Je besser die Gesellschaft aufgeklärt ist, desto offener ist der Umgang mit heiklen Gesundheitsthemen in der A-P-K.

Hyp1.4.5: Je mehr Routine ein Arzt hat, desto besser kann er die A-P-K lenken.

FF2: Was kennzeichnet aus Sicht der Ärzte die Feedbackkultur und welche Reaktionen werden beschrieben?

FF2.1: Inwiefern wünschen und bekommen Ärzte Feedback von Patienten?

Trotz dessen, dass die meisten Ärzte schon den Wunsch nach Feedback haben, ist der interessante Gegenpol dazu, dass keine aktive Frage danach gestellt wird. Ein Grund, der etliche Male genannt wurde, ist das ungefragte Bekommen von Rückmeldungen. Fraglich ist trotzdem die Tatsache, niemals nach Resonanzen zu fragen, obwohl das Interesse da wäre. Motive dafür könnten die Zeitknappheit oder das Fürchten vor negativen Aussagen sein. Dem widerspricht aber die Angabe, dass die meisten Feedbacks positiver Natur sind bzw. Dank und Lob ausdrücken. Negative Kritik gibt es besonders aufgrund organisatorischer Ärgernisse wie lange Wartezeiten, was wiederum das Nicht-Warten-Wollen der Menschen beweist.

Angesprochen wurde ferner das indirekte Feedback, welches nicht erfragt werden kann. Das Wiederkommen bzw. der Verbleib als Patient wird als indirekt positives Feedback betrachtet. Im Gegensatz dazu wird das Nicht-Mehr-Kommen, wenn dies nicht aus speziellen Gründen, wie zum Beispiel Wegziehen oder Tod passiert, als negative Resonanz gesehen.

Aus den Ergebnissen werden die folgenden vorübergehenden Annahmen aufgestellt:

Hyp2.1.1: Wenn Ärzte den Wunsch nach Patientenfeedback haben, dann wird trotzdem kaum aktiv danach gefragt, da es ungefragt kommuniziert wird.

Hyp2.1.2: Wenn Ärzte unter Zeitdruck stehen, dann fragen sie nicht aktiv nach Patientenfeedback.

Hyp2.1.3: Wenn Ärzte negative Rückmeldungen fürchten, dann fragen sie nicht aktiv nach Patientenfeedback.

Hyp2.1.4: Wenn Ärzte Feedback von Patienten bekommen, dann ist das vorwiegend auf mündlicher Ebene und positiv.

Hyp2.1.5: Wenn Personen lange als Patienten erhalten bleiben, dann wird das von Ärzten als indirektes positives Feedback gedeutet.

Hyp2.1.6: Wenn Patienten den Arzt ohne ersichtlichen Grund wechseln, dann wird das von Ärzten als indirektes negatives Feedback gedeutet.

FF2.2.: Welche Auswirkungen haben positive und negative Rückmeldungen von Patienten?

Positives Feedback hat mehrfache positive Effekte. Einerseits unterstützt es den Arzt, der sich darüber freut und sich in seinem Tun bestärkt fühlt. Daraus kann ein Mehr an Bemühen resultieren, was sich wiederum günstig auf den Patienten auswirkt. Außerdem hat es einen prägenden Lerneffekt, welche Beschwerden mit welchen Mitteln behandelt werden können.

Die negative Kritik betreffend geht die Gefühlsspanne viel weiter. Deziert aus der Forschung abzuleiten ist, dass Ärzte über Beschwerden durchaus nachdenken. Die Emotionen reichen von Dankbarkeit für das Aufmerksam-Machen, über Unsicherheit bis hin zu Zweifel. Auch Änderungen im Ablauf oder Verhalten können Ergebnis von gerechtfertigtem, konstruktivem Feedback sein. Ungerechtfertigte Kritik hingegen bringt Gleichgültigkeit, Unverständnis oder Ärger. Dazu muss hinzugefügt werden, dass die Definition von gerechtfertigt, hilfreich und konstruktiv immer sehr subjektiv ist. Wie schon in der Theorie argumentiert, fürchten Hilfesuchende negative Sanktionen, wenn sie sich kritisch äußern. Dies kann auch in dieser Forschungsarbeit bestätigt werden. Subjektiv wichtige Anklagepunkte des Patienten könnte der Arzt als ungerechtfertigt erachten und Unmut auslösen, weshalb diese weniger angesprochen werden.

Hyp2.2.1: Wenn Ärzte positives Feedback von Patienten bekommen, dann bestärkt sie das in ihrer medizinischen Tätigkeit.

Hyp2.2.2: Wenn Ärzte negatives, aber konstruktives Feedback von Patienten bekommen, dann regt dies zum Nachdenken an und kann Veränderungen bewirken.

Hyp2.2.3: Wenn Ärzte negatives, nicht konstruktives Feedback von Patienten bekommen, dann löst dies negative Gefühle dem Patienten gegenüber aus.

FF2.3: Inwiefern hängt die Relevanz von einfühlsamen Kompetenzen mit der Feedbackkultur zusammen?

Aus den Befragungen geht hervor, dass empathische Kompetenzen einen wichtigen Stellenwert für Ärzte einnehmen. Ob das Einfühlsame genauso wichtig ist wie das Fachliche, darüber gibt es verschiedene Ansichten. Feedback bekommt man jedenfalls für beides und das gerne. Lob für die Persönlichkeit und die Empathie wird aber als noch größerer Motivationstreiber gesehen.

Da alle Ärzte einfühlsame Fähigkeiten als relevant ansehen, kann kein Vergleich mit gegenteiligen Einstellungen gezogen werden. Daher kann nicht ausgesagt werden, ob es bei Ärzten mit einer abweichenden Einstellung zu dem Thema, anders wäre.

H2.3.1: Wenn Ärzte einfühlsame Kompetenzen als relevant erachten, dann bekommen sie vermehrt positives Feedback dafür.

H2.3.2: Wenn Ärzte positives Feedback für ihre einfühlsamen Kompetenzen bekommen, dann wirkt das als großer Motivationstreiber.

FF2.4: Inwiefern hängt die Relevanz des Images mit der Feedbackkultur zusammen?

Den meisten Ärzten ist ihr Image, wie schon aus Vorstudien hervorgeht, wichtig. Interessanterweise sagen aber alle aus, nichts dafür zu tun bzw. keine aktive Imagepflege zu betreiben. Die Feedbackkultur wird davon kaum beeinflusst, denn es bewegt Ärzte nicht dazu, etwa mehr Möglichkeiten für Rückmeldungen zu schaffen.

Durch ihr Bemühen, ihre Kommunikation und gute Medizin wollen sich Ärzte positionieren. Mehr ist laut Ärzten nicht notwendig, denn wenn der Zulauf nicht abreißt und die Ordination gut läuft, ist das Bestätigung für sich.

Manche Ärzte haben etwa eine Homepage oder senden Newsletter aus, was als „aktiv imagebildend“ angesehen werden könnte. Es ist denkbar, dass sie das nicht für ihren Ruf, sondern aus Informations- oder Aufklärungsgründen machen. Möglicherweise hätte die Frage anders gestellt oder definiert werden sollen.

Alles in allem lassen sich dennoch folgende vorübergehende Annahmen treffen:

H2.4.1: Wenn Ärzte ihr Image als relevant erachten, dann hat das keine direkten Auswirkungen auf die Feedbackkultur.

H2.4.2: Wenn Ärzte ihr Image als relevant erachten, dann hat das nicht zwingend eine aktive Imagepflege zur Folge.

FF3: Wie werden Arzt-Bewertungsplattformen im Internet von Ärzten beurteilt und welche Faktoren beeinflussen ihre Einstellung dazu?

FF3.1: Inwiefern besteht ärztliches Interesse an den Inhalten und Möglichkeiten auf Arzt-Bewertungsplattformen?

Bei der Mehrzahl der Interviewpartner besteht ein gewisses Interesse an den Inhalten über sich selbst auf Bewertungsplattformen. Dieses Interesse ist dezidiert eher passiver

Natur. Die Lesemotive sind Neugier und Spaß daran. Eine aktive Mitgliedschaft hatte keiner der Ärzte und war auch für keinen vorstellbar.

Außerdem ist für fast alle eine aktive Beantwortung der Kommentare nicht erwägenswert. Die Argumente dagegen sind Zeitmangel, Tätigkeitsüberschreitung, Ärger über Beiträge oder das Vermeiden-Wollen von Diskussionen im Internet.

Es gibt Ärzte, die sich kaum bis gar nicht auf solchen Plattformen bewegen, die meisten wissen jedoch von ihrem Umfeld, wie sie bewertet werden. Persönliches Feedback erachten Ärzte als bedeutungsvoller und ansprechender.

Zwar wird die Plattform auch teilweise bei der eigenen Arztsuche genutzt, jedoch zählen auch hier private Empfehlungen mehr.

Hyp3.1.1: Wenn ärztliches Interesse an Bewertungsplattformen besteht, dann werden die Bewertungen lediglich gelesen und nur von wenigen Ärzten kommentiert.

Hyp3.1.2: Wenn ärztliches Interesse an Bewertungsplattformen besteht, dann hat das keine aktive Mitgliedschaft zur Folge.

Hyp3.1.3: Wenn Ärzte persönliches Feedback bekommen, dann erachten sie das relevanter als jenes auf Bewertungsplattformen.

FF3.2: Wie beurteilen Ärzte den allgemeinen Nutzen und die Glaubwürdigkeit von Arzt-Bewertungsplattformen?

Im Allgemeinen lässt sich die Einstellung der Ärzte zu den Bewertungsplattformen beschreiben als nicht zu vermeidender, Skepsis erzeugender, aber überblicksschaffender Faktor, den man schwer beeinflussen kann.

Einen gewissen Nutzen bringen solche Portale schon mit sich, da sie als Hilfestellung dienen können. Besonders junge Menschen nützen sie zur Informations- und Orientierungshilfe. Heutzutage gibt es für alles Bewertungen, was den Usern ein Gefühl der Kontrolle und Sicherheit gibt. Trotzdem können Inhalte schwer abgeschätzt werden.

Die Glaubwürdigkeit wird jedoch durch mehrere Argumente angezweifelt. Häufig gibt es Einzelmeinungen, die übertrieben dargestellt werden, aber nichts Objektives aussagen. Es wird die Meinung vertreten, dass zufriedene Patienten in der Regel viel seltener Bewertungen abgeben.

Weiters wird die Anonymität als zusätzliches Problem der Glaubwürdigkeit gesehen.

Auch die Verallgemeinerung verzerrt laut Medizinern das Bild. Denn wenn ein Punkt zu Unzufriedenheit führt, wird das oft generalisiert und auf diverse andere übertragen. Da vorwiegend junge Menschen die Portale nutzen, ist die Meinung der älteren Personen, die mit ihren Hausärzten zum Großteil sehr zufrieden sind, kaum vertreten.

Als glaubwürdig werden sich oft wiederholende und von verschiedenen Usern beschriebene Behauptungen erachtet und vor allem, wenn eine rote Linie erkennbar ist. Auch die Übereinstimmung von Online-Bewertungen und persönlichen Erfahrungsberichten lässt die Kommentare glaubhaft erscheinen, weswegen Ärzte raten, das Internet nicht als einzige Quelle zu nutzen.

Hyp3.2.1: Wenn Arzt-Bewertungsplattformen nicht als einzige Quelle herangezogen werden, dann werden sie von Ärzten als nützliche Orientierungshilfe erachtet.

Hyp3.2.2: Wenn Ärzte mit Anonymität, Übertreibung und Verallgemeinerung auf Arzt-Bewertungsplattformen konfrontiert sind, dann beurteilen sie diese als unglaubwürdig.

Hyp3.2.3: Je öfter sich Behauptungen auf Arzt-Bewertungsplattformen wiederholen, desto glaubwürdiger werden sie von Ärzten beurteilt.

FF3.3: Inwiefern wird auf ärztlicher Seite auf die Bewertungen auf Arzt-Bewertungsplattformen reagiert?

Eine Beantwortung der einzelnen Kommentare ist aus diversen Gründen wie Zeitinanspruchnahme oder Vermeidung von Diskussionen im Internet für viele Ärzte nicht denkbar.

Eingeräumt wird, dass konstruktive Kritik genauso wie persönliche dazu anregen kann, gewisse Abläufe zu überdenken und ggf. auch anzupassen. Das bedeutet, Online-Statements haben eher eine passive, indirekte Auswirkung, weniger eine direkte wie zum Beispiel eine „Aussprache“ oder Rechtfertigung im Internet.

Hyp3.3: Wenn Patienten konstruktive Kritik auf Arzt-Bewertungsplattformen üben, dann reagieren Ärzte eher passiv in Form von Nachdenken, als aktiv im Internet.

FF4: Inwiefern beeinflusst die Gesamtnote auf Bewertungsplattformen die Einstellung von Ärzten zu Arzt-Bewertungsplattformen?

Bei der Aufstellung der quantitativen Messwerte von Docfinder zeigt sich ein ähnliches Bild bei allen interviewten Ärzten.

<u>Ranking der interviewten Ärzte auf Docfinder (beste erreichbare Punktezahl ist 5,0):</u>		
Interviewpartner A	4,6	8 Bewertungen
Interviewpartner B	4,8	14 Bewertungen
Interviewpartner C	4,8	9 Bewertungen
Interviewpartner D	4,7	14 Bewertungen
Interviewpartner E	4,8	10 Bewertungen
Interviewpartner F	5,0	24 Bewertungen
Interviewpartner G	4,6	6 Bewertungen
Interviewpartner H	4,6	16 Bewertungen
Interviewpartner I	4,5	7 Bewertungen
Durchschnitt	4,7	12 Bewertungen

Abbildung 5 Ranking der interviewten Ärzte auf Docfinder (vgl. Docfinder, Stand 04.08.2019)

Da bei meinen Interviewpartnern der Abstand zwischen dem am besten Bewerteten (5,0) und dem am schlechtesten Bewerteten (4,5) nur sehr gering ist, können keine Rückschlüsse gezogen werden, ob die Bewertungen möglicherweise Einfluss auf die Einstellung zu Bewertungsplattformen haben könnten. Ein Profil sticht dennoch hervor, jenes von Interviewpartner F, der sowohl die beste Punkteanzahl als auch die meisten Bewertungen hat.

Generell werden alle von mir befragten Ärzte online sehr positiv bewertet, im Durchschnitt erreichen sie mit 12 Bewertungen einen Punktwert von 4,7. Das bedeutet in weiterer Folge, dass ich auf meine vierte Forschungsfrage keine vorübergehenden Hypothesen aufstellen kann.

Berufsalter und Geschlecht:

Das Berufsalter der Ärzte hat bei den geführten neun Interviews wenig auffallenden Einfluss. Die einzig auffällige Altersunterscheidung war, dass Neueinsteiger kaum etwas zu Veränderungen im Beruf sagen konnten, da sie noch nicht so viel Erfahrung haben. Auch eine Tendenz, dass junge Ärzte vermehrt auf den Online-Plattformen verkehren – lesen und möglicherweise auch antworten – könnte man spekulieren, auch wenn nicht alles dafür spricht. Da diese Annahme nicht eindeutig war, wurde keine Hypothese dahingehend formuliert.

Bezüglich des Geschlechtes finden sich keine signifikanten Differenzen. Sowohl die meisten befragten Ärzte als auch die meisten befragten Ärztinnen ziehen eine Kommunikation auf persönlicher Ebene vor. Daher können zu diesem Faktor keine vorübergehenden Annahmen getroffen werden.

8. Fazit und Ausblick

Die Feedbackkultur zwischen Ärzten und Patienten bedarf im Bereich Arzt-Patienten-Kommunikation weiterer Forschung. Das Thema Kommunikation ist prinzipiell ein komplexes und sich weiterentwickelndes Phänomen. Der vertiefende Blick auf das Rückmeldungsverhalten und die Einstellung dazu ist mit der vorliegenden Forschungsarbeit zwar im Ansatz untersucht worden, jedoch konnte noch kein umfassendes Verständnis darüber generiert werden. Die Einflussfaktoren gehen über erfragte Punkte hinaus. Hier sei angemerkt, dass die Untersuchungsergebnisse dieser Arbeit auf qualitativen Daten beruhen, welche aufgrund der geringen Stichprobengröße keine Abbildung der gesamten Branche darstellen. Demnach könnte bei nachfolgenden Forschungsarbeiten sowohl ein quantitativer als auch qualitativer Zugang gewählt werden, um Forschungslücken im Bereich der Feedbackkultur zu schließen.

Mit einer quantitativen Analyse lassen sich auch bessere Rückschlüsse in Bezug auf sozio-demografische Besonderheiten ziehen. Eine größere Stichprobe erlaubt zusätzlich mehr Generalisierungen und kann bestimmte Hypothesen stärken oder widerlegen.

Relevant für zukünftige Forschungen könnte die Ansicht der Patienten zu derselben Thematik sein. Dazu müsste ein auf Patienten zugeschnittener Leitfaden konzipiert werden. Danach lassen sich Arztsicht und Patientensicht gegenüberstellen und Gemeinsamkeiten und Unterschiede ausarbeiten.

Außerdem könnte der Vergleich zu Spitalsärzten interessant sein. Möglicherweise gibt es auch einen Unterschied zwischen Kassen- und Wahlärzten, da Wahlärzte evtl. noch patientenorientierter arbeiten müssen, um ihre Klientel zu halten. Ebenfalls die Sicht von in anderen Medizinbereichen Tätigen wie beispielsweise Pfleger und Arzthelfer bzw. Ordinationshilfen könnten aufschlussreiche Ergebnisse hervorbringen, da sie andere Aufgaben innehaben und andersartige Beziehungen führen.

Anhand der verschiedenen Rollen und Meinungen ließe sich ein momentanes Bild bezüglich der Feedbackkultur im Medizinsystem zeichnen, welches für Maßnahmen herangezogen werden könnte, um Weiterentwicklungen abschätzen und vorantreiben zu können.

Eine intensivere Auseinandersetzung mit den Feedbackmöglichkeiten im Internet ist ein weiterer denkbarer Forschungsgegenstand. In dieser Arbeit wurden davon nur die quantitativen Aspekte wie Gesamtpunktezahl und Kommentaranzahl berücksichtigt, aber es könnte sinnvoll sein, eine qualitative Analyse der Einträge vorzunehmen.

Bedeutend könnte durchaus die Rolle der Medien sein, welche die Arzt-Patienten-Beziehung indirekt beeinflusst. Einerseits, wie in dieser Analyse unter anderem berücksichtigt wurde, die Interaktions- und Rückmeldungsmöglichkeiten im Internet, die vermutlich weiter an Bedeutung zunehmen werden. Andererseits zeigt die Recherche (siehe Kapitel 3.5.), dass das Thema in den Medien immer wieder teilweise zwiespältig diskutiert wird und dadurch auch zur öffentlichen Meinungsbildung beiträgt. Daher ist auch hier ein Zusammenhang mit der Arzt-Patienten-Interaktion möglich.

9. Quellenverzeichnis

9.1. Literaturquellen

Altendorfer, Laura-Maria: Neue Formate der digitalen Gesundheitskommunikation. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. 2017.

Ambrecht, Wolfgang / Zabel, Ulf (Hrsg.): Normative Aspekte der Public Relations. Grundlegende Fragen und Perspektiven. Eine Einführung. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH. 1994.

Balint, Michael: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. 11. Auflage. Stuttgart: J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH. 2010.

Baur, Nina / Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien. 2014.

Buber, Renate / Holzmüller, Hartmut H. (Hrsg.): Qualitative Marktforschung. Konzepte – Methoden – Analysen. Wiesbaden: Gabler Verlag. 2009.

Drozda, Julia / Hubmann Ines: Gesundheitsangebote im Internet. Eine Untersuchung der Perspektiven von PatientInnen, ÄrztInnen und Pharmakonzernen. Magisterarbeit. Universität Wien. 2014.

Flick, Uwe / von Kardoff, Ernst / Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 9. Auflage. Reinbek: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag. 2012.

Floer, Bettina / Schnee, Melanie / Böcken, Jan: Shared Decision Making. Gemeinsame Entscheidungsfindung aus der ärztlichen Perspektive. In: Medizinische Klinik. Nummer 8. 2004. S. 435-440.

Fuchs, Hans-Joachim: Ärztliche Konsultation und Patientenfeedback. In: Wege zur patientenorientierten Medizin. Hrsg. Fuchs, Hans-Joachim. Wien: ÖÄK-Verlag. 2002. S.11-25.

Gigerenzer, Gerd / Gray, J.A. Muir (Hrsg.): Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 2013.

Gläser, Jochen / Laudel, Grit: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 2., durchgesehene Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2006.

Gottschlich, Maximilian: Medizin und Mitgefühl : die heilsame Kraft empathischer Kommunikation. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Wien/Köln/Weimar: Böhlau Verlag. 2007.

Habermas, Jürgen: Theorie des kommunikativen Handelns. Band 2. Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag. 1981.

Höflich, Joachim R.: Der Mensch und seine Medien. Mediatisierte interpersonale Kommunikation. Eine Einführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien. 2016.

Hurrelmann, Klaus / Leppin, Anja (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Verlag Hans Huber: Bern. 2001.

Koch, Christoph (Hrsg.): Achtung: Patient online! Wie Internet, soziale Netzwerke und kommunikativer Strukturwandel den Gesundheitssektor transformieren. Gabler Verlag: Wiesbaden. 2010.

Lamnek, Siegfried: Qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Beltz Verlag: Weinheim. 2010.

Luhmann, Niklas: Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt/Main: Suhrkamp Verlag. 1987.

Mayer, Horst Otto: Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung. 6., überarbeitete Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH. 2013.

Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. 2015.

Parsons, Talcott: Gesellschaften. Evolutionäre und komparative Perspektiven. Frankfurt/Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag. 1972.

Qualitas- Zeitschrift für Qualität und Entwicklung in Gesundheitseinrichtungen: Patientenzufriedenheit in Ordinationen - eine Erfolgsgeschichte. Nr. 03/2015. S.40-41.

Rossmann, Constanze / Hastall, Matthias (Hrsg.): Medien und Gesundheitskommunikation. Befunde, Entwicklungen, Herausforderungen. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. 2013.

Schwartz, Friedrich Wilhelm (u.a.) (Hrsg.): Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH. 2010. In: Fuchs, C. (u.a.) (Hrsg.): Report Versorgungsforschung. Band 2.

Sturm, Eckart: Renaissance des Hausarztes. Konzept für eine wissenschaftliche Grundlegung hausärztlicher Tätigkeit und für eine Wissenschaft vom Patienten. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag. 1983.

Taher, Mahmud / Graeme, Catto: Better patient feedback, better healthcare. 1st edition. Cumbria, England: M & K Publishing. 2012.

Weber, Manfred: Das Arzt-Patienten-Verhältnis aus Sicht der Internisten. In: Schumpelick/Vogel. 2006. S.257-272. In: Schumpelick, Volker / Vogel, Bernhard (Hrsg.): Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel. Beiträge des Symposiums vom 15. bis 18. September 2005 in Cadenabbia. Im Auftrag der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. - Orig.-Ausg. - Freiburg im Breisgau [u.a.]: Herder, (2006).

Westbrook, Robert A.: Product/Consumption-based Affective Responses and Postpurchase Process. Journal of Marketing Research, Vol. 24. August 1987. S.258-270.

Zimmermann, Roland: Produktbewertungen im Internet. Eine theoretische und empirische Analyse von nutzergenerierten Inhalten in Bewertungsportalen und deren Einfluss auf die Produktbewertung von Nutzern. Kassel, Germany: Kassel University Press GmbH. 2014.

9.2. Internetquellen

Ärztammer Steiermark (AEKSTMK): Fakten zur Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation. In: "Psychologische Medizin", Josef W. Egger. 18. Jahrgang 2007, Nummer 4. In: <https://www.aekstmk.or.at/349?articleId=2224> (31.10.2016)

Ärztammer Steiermark (AEKSTMK): Fakten zur Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation. In: "Psychologische Medizin", Josef W. Egger. 18. Jahrgang 2007, Nummer 4. In: <https://www.aekstmk.or.at/349?articleId=2224> (31.10.2016)

ÄrzteZeitung Online: Praxischefs ziehen Lehren aus den Voten. Berlin: Springer Medizin Verlag GmbH. 27. Oktober 2016. In: http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/praxismanagement/praxisfuehrung/artic/e/922443/onlinebewertung-patientenkritik-laesst-aerzte-nicht-kalt.html (14.01.2017)

Beleites, Eggert: Ist der Wandel des Arzt-Patienten- Verhältnisses Folge des medizinischen Fortschrittes? S.81-97. In: Arzt und Patient. Beiträge des Symposiums vom 15. bis 18. September 2005 in Cadenabbia. Freiburg. 2006. In: <http://www.kas.de/wf/de/33.8988/> (12.11.2016)

DiePresse online: So viele Ärzte wie noch nie - Aber: Pensionswelle droht. 20.November 2016, 19:21 Uhr. In: http://diepresse.com/home/politik/innenpolitik/5121416/So-viele-Aerzte-wie-noch-nie-Aber_Pensionswelle-droht (24.11.2016)

DA VINCI 3000 GmbH: Wertesysteme.de. Enzyklopädie der Wertvorstellungen. 2014-2019 (letzte Aktualisierungen unterschiedlich). In: <https://www.wertesysteme.de/> (30.04.2019)

DocCheck Medical Services GmbH: Medizinisches Fachportal. Definition Zufriedenheit. 2019. In: www.doccheck.com (30.04.2019)

DocCheck Medical Services GmbH: Arzt-Patient-Beziehungsstatus: Es ist kompliziert. 6. November 2013. In: <http://news.doccheck.com/de/32097/arzt-patient-beziehungsstatus-es-ist-kompliziert/>. (12.11.2016)

Docfinder GmbH: Ärzte finden. Termine online buchen. In: <https://www.docfinder.at/>.
Stand 04.08.2019. (06.08.2019)

Docfinder GmbH: Über Docfinder. Wien. 2016. In: <http://www.docfinder.at/ueberuns/>
(07.02.2017)

ECO: Gläserne Unternehmen: Die Macht der Online-Bewertungen. ORF2-Sendung.
13.06.2019. 22:30 Uhr. In: <https://tvthek.orf.at/profile/Eco/11523082/Eco/14016703>
(18.06.2019)

Helmchen, Hanfried: Arzt-Patienten-Verhältnis. Zwischen Individualisierung und
Standardisierung. Ein erfahrungsbegründeter Ermessensspielraum des Arztes muss
offen gehalten werden. In: Deutsches Ärzteblatt online. 1. April 2005.
www.aerzteblatt.de/aufsaeetze/0503 (12.11.2016)

IPK – Institut für interpersonelle Kommunikation. 2016. In: <http://www.institut-ipk.at>.
(28.10.2016)

Müller-Jentsch, Walther: Theorie des kommunikativen Handelns. In: Research Gate.
2014.
https://www.researchgate.net/publication/283123299_Theorie_des_kommunikativen_Handelns (27.11.2018)

Österreichische Ärztekammer (ÖÄK): Dr. Google: Arztbesuch versus Internet? O.J. In:
http://www.aerztekammer.at/newsfactstrends/-/asset_publisher/ZUn5/content/id/11466984 (04.02.2017)

Österreichische Ärztezeitung: Gesundheit darf kein Missverständnis sein! Interview mit
Menz Florian. Wien: Verlagshaus der Ärzte Gesellschaft mbH. Nr. 7 / 10.4.2009. In:
<http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2009/oeaez-7-10042009/interview-zu-arzt-patienten-kommunikation-univ-prof-florian-menz.html> (13.11.2016)

paradisi.de: Ärzte & Fachärzte. In:
http://www.paradisi.de/Health_und_Ernaehrung/Heilberufe/Fachaerzte/. 16.12.2014
(24.11.2016)

Pätzold, Dörk: Bewertungsplattformen für Ärzte. In: Springermedizin.at. Springer-Verlag GmbH. 31.05.2011. <http://www.springermedizin.at/artikel/22487-bewertungsplattformen-fuer-aerzte> (02.02.2017)

Schmid Mast / Kindlimann / Hornung: Wie sich das Geschlecht und der Kommunikationsstil von Ärzten auf die Patientenzufriedenheit auswirken: Vom kleinen, aber feinen Unterschied. Psychologisches Institut der Universität Zürich. Verlag Hans Huber: Bern. 2004.

In: https://www.researchgate.net/publication/244867027_Wie_sich_das_Geschlecht_und_der_Kommunikationsstil_von_Arzten_auf_die_Patientenzufriedenheit_auswirken_Vom_Kleinen_aber_feinen_Unterschied How gender and communication style of physicians affect patient (14.07.2019)

Schmitt, Sabine: Wenn der Patient dem Arzt eine "Sechs" gibt. In: WeltN24 GmbH. 09.09.2012. <https://www.welt.de/finanzen/verbraucher/article109103878/Wenn-der-Patient-dem-Arzt-eine-Sechs-gibt.html> (13.01.2017)

Universität Wien. SPL Publizistik- und Kommunikationswissenschaft. In: <http://spl.univie.ac.at/publizistik/studienprogrammleitung/> (26.10.2016)

Wallenfels Matthias: Nur einer von zehn Ärzten ignoriert die Urteile seiner Patienten. Praxischefs ziehen Lehren aus Online-Bewertungen. In: Springer International Publishing AG. 9. Dezember 2016. <http://link.springer.com/article/10.1007/s15013-016-1084-9> (13.01.2017)

WeltOnline: Darum ist die „Drei-Minuten-Medizin“ ein Irrtum. 11. Mai 2016. In: <https://www.welt.de/gesundheit/article155255847/Darum-ist-die-Drei-Minuten-Medizin-ein-Irrtum.html> (14.01.2017)

WeltOnline: Wie Ärzten die Kritik an ihrer Arbeit zusetzt. 20. Jänner 2015. In: <https://www.welt.de/gesundheit/article136561725/Wie-Aerzten-die-Kritik-an-ihrer-Arbeit-zusetzt.html> (15.01.2017)

wien.at: Magistrat der Stadt Wien: Medizinische Versorgung – Statistiken. 2017. In: <https://www.wien.gv.at/statistik/soziales/tabellen/aerzte-apotheken-zr.html> (01.08.2019)

Zauner, Carolin: Qualitative Inhaltsanalyse. Forschungsarbeit. GRIN-Verlag. 2011.

ZeitOnline: Medizinportale taugen wenig. 26. Juli 2011, 11:53 Uhr. In:

<https://www.zeit.de/digital/internet/2011-07/arztbewertungsportale-test> (11.2.2019)

ZeitOnline: Ärzte müssen Bewertungen im Internet hinnehmen. 23. September 2014,

19:36 Uhr. In: <http://www.zeit.de/digital/datenschutz/2014-09/aerzte-bewertung>

(13.01.2017)

Anhang

Abstract (Deutsch)

Obwohl die Arzt-Patienten-Beziehung und deren Kommunikation immer wieder Thema in der Literatur sind, existieren vergleichsweise wenig Studien zu den Ansichten der Doktoren. Weiters ist die Feedbackkultur zwischen Arzt und Patient trotz der steigenden Beurteilungsmöglichkeiten nur vereinzelt untersucht. Der Fokus dieser Arbeit liegt daher in der Erforschung der Arzt-Patienten-Interaktion mit Schwerpunkt auf dem Feedback aus Sicht der Allgemeinmediziner. Dadurch soll der Meinung der Ärzte Raum gegeben werden, aber trotzdem auch die Patienten indirekt miteinschließen. Das Interesse reicht von der Beziehung und der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, über das persönliche, mündliche Feedback, bis hin zur Resonanz auf Arzt-Bewertungsportalen im Internet, welche an Bedeutung gewinnen.

Zuerst wurde eine umfangreiche Literaturrecherche durchgeführt. Um die Forschungsfragen zu beantworten, wurden für den empirischen Teil Daten unter Einsatz der qualitativen Sozialforschung erhoben. Durchgeführt wurden neun Leitfadeninterviews mit praktischen Ärzten mit eigener Ordination. Anschließend wurden die Befragungen anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Die Ergebnisse zeigen, dass Ärzte jedenfalls ein gutes Verhältnis, sowie eine gute Kommunikation mit Patienten anstreben. Das bedeutet einen Umgang auf Augenhöhe, der von Vertrauen und gegenseitigem Respekt geprägt ist. Gespräche werden entgegen mancher Studien für wichtig und erforderlich empfunden. Wie in allen Beziehungen gibt es jedoch Probleme, wie zum Beispiel Antipathie, Erwartungsdruck oder Sprachbarrieren. In den letzten Jahrzehnten hat sich laut Experten viel in der Gesellschaft und deren Teilbereichen gewandelt. Dabei haben die Entwicklung der Konsumgesellschaft, die Aufklärungszunahme, sowie die Möglichkeiten im Internet enorm beigetragen. Wesentlich erweist sich im ganzen Medizinsystem die Zeitknappheit, welche auch in den Arzt-Patienten-Kontakt hineinspielt. Für vieles bleibt keine Zeit, auch wenn es vorausgesetzt oder erwartet wird. Feedback ist generell von Ärzten erwünscht, um sich weiterentwickeln zu können. Positive Meldungen bestärken und konstruktive Kritik führt zur Beschäftigung mit nicht optimal laufenden Faktoren, die auch ggf. geändert werden. Ein gutes Image ist zwar wichtig, beeinflusst jedoch nicht direkt die Feedbackkultur. Fachliche und empathische Kompetenzen prägen das Berufsbild, aber auch deren Relevanz veranlasst Ärzte nicht, sich mehr oder weniger mit den Rückmeldungen zu beschäftigen. Bezüglich Arzt-Bewertungsplattformen sind Mediziner kritisch eingestellt, da es ihrer Meinung nach (noch) viele Defizite gibt. Der Glaubwürdigkeit wird durchgehend eher misstrauisch gegenüber-gestanden. Auch die ärztliche Nutzung dieser Portale ist dadurch nicht sehr regelmäßig und intensiv. Allgemein können die Kommentare aus Expertensicht zwar schon eine Orientierungshilfe darstellen, sollten aber nicht als einzige Quelle genutzt werden.

Schlagwörter: Arzt-Patienten-Beziehung, Arzt-Patienten-Kommunikation, Feedback, Online-Bewertungsplattformen

Abstract (English)

Even though the doctor-patient relationship and their communication is often the subject of much literature, there are relatively little about the opinion of the physicians. Additionally, little has been done on the issue of the feedback culture between those two communicators, although the possibilities increase. This thesis therefore concerns the doctor-patient interactions with a focal point on the feedback. All that investigates from the physician's point of view, nevertheless it includes also patients, at least in an indirect manner. The interest ranges from the relationship and the communication between physicians and patients, over the personal oral feedback, up to evaluations on rating platforms for physicians.

At first, an extensive literature review was conducted. For the purpose of answering the research questions, the empirical part data was collected through qualitative research. Nine guideline-based interviews were conducted with general practitioners (doctor of "Allgemeinmedizin") with an own doctor's surgery. The interviews were then evaluated according to Mayring's qualitative content analysis.

The findings show that physicians intend to collaborate with their patients. This includes meeting on the same eye level, trust and mutual respect. They consider conversation to be an important part of their profession, though some studies dispute this point. However, as with any human relationship, there are issues and problems, for example antipathy, pressure of expectation or language barriers.

In the last decades the whole society and therefore also their subsystems changed. The principal reasons are the rising of the consumer society, a better guidance of citizens and the many possibilities on the internet. Striking about the medical system is the lack of time, which influences the doctor-patient contact too. There is no time for a lot of expected things.

In general, physicians are desirous of getting feedback for their work. Positive responses encourage them, constructive criticism is thought-provoking and can also lead to changes.

A good image is an inseparable element, but it hasn't any effects on the feedback culture. The profession is characterized by empathic capabilities, but also that has not any further consequences on dealing with openness and feedback.

Referring to the rating platforms, the medical practitioners are very sceptical because there are still several deficits. The internet portals do not appear very credible and as a result the physicians' usage is low. Anyway, the platforms are considered to be a useful guidance, if they are not the only source of information.

Keywords: doctor-patient relationship, doctor-patient communication, feedback, online rating platforms

Dateien zur 3. Jahrestagung der DGPUK- Fachgruppe

Teilnahmebestätigung

Gesundheitskommunikation
Fachgruppe der Deutschen Gesellschaft für Publizistik-
und Kommunikationswissenschaft (DGPUK)

UNA Universität Augsburg
Institut für Medien, Wissen
und Kommunikation

Teilnahmebestätigung

Hiermit wird bestätigt, dass

Lisa Eggenfellner

an der 3. Jahrestagung der Fachgruppe Gesundheitskommunikation der
Deutschen Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft (DGPUK)

vom 15. bis 17. November
in Augsburg

teilgenommen hat.

Die Teilnahmegebühr von 25,00 Euro
haben wir dankend erhalten.

Augsburg, 17. November 2018

Lehrstuhl für Kommunikationswissenschaft
mit Schwerpunkt Rezeption und Wirkung
Universität Augsburg | Universitätsstraße 10 | 86159 Augsburg

für das Organisationsteam
der Jahrestagung

PROGRAMM

Freitag, 16. November 2018	
08:30 - 09:00 Uhr	Registrierung und Willkommenskaffee
09:00 - 09:15 Uhr	Eröffnung und Begrüßung Grüßwort von Prof. Dr. Helena Bilandzic <i>Direktorin des Zentrums für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung (ZIG) der Universität Augsburg; sex. Direktorin des Instituts für Medien, Wissen und Kommunikation</i>
09:15 - 10:30 Uhr	Keynote von Dr. Tom H van de Belt (Radbound University Medical Center, Reshape Center for Innovation)
10:30 - 11:00 Uhr	Kaffeepause
11:00 - 12:30 Uhr	Panel 1: Akzeptanz digitaler Technologien im Gesundheitsbereich <i>Chair: Veronika Karnowski</i>
	Sorge um Privatsphäre als „unhealth-Einstiegsbarriere“? Theoretische Fundierung und empirische Analyse der Technologieakzeptanz bei Nutzer*innen und Nicht-Nutzer*innen von Fitness-Apps Mareike Schewepe, Magdalena Rosser, Katharina Ende-Lachmund & Eva Baumann
	Welche Rollen spielen Gesundheitsinformationen im Internet für Ältere? Ergebnisse einer repräsentativen Telefonbefragung unter Berücksichtigung von Lebensstilen Winja Weber, Anne Reinhardt & Constanze Rossmann
	Theoretische Prädiktoren der Akzeptanz von Telemedizin-Lösungen aus Sicht von individuellen Akteuren Lorenz Harszt & Hendrikje Lantusch
	Akzeptanz und Adoption von telemedizinischen Anwendungsmöglichkeiten in der ambulanten Versorgung aus der Perspektive von Fachkräften Robin Seel, Constanze Rossmann & Vait Malolepsy
12:30 - 13:45 Uhr	Mittagessen in der Mensa der Universität Augsburg

3. Jahrestagung der DGPrüK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation

3

13:45 - 15:00 Uhr	Panel 2: Digitale Technologien und Arzt-Patienten-Beziehungen <i>Chair: Constanze Rossmann</i>
	Die Auswahl Online-Identifikation verschiedener Typen von Online-Bewertungen auf Arztbewertungsportalen Daniel Possler, Elena Link & Julia Niemann-Lenz
	Durchs Online-Portal ins Wartezimmer? Wie Arztbewertungsportale die Arztwahl beeinflussen Elena Link, Esther Schmotz & Eva Baumann
	Willkommen bei der gemeinsamen Therapieentscheidung, Dr. Google? Patientenzentrierte Best-Practice-Kommunikation von Ärzten mit Krebspatienten nach ihrer Internetrecherche Simone Jäger
15:00 - 16:00 Uhr	Postersession + Kaffeepause
	Einflussfaktoren des Message Framings bei Senioren im Implikontext Anne Reinhardt & Constanze Rossmann
	Einfluss moralischer Orientierungen auf die Wahrnehmung von Suchterkrankungen Michele Möhring, Alexander Köhm, Marie Goebel, Doerte Wilkop & Matthias R. Hasall
	Systematische Übersicht zum Einsatz von Gamification-basierten Interventionen für Typ II Diabetes mellitus Patrick Timpel & Lorenz Harszt
	Health information online: Eine vergleichende Analyse von Internet-Informationenangeboten zum Thema PrEP in 8 Ländern Alexander Ort, Lukas Wesenberg & Lars Guenther
	Je medienkompetenter, desto gesünder? Der Zusammenhang von Medienkompetenz, Selbsterstellung und Ernährungsverhalten von Mädchen auf Instagram Claudia Resmeyer, Julia Hauswald & Martina Mergen
	Lifestyle-Präventionserfolg oder Optimierungswang? Chancen und Risiken der Gesundheitssozialisation Jugendlicher durch Selftracking- Apps Veronika Karnowski & Doreen Reifegerste
	Mein Kind, dein Kind: Der Einfluss von individuellen und gesellschaftlichen Nutzenframes in Onlinenachrichten auf die Impentscheidung von Eltern Constanze Küchler, Anja Kalch & Annika Müller

3. Jahrestagung der DGPrüK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation

4

Programm

16:00 – 17:15 Uhr	Offenes Panel	
<i>Chair: Eva Baumann</i>		
Effekte von <i>emotional flows</i> auf die Verarbeitung von Gesundheitsbotschaften am Beispiel von Stress und Überlastung		S. 16
Perrina Siegenthaler, Alexander Ort & Andreas Fahr		
Die Rolle des Selbstwertgefühls bei der Wirkung von Furchtappellen auf Reaktanz und Rauchstoppabsicht		S. 16
Claudia Poggolini		
Meinungsführer als Normengeber: Die normative Bedeutung von Meinungsführern hinsichtlich gesundheitsrelevanten Risikoverhaltens junger Fahrerinnen und Fahrer		S. 17
Sarah Geber		
17:15 – 17:30 Uhr	Kaffeepause	
17:30 – 19:00 Uhr	Fachgruppen-Sitzung	
ab 20:00 Uhr	Abendessen NRStellung Augsburg	

Samstag, 17. November 2018		
09:00 – 09:30 Uhr	Willkommenskaffee	
09:30 – 10:45 Uhr	Panel 3: Potentiale digitaler Technologien für die Krankheits- und Suchtbewältigung	
<i>Chair: Markus Schäfer</i>		
Die Rolle digitaler Medien in Unterstützungsinterventions junger Krebspatientinnen: Eine ego-zentrierte Netzwerkanalyse		S. 18
Doreen Reifegerste & Christine Linke		
Die Nutzung sozialer Medien von Menschen mit depressiver Symptomatik und ihr Einfluss auf deren Wohlbefinden		S. 18
Vivian Hackenberg, Laura Koch, Sophia Schaller, Marie Stephan, Markus Seifert & Constanze Rossmann		
Gezungen werden oder besser nicht? Eine Studie über die optimale Formulierung von computergestützten, maßgeschneiderten Ratschlägen zur Raucherentwöhnung im Online-Kontext		S. 19
Maria B. Altendorf, Julia C.M. van Weert, Ciska Hoving, Rachid Azrou & Elise S. Smit		

3. Jahrestagung der DGPrüK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation

5

10:45 – 11:15 Uhr	Kaffeepause	
11:15 – 12:30 Uhr	Podiumsdiskussion: Digitale Gesundheitskommunikation – Herausforderungen für Wissenschaft und Praxis	
Anne Brünig, TAKEPART media + science		
Thorsten Feldmann, Thera Byres		
Christoph Holz, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)		
Dr. Doreen Reifegerste, Universität Erfurt		
Simon Futura, Universität Augsburg		S. 21
12:30 – 13:30 Uhr	Mittagsimbiss	
13:30 – 14:45 Uhr	Panel 4: Die Bedeutung digitaler Lifestyle-Medien für Gesundheit und Krankheit	
<i>Chair: Mathias Haslall</i>		
The two sides of Insta Fitness – Predicting body dissatisfaction and training from interest in fitness Instagram content		S. 22
Astrid Carolus & Carolin Wienrich		
#bodypositivity zwischen eigener Betroffenheit, sozialer Unterstützung und Geschlechtskriterik – Ergebnisse einer qualitativen Befragung von Influencerinnen auf Instagram		S. 22
Paula Stehr		
Stuzid auf Instagram: Eine Inhaltsanalyse von supra- und subliminalen suzidbezogenen Botschaften in Videoclips		S. 23
Florian Arendt, Antonia Markiewicz & Sebastian Scherr		
14:45 – 15:00 Uhr	Verabschiedung	

3. Jahrestagung der DGPrüK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation

6

Folie 1

hatath **IJK[HC]²**
Hannover Center for Health Communication

Potenziale und Grenzen von Arztbewertungsportalen

- + Vielzahl an Informationen über medizinisches Fachpersonal und die wahrgenommene Qualität der Versorgung
- + ...greifen Qualitätskriterien der Arztwahl auf (z. B.: Emmert et al., 2012)
- + ...besitzen das Potenzial als Instrument des Public Reporting zu fungieren (Rothenfuth et al., 2016)

+

- Tiefe und Qualität der Rezensionen wird teilweise angezweifelt
- negativ geprägte Bewertungskultur wird unterstellt (López et al., 2012)

-

Possler, Link & Niemann-Lenz | Die Arztwahl Online | GesKoM-Tagung 2018

Folie 2

hatath **IJK[HC]²**
Hannover Center for Health Communication

Methode

- Vollerhebung von N = 33.182 Nutzerbewertungen von Orthopäden, Gynäkologen und Zahnärzten im Raum Berlin auf *Jameda* [www.jameda.de]
- Methodisches Vorgehen zur Codierung der Qualitätskriterien: automatische Inhaltsanalyse auf Basis eines maschinellen Lernverfahrens (Scharnow, 2013; Waldherr et al., 2016)

Schritt 1 **Schritt 2** **Schritt 3**

```
graph LR; A[Roh-Daten] --> B[Manuelle Codierung einer Stichprobe]; B --> C[Spezifizierung und Training des Algorithmus]; C --> D[Klassifikation aller Daten];
```

Possler, Link & Niemann-Lenz | Die Arztwahl Online | GesKoM-Tagung 2018

Folie 3

IJK[HC]²
Hannover Center for Health Communication

Ergebnisse:
Beschreibung der Typen von Arztbewertungen

	Cluster 1: Umfassende Bewertungen	Cluster 2: Bewertungen der Beratungs- qualität	Cluster 3: Bewertungen der Kompetenz	Cluster 4: karge Ergebnis- berichte	Cluster 5: Bewertung der Soft Skills
	n = 9423	n = 3815	n = 7711	n = 9025	n = 3208
Note für den Arzt	1,59 ^a (1,29)	1,79 ^b (1,52)	1,54 ^a (1,26)	2,07 ^c (1,69)	1,66 ^a (1,45)
Länge	516,11 ^a (393,28)	485,75 ^b (356,28)	259,93 ^c (187,57)	288,54 ^d (309,23)	600,38 ^e (401,06)
Hilfreich- Bewertung	3,53 ^a (1,61)	3,57 ^a (1,57)	3,31 ^b (1,67)	3,09 ^c (1,67)	3,77 ^d (1,51)

Poster: Link & Niemann-Lenz | Die Arztwahl Online | GesKom-Tagung 2018 12

Folie 4

IJK[HC]²
Hannover Center for Health Communication

Diskussion und kritische Reflexion

- + Qualitätskriterien thematisiert
- + Positive Bewertungskultur
- + Umfassende Bewertung und fundierte Begründungen stärken die Nachvollziehbarkeit und Belastbarkeit

+

POTENZIAL die Arztwahl des Einzelnen zu erleichtern und belastbarer zu machen

POTENZIAL als Instrument des Public Reporting eingesetzt zu werden und zu mehr Transparenz hinsichtlich der Qualität beizutragen

- Subjektive Wahrnehmung und subjektive Maßstäbe → Rückschlüsse auf Qualität nur bedingt gegeben
- Einflusspotenziale und Unabhängigkeit der Betreiber/einzelner Ärzte

-

GEFAHR des Missbrauchs und der verzerrten Darstellung

Poster: Link & Niemann-Lenz | Die Arztwahl Online | GesKom-Tagung 2018 13

Folie 5

Relevante Evaluationskriterien der Arztwahl über ABP

Erkenntnisse aus der Forschung zu Online-Empfehlungen
(Kim & Gupta, 2012)

Erkenntnisse zur Vertrauensgenese
(Metzger, Flanaghin & Medder, 2010; Sundar, 2008)

Arztwahl als „trial and error“ → Bedeutung von Heuristiken
(Rothenfluh, Germei, & Schulz, 2016)

Relevante Entscheidungs-Heuristiken:

- **Bandwagon-Heuristik:** kollektive Bestätigung und Popularität von Inhalten
→ *Volumen der Bewertungen eines Arztes/einer Ärztin*
- **Negativity-Effekt:** höhere Bedeutung negativer Informationen für die Bewertung und Entscheidung
→ *Valenz der Bewertung eines Arztes/einer Ärztin*

Link, Schmitt & Baumann | Durchs Online-Portal ins Wartezimmer? | GesKom-Tagung 2018

Folie 6

Hypothesen und Forschungsfragen

H1: Die negative Valenz führt im Vergleich zu positiver Valenz zu

- a) geringerem Vertrauen in die Ärzte.
- b) negativerer genereller Haltung.

H2: Ein höheres Volumen führt im Vergleich zu geringerem Volumen zu

- a) höherem Vertrauen in die Ärzte.
- b) positiverer genereller Haltung.

H3: Das Bewertungsvolumen verstärkt die Wirkung der Valenz auf

- a) das Vertrauen in die Ärzte.
- b) die generelle Haltung in die entsprechende Richtung.

Link, Schmitt & Baumann | Durchs Online-Portal ins Wartezimmer? | GesKom-Tagung 2018

Folie 7




Methodische Umsetzung (I)

- Experimentelle Online-Befragung im Juli 2017
- 2x2 Within Subject Design mit 286 Befragten
 - M = 32,28; SD = 11,78; 72,4 % weiblich

Szenario:
Zahnarzt-
suche nach
Umzug

uV: Vier Stimulus-Versionen (Arztprofile)

Volumen
(Anzahl der
Bewertungen im
Arztprofil)

Valenz
(Durchschnitts-
note eines Arztes
im Arzt-Profil)

aV: Eine Bewertung pro
Stimulus

Vertrauen

allgemeine
Haltung

Link, Schmitz & Baumann | Durchs Online-Portal ins Wartezimmer? | GesKomm-Tagung 2018

Folie 8




Hypothesenprüfung: Einflüsse der Valenz und des Volumens auf einen Vertrauensvorschuss


 Der Vertrauensvorschuss wird durch die Valenz und das Volumen wie auch ihre Interaktion stark beeinflusst. Der stärkste Einfluss geht von der Valenz aus, der in Abhängigkeit von dem Volumen verstärkt wird.

Valenz gut x Volumen hoch	3,86
Valenz gut x Volumen niedrig	3,46
Valenz schlecht x Volumen hoch	2,46
Valenz schlecht x Volumen niedrig	2,59
Generelles Vertrauen	3,4

H1a - Valenz: ✓
 $F(1, 160) = 277,48; p \leq .001;$
 $\eta^2 = .634$

H2a - Volumen ✓
 $F(1, 160) = 19,44; p \leq .001;$
 $\eta^2 = .108$

H3a - Valenz x Volumen ✓
 $F(1, 160) = 55,706; p \leq .001;$
 $\eta^2 = .258$

n = 161; Vertrauen als Index abgefragt auf einer 5-er Skala
Zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung

Link, Schmitz & Baumann | Durchs Online-Portal ins Wartezimmer? | GesKomm-Tagung 2018

Folie 9

hertah
Hochschule für Technik
Hannover 2018

IJK|HC²
Hannover Center for
Health Communication

Hypothesenprüfung: Einflüsse der Valenz und des Volumens auf die generelle Haltung

Erneut zeigen sich die Einflüsse der Valenz, des Volumens sowie der Interaktion in Form einer sich verstärkenden Wirkung.

Valenz	Volumen	Score
gut	hoch	4,11
gut	niedrig	3,55
schlecht	hoch	2,19
schlecht	niedrig	2,35

H1b - Valenz ✓
 $F(1, 228) = 562,93; p \leq .001;$
 $\eta^2 = .717$

H2b - Volumen ✓
 $F(1, 228) = 29,51; p \leq .001;$
 $\eta^2 = .115$

H3b - Valenz x Volumen ✓
 $F(1, 228) = 90,476; p \leq .001;$
 $\eta^2 = .284$

$n = 229$; Generelle Haltung als Index
abgefragt auf einer 5-er Skala
Zweifaktorielle ANOVA mit
Messwiederholung

Link, Schrott & Baumann | Durchs Online-Portal ins Wartezimmer | Geokomb-Tagung 2018

Interview- Fragebogen

Da die meisten Gespräche per Du stattgefunden haben, ist auch dieser informelle Leitfaden hier abgebildet.

Interaktionsbeziehungen zwischen Ärzten und Patienten

Leitfadengespräche mit praktischen Ärzten

Guten Tag _____. Vielen Dank, dass Du Dich bereit erklärt hast, dieses Gespräch mit mir zu führen. Wie bereits im Vorhinein mitgeteilt handelt es sich um eine Studie des Instituts für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft der Universität Wien. Ich untersuche im Zuge meiner Magisterarbeit die Kommunikation und im Speziellen die Feedbackkultur zwischen Patienten/Patientinnen und Ärzte/Ärztinnen. Unser Gespräch wird nicht länger als eine halbe Stunde Deiner Zeit in Anspruch nehmen. Ich möchte dieses Interview gerne aufzeichnen, Deine Antworten und Informationen werden in der Auswertung selbstverständlich anonymisiert und streng vertraulich behandelt; Dein Name wird nicht erwähnt.

Ich habe Dir schon im Vorfeld den Hinweis des Datenschutzgesetzes zum Durchlesen gegeben, bitte hier um ein mündliches „Ja“ für Dein Einverständnis, dass Deine angegebenen Informationen gespeichert und weiterverarbeitet werden dürfen (schriftlich bedarf es nichts, da Deine Angaben anonym bleiben sollen).

1. Beschreibe bitte Deinen allgemeinen Umgang mit Patienten und Patientinnen. Wie kommunizierst Du in der Regel mit Ihnen?

Wie lange dauert ein Patienten-/Patientinnengespräch in der Regel und was wird grob besprochen?

Was ist Dir bei der Kommunikation mit Patienten/Patientinnen besonders wichtig?

Was ist Dir allgemein bei der Beziehung zu Patienten/Patientinnen wichtig?

Gibt es neben medizinischen Fragen auch andere Themen, die besprochen werden?

Pflegst Du auch privaten Umgang mit Patienten/Patientinnen?

Welche Veränderungen gab es hinsichtlich der Interaktion mit Patienten während Deiner Laufbahn als Arzt/Ärztin?

2. Ich habe jetzt schon einen guten Eindruck von Deinem Umgang mit Patienten/Patientinnen bekommen. Mich interessiert nun konkreter, wie Du mit Feedback von Deinen Patienten/Patientinnen an Deine Person umgehst.

Besteht bei Dir der Wunsch nach Feedback von Deinen Patienten/Patientinnen?

Fragst Du Deine Patienten/Patientinnen aktiv nach Feedback?

Wenn ja -> warum?

Wenn nein -> warum nicht?

Wie gehst Du mit Feedback um, sowohl positives als auch negatives?

Wie wichtig erachtest du fachliche Kompetenzen im Gegensatz zu empathischen, also einfühlsamen Kompetenzen im Arztberuf?

Bekommst du für beides Feedback?

Wie wichtig ist Dir Dein Image als Arzt und was tust Du, um es aufzubauen bzw. zu erhalten?

3. Mein dritter Schwerpunkt ist die Feedbackkultur im Internet über Arztbewertungsplattformen. Dazu sind mir noch ein paar Punkte wichtig.

Liest Du Bewertungen über Dich selbst oder auch andere Ärzte im Internet nach?

Wenn ja, wie sehr stimmen die Inhalte Deinem Gefühl nach überein?

Welche Reaktionen auf Online-Bewertungen gibt es von Deiner Seite aus (muss keine Reaktion im Internet sein)?

Bist Du aktives Mitglied auf einer Arzt-Bewertungsplattform wie Docfinder.at?

Wenn ja -> wie nutzt Du diese Mitgliedschaft?

Wenn nein -> kannst Du Dir eine Mitgliedschaft vorstellen und wieso (nicht)?

Für wie glaubwürdig hältst Du Arzt-Bewertungsplattformen im Internet und warum?

Wir sind nun auch schon am Ende angelangt, gibt es denn Aspekte, die Dir zu diesem Thema noch auf dem Herzen liegt bzw. die Du noch erzählen möchtest?

Vielen Dank für das Interview.

Datenschutz-Mitteilung

Die Datenschutzerklärung wurde jedem Interviewpartner zur Mitnahme ausgehändigt und erklärt.



Datenschutzerklärung

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist mir bei dieser Befragung ein besonderes Anliegen. Ihre Daten werden daher ausschließlich auf Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen (§ 2f Abs 5 FOG) erhoben und verarbeitet.

Diese Befragung wird im Zuge der Abfassung einer wissenschaftlichen Masterarbeit an der Universität Wien erstellt. Die Daten können von dem/der Betreuer/in bzw. Begutachter/in der wissenschaftlichen Arbeit für Zwecke der Leistungsbeurteilung eingesehen werden. Die erhobenen Daten dürfen gemäß Art 89 Abs 1 DSGVO grundsätzlich unbeschränkt gespeichert werden.

Es besteht das Recht auf Auskunft durch den/die Verantwortlichen an dieser Studie über die erhobenen personenbezogenen Daten sowie das Recht auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung der Daten sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung sowie des Rechts auf Datenübertragbarkeit.

Wenn Sie Fragen zu dieser Erhebung haben, wenden Sie sich bitte gern an mich, als Verantwortliche dieser Untersuchung: Lisa EGGENFELLNER (a1001692@unet.univie.ac.at), Studentin der Studienrichtung Publizistik- und Kommunikationswissenschaft an der Universität Wien, meine Postadresse ist Uchatiusgasse 10-12/2/14, 1030 Wien.

Für grundsätzliche juristische Fragen im Zusammenhang mit der DSGVO/FOG und studentischer Forschung wenden Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der Universität Wien, Dr. Daniel Stanonik, LL.M. (verarbeitungsverzeichnis@univie.ac.at). Zudem besteht das Recht der Beschwerde bei der Datenschutzbehörde (bspw. über dsb@dsb.gv.at).

Transkriptionsregeln

Interviewerin X
 Befragte Personen A – I

<i>Zeichen</i>	<i>Bedeutung</i>
L	Beginn einer Überlappung bzw. direkter Anschluss beim Sprecherwechsel (vorwiegend bei GD oder Interviewer – Interviewter) L
(3)	Anzahl der Sekunden, die eine Pause dauert
<u>nein</u>	betont
nein	laut (in Relation zur üblichen Lautstärke des Sprechers)
°nein°	sehr leise (in Relation zur üblichen Lautstärke des Sprechers)
viellei-	Abbruch eines Wortes
nei::n	Dehnung, die Häufigkeit vom : entspricht der Länge der Dehnung
(doch)	Unsicherheit bei der Transkription, schwer verständliche Äußerung
()	unverständliche Äußerung, die Länge der Klammer entspricht ca. der Dauer der unverständlichen Äußerung
((spielt))	Kommentar bzw. Anmerkung zu parasprachlichen, nicht-verbalen oder gesprächsexternen Ereignissen
@nein@	lachend gesprochen
@(.)@	kurzes Auflachen
@(3)@	drei Sekunden Lachen
[]	Anmerkungen des Interviewers, die die Verständlichkeit des Transkripts erhöhen (z.B. Übersetzung eines Mundartausdrucks [=Bezeichnung für...])

- Das gesprochene Wort wurde in der Transkription wörtlich wiedergegeben.
- Die Beistrichsetzung erfolgte nach rhetorischen Gesichtspunkten.

Die Interviews wurden teilweise in dem gesprochenen Dialekt der Interviewteilnehmer transkribiert, um den natürlichen Redefluss nicht zu verändern und somit mehr Transparenz und Authentizität in die Antworten der Probandinnen zu bringen. Meistens jedoch war eine Umwandlung in die geschriebene hochdeutsche Sprache ohne Authentizitäts-Verlust möglich. Ebenso wurde auf Füllwörter wie “Ähm” weitgehend verzichtet.

Transkriptionen

1 **Transkript vom 04.06.2019, Beginn 12:30 Uhr**

2 **Dauer: 18' 45''**

3 **Interviewpartnerin A: weiblich, 31 Jahre alt**

4

5 X: Die Datenschutzerklärung habe ich dir ja schon gegeben und die hast du schon ein bisschen
6 durchgelesen.

7 A: Ja.

8 X: Es geht darum, dass ich für meine Abschlussarbeit dieses Interview mit dir führe, danke, dass du
9 dich dazu bereit erklärt hast. Es geht eben um die Beziehung zum Patienten und vor allem auch die
10 Feedbackkultur und es wird im Rahmen meiner Abschlussarbeit am Institut für Publizistik- und
11 Kommunikationswissenschaft gemacht. Ich würde das gerne aufzeichnen und du wirst aber auf jeden
12 Fall nicht genannt. Es wird wirklich nur das, was du erzählst im Rahmen der Arbeit auch benutzt und
13 wenn du einverstanden damit bist, bitte ich dich noch um ein mündliches OK.

14 A: OK, ich bin einverstanden.

15 X: OK super, dann beginnen wir gleich mit einer Allgemeinen Frage. Beschreibe mal bitte deinen
16 täglichen Umgang mit Patienten, wie kommunizierst du in der Regel, was wird besprochen, wie läuft
17 das so ab?

18 A: Ja, also das Wichtigste ist einmal, wie es den Patienten geht, das ist einmal gleich die erste Frage,
19 wenn ich bei der Visite reinkomm. Dann müssen sie mir selber erzählen, was sie haben. Dann (2)
20 sonst schau ich mir an, ob es Verschlechterungen, Verbesserungen gab bei ihrem Zustand. Das ist
21 mal meistens schnell vorbei, dauert so fünf Minuten. So ähnlich ist es auch in der Ordi. Ja, also wenn
22 ich den Patienten aufruf und sie reinkommen, begrüße ich sie mal und meine erste Frage ist immer,
23 was führt Sie her, was haben Sie für Beschwerden, warum sind Sie da. Wenn sie schon öfter kommen
24 und ich schon eine Ahnung habe, was sie herführt, dann frag ich ob es besser, schlechter geworden
25 ist, wie es ihnen geht.

26 X: Und das dauert wie lange circa das Gespräch?

27 A: Das ist sehr unterschiedlich. Bei manchen Patienten geht das wirklich schnell. Aber bei manchen
28 muss man sich wirklich Zeit nehmen, dann muss man sich Zeit nehmen, die reden einfach so.

29 X: Also die Patienten fordern dann die Zeit ein?

30 A: Ja, natürlich, wenn sie eine größere Baustelle oder so haben, das dauert natürlich immer länger.

31 X: Und was ist dir da bei der Kommunikation besonders wichtig mit Patienten, gibt's da gewisse
32 Elemente, Grenzen, Regeln, die wichtig sind?

33 A: Wichtig ist, dass es professionell bleibt. Ich möchte jetzt nicht eine private Beziehung zum
34 Patienten aufbauen, da hab ich auch keinen Wunsch dazu. Bei manchen Patienten merkt man schon,
35 dass es in diese Richtung gehen könnte, vor allem wenn man sie länger kennt, aber ich versuch, das
36 zu vermeiden. Ich möchte auch nicht per Du mit den Patienten sein, ich möchte per Sie sein. Bei
37 manchen Patienten, bei den meisten Patienten ist das sowieso selbstverständlich, aber es gibt
38 natürlich immer Ausnahmen, ja.

39 X: Also privater Umgang mit Patienten, das war eh auch einer meiner Fragen, das kommt eigentlich
40 nicht vor.

41 A: Es kommt (2) zu 90% nicht vor.

42 X: Verstehe-

43 A: Ja (3) manche Patienten oder Patientinnen, die sind halt einfach per Du, ich weiß nicht warum. Die
44 haben es nicht gelernt, die wissen es nicht. Vielleicht wissen sie nicht, dass es in Deutsch zwei
45 Umgangsformen, also eine Höflichkeitsform gibt.

46 X: Ah du meinst Leute vom Ausland.

47 A: Ja vom Ausland und da sagen sie nur, ja gibst du mir Krankmeldung, gibst du mir das Medikament,
48 ja das ist einfach bei manchen, manche Leute werden das nie können, da muss man halt dann
49 drüberstehen, ja.

50 X: Ah interessant, aber zum Beispiel Tiroler sind auch oft per Du mit allen.
51 A: Ja, ich hab jetzt nicht so viel Erfahrung mit Tirolern, aber da versteh ich's nicht, da würd ich sie
52 schon zurechtweisen. Ja, also da muss man bissl differenzieren.
53 X: Alles klar. Und sonst in der Beziehung allgemein, was ist dir da besonders wichtig? Stichwort
54 Vertrauen, Empathie.
55 A: Ja natürlich, Vertrauen in den Arzt, in mich, ist natürlich wichtig. Freundlichkeit, gegenseitig
56 freundlich zu sein. Natürlich auch Verstän- also, dass man sich versteht, dass der Patient oder die
57 Patientin versteht was ich sage und dass ich versteh, was der Patient oder die Patientin sagt, das ist
58 nicht mehr so selbstverständlich.
59 X: Meinst du Sprachbarrieren?
60 A: Sprachbarrieren, ja, das ist schon wichtig, weil wenn ich nicht weiß, was die Patienten haben, dann
61 kann ich ihnen nicht gscheit helfen. Oder wenn sie meinen Anweisungen nicht folgen können und ich
62 nicht sicher bin, dass sie das machen oder dass sie das befolgen können, das ist schon ein wichtiger
63 Punkt. Das muss sichergestellt sein.
64 X: OK und-
65 A: Also es ist wirklich manchmal schwierig, bei manchen Patientengruppen, wo man sich nicht
66 wirklich verständigen kann, die halt keine Deutschkenntnisse haben, nicht wirklich. Und es gibt, nur
67 ein Beispiel, es gibt da eine Dame, die in die Ordination kommt wenn sie alleine ist und das einzige
68 was sie sagen kann ist „Spitze“.
69 X: Aha Spitze wie Spitze?
70 A: Nein es ist Spritze, es bedeutet Spritze @2@ und das ist eben eines der wenigen Wörter, die sie
71 beherrscht. Ich weiß welche Spritze sie braucht, aber wenn sie alleine ist, kann sie nicht wirklich
72 mehr sagen und mir auch mehr mitteilen, was sie grade stört oder sie hat.
73 X: Ah, das war eben das mit der Verständlichkeit.
74 A: Genau. Ähm ja (3) es darf natürlich nicht allzu lang dauern. Also ich kann jetzt nicht °eine Stunde
75 für einen Patienten° (2) man kann es nicht irgendwie aus- so aus- auszahn. °Weiß nicht wie man
76 sagt°. Ein Gespräch kann jetzt nicht von einem Punkt zum anderen gehen, bei einer Allgemein-
77 ordination geht das nicht, dass man, dass man eine halbe Stunde für einen Patienten aufwendet.
78 X: Das ist eh auch schon eine meiner nächsten Fragen, wie schauts aus mit anderen Themen als
79 medizinischen, wenn du jetzt sagst das geht eigentlich nicht aber es kommt schon mal vor. Also mit
80 welchen Themen bist da du noch konfrontiert?
81 A: Also bei Patienten, die ich schon länger kenn, da kommt immer wieder mal eine persönliche Frage
82 über (3) meinen Wohnort oder wo ich auf Urlaub war oder auf Urlaub sein werde. Und das find ich
83 nicht so schlimm ja, das beantworte ich auch, aber ich werde jetzt keine Fragen zu meinem
84 Privatleben beantworten, wie mein Zuhause aussieht oder mit wem ich einen Umgang hab oder so,
85 wo ich jetzt nach der Arbeit hingeh, wo ich einkaufen geh, das kann schon vorkommen ja, nicht oft
86 aber solche Fragen, da sag ich dann einfach, na da möchte ich nicht antworten. Ich will da schon eine
87 Grenze haben. Aber bei Sachen wie, na wo fliegen's hin, wie war der Sommer, das ist ok, das gehört
88 dazu. Da fühlen sich die Patienten auch wohler.
89 X: Das ist also auch gut für die Beziehung.
90 A: Ja.
91 X: Gut, also du bist ja jetzt noch relativ jung und hast nicht eine lange Laufbahn als Arzt hinter dir,
92 aber fallen dir Veränderungen auf in der Interaktion mit Patienten, in der Kommunikation? Hat sich
93 da schon im Laufe deiner kurzen Laufbahn was verändert oder kann man da noch nicht viel sagen?
94 A: Hm, ich bin mir nicht ganz sicher, aber ich denke, früher hatte man mehr Vertrauen in die Ärzte,
95 aber das war schon einige Zeit vor meiner Zeit. Ich weiß nur das, was ich von meinen Kollegen und
96 Kolleginnen gehört hab. Natürlich vertraut man den Ärzten heute auch, aber (2) dadurch, dass man
97 alles im Internet nachschauen kann und weiß nicht was, vernetzt ist und blablabla, denke ich schon,
98 dass sich das ein bisschen geändert hat über die Jahre. Ich hab, ich hab diese Veränderung nicht
99 persönlich erfahren, sondern ich weiß es nur von Kollegen.
100 X: Sehr gut, dann weiß ich jetzt schon etwas über den allgemeinen Umgang, das gibt mir schon ein
101 bisschen Einblick. Das nächste Thema ist dann die Feedbackkultur, also Feedback von Patienten an

102 deine Person. Und da interessiert mich mal, besteht der Wunsch nach Feedback bei dir? Hast du das
103 Bedürfnis, dass du Rückmeldungen bekommst?
104 A: Also ganz ehrlich (3) den Wunsch hab ich nicht. @2@
105 X: Mhm, aktiv danach fragen wirst du dann auch nicht?
106 A: Nein, ich frage nicht aktiv danach und persönlich sagt mir das fast niemand irgendein Feedback
107 oder dass ich jetzt (2) super nett oder unfreundlich war, das kommt eigentlich nicht so oft vor.
108 X: OK.
109 A: Eher (3) bei den Anmeldedamen, also nicht bei mir persönlich in der Ordination, sondern bei
110 ihnen.
111 X: Aber über dich?
112 A: Ja, schon auch. Also, weil sie wissen ich hab keine Zeit, ist dann eher dort die Anlaufstelle, sicher
113 mehr bei den Ordinationshilfen.
114 X: Und die geben es dir aber auch weiter?
115 A: Ja ja, die sagen mir das.
116 X: Und wie gehst du damit um, also sowohl mit positiven als auch negativen Feedback?
117 A: Ähm, es ist natürlich klar, dass man nicht perfekt sein kann, natürlich ist mal ein Patient nicht
118 zufrieden, das ist einfach so. Das kann ich auch nicht ändern. Ich versuch mein bestes, aber (3)
119 @manchmal geht das halt einfach nicht@, bei manchen Leuten geht das auch nicht. Ich versuch
120 immer freundlich zu bleiben, aber (3) wie gesagt, man ist menschlich, manchmal ist es schwer. (2)
121 Natürlich haben sich die Patienten öfters bei mir bedankt, das find ich immer sehr schön.
122 X: Das stärkt wahrscheinlich wieder die Beziehung.
123 A: Ja natürlich. Negatives Feedback persönlich bekommt man eigentlich nicht. Also, dass sie mir jetzt
124 sagen, das war kein gutes Gespräch, das hab ich eigentlich noch nicht in der Ordination erlebt.
125 X: Mhm und siehst du irgendeinen Unterschied zwischen fachlichen und einfühlsamen
126 Kompetenzen? Erachtest du da eins als wichtiger oder nebensächlich oder sind sie gleichwichtig?
127 A: Es ist auf jeden Fall wichtig, fachlich kompetent zu sein, damit man eben auch das Vertrauen des
128 Patienten hat, großes Wissen ist natürlich auch essenziell. Nebensächlich ist das persönliche
129 [einfühlsame] sicher nicht, aber man darfs nicht übertreiben mit dem persönlichen und mit dem (2)
130 nahen Kontakt-Haben. Ich denke, man muss professionell, freundlich sein, aber es müssen Grenzen
131 sein und die müssen klar sein. Aber es ist schon wichtig auch eine – ja persönliche Beziehung –
132 irgendwie auf einer persönlichen Ebene auch zu kommunizieren.
133 X: OK sehr gut, und die letzte Frage dazu, wie wichtig ist dir dein Image als Arzt und machst du da
134 etwas dafür es aufzubauen oder zu erhalten – vielleicht auch auf Feedback reagieren?
135 A: Also mein Image ist mir schon wichtig. Ich möchte schon, dass man von mir denkt, ich wäre
136 kompetent und eine gute Ärztin, aber eine Feedbackstelle hab ich nicht also (2) die Patienten
137 können’s mir sagen, ich hab nichts dagegen, sie können es meinen Ordinationsdamen sagen. Das
138 passiert manchmal (4).
139 X: Und wenn mal ein konkreter Vorschlag kommen würde bzw. kam, hast du dann nicht gedacht ah
140 das wollen die Patienten, das könnte ich machen?
141 A: Nein, das obliegt schon- also ich überleg mir das, wenn ein Vorschlag käme von Patienten, aber
142 das ist dann in meiner Hand, ich werd mich nicht wirklich beeinflussen lassen von dem.
143 X: Also nur mal zum Nachdenken?
144 A: Genau.
145 X: Super, danke und das letzte Thema, das wir jetzt noch haben, ist die vertiefende Feedbackkultur
146 im Internet. Da würde ich mal gerne wissen, bist du aktives Mitglied auf einer Plattform wie
147 Docfinder.at oder einer anderen, da gibt’s ja verschiedene?
148 A: Nein, also ich bin kein Mitglied. Es ist mir natürlich klar, dass es diese Plattformen gibt und ich
149 schau auch auf diese Plattformen, ich schau was sich so tut im Internet. Es ist sehr verlockend auf ein
150 Kommentar zu antworten, aber ich denke, das hat keinen Sinn. Ich möchte keine Diskussion
151 anfangen im Internet mit den Leuten. Es sind sowohl positive als auch negative Kommentare,
152 Bewertungen und wenn mal ein Einzelfall so groß besprochen wird, ich weiß nicht irgendwas
153 Spezielles, was an diesem einen Tag war mit diesem einen Patienten, der unzufrieden war...

154 X: Also da hast du anscheinend schon konkrete Beispiele im Kopf.
155 A: Jaja, (3) und wenn sie das nur auf die eine Weise aus ihrer Sichtweise erzählt, natürlich hab ich mir
156 gedacht °na das ist° (1) es ist sehr verlockend, aber nein, ich möchte das auch nicht, mich auf sowas
157 einlassen, solche Kommentare.
158 X: Aber das heißt jedenfalls, du liest die Kommentare?
159 A: Ja.
160 X: Du antwortest nicht auf diese Kommentare aber schaust regelmäßig nach. Das heißt, das Interesse
161 ist da und du weißt auch wie du damit umgehen könntest, wenn du was machen willst?
162 A: Ja, mhm. Es ist jetzt nicht so, dass ich jeden Tag nachschau. Vielleicht ein, zwei Mal im halben Jahr
163 und dann tut sich auch immer wieder was, weil es bringt ja nichts, jeden Tag nachzuschauen. Es sind
164 nicht so viele Leute, die da was schreiben. Es freut mich immer, wenn ich ein positives Kommentar
165 sehe und ja bei den anderen (1) ich les es mir durch, ich denk mal drüber nach und dann vergess ich's
166 auch wieder @2@ manchmal müssen die Leute ihren Frust wo auslassen.
167 X: OK, aber aktive Mitgliedschaft kommt für dich momentan nicht in Frage, wo man auch noch seine
168 eigene Seite gestalten kann?
169 A: Nein, nein, das möchte ich nicht. Ich glaub, das wird sich auch nicht ändern.
170 X: Und für wie glaubwürdig hältst du solche Plattformen? Könnte das anderen helfen, hilft es dir so
171 ganz allgemein?
172 A: Ich denke, allgemein einen Überblick kann es auf jeden Fall geben, eine Tendenz, wie dieser Arzt
173 oder diese Ärztin sein kann, weil (2) man muss es immer im Gesamten sehen. Wenn es insgesamt
174 positiv ist, dann kann das sicher stimmen. Die „Einzelfälle“ quasi, die sind halt nur einseitig
175 beschrieben, gehört dazu. Aber ich denk schon, dass das einen Überblick schaffen kann über die
176 verschiedenen Ärzte auf diesen Plattformen.
177 X: Also als Informationsplattfo-
178 A: Genau. Ich würd jetzt nicht alles eins zu eins für bare Münze nehmen, aber ich finde das ist voll OK
179 und sicher eine Hilfe für Entscheidungen.
180 X: Alles klar, und liest du auch Bewertungen von Kollegen?
181 A: Ja ja, ich schau einfach herum auch bei Kollegen und Kolleginnen, die ich kenn. Es ist auch
182 manchmal wirklich sehr amüsant. Also ich les das sehr gerne eigentlich.
183 X: Und aus deiner Sicht decken sich die Kommentare, also stimmen die überein oder ist es komplett
184 konträr was da geschrieben wird, abgesehen von den Einzelmeinungen?
185 A: Ja, es ist schwer, weil ich auch nicht in den Ordinationen meiner Kolleginnen oder Kollegen bin.
186 Aber wenn man ein paar Sachen öfter liest, dann glaub ich das schon. Wenn da was öfter vorkommt
187 in mehreren Kommentaren, dann mag da was Wahres dran sein.
188 X: Gab es hier schonmal Reaktionen oder ist das eher so durchlesen und damit hat sich das dann?
189 A: Also bei meinen Kollegen und Kolleginnen, die ich kenn, die antworten da auch nicht drauf. Ich
190 hab natürlich auch schon Bewertungen gelesen von Ärzten und Ärztinnen, wo der Arzt oder die
191 Ärztin geantwortet hat (3) na:: das hat mir aber wieder nur bestätigt, dass ich das einfach nicht
192 möchte.
193 X: Also wir sind prinzipiell am Ende. Gibt es noch Anmerkungen oder einen Punkt, den du dazu noch
194 sagen möchtest?
195 A: Na ich wollte mich nur bedanken für das Gespräch, es war sehr abwechslungsreich. @2@
196 X: Ja, ich danke dir auch sehr für das Interview.

1 **Transkript vom 07.06.2019, Beginn 19:30 Uhr**
2 **Dauer: 19' 55"**
3 **Interviewpartnerin B: männlich, 60 Jahre alt**
4

5 X: Ich danke dir erstmal, dass Du dich bereit erklärt hast, dieses Interview mit mir zu führen. Du
6 weißt, ich mache das für meine Magisterarbeit und es geht um die Kommunikation und vor allem die
7 Feedbackkultur zwischen Arzt und Patient, also vom Patienten an den Arzt. Das Gespräch wird sicher
8 nicht länger als eine halbe Stunde dauern. Ich hab dir grad vorher das Datenschutzblatt gegeben und
9 da bräuchte ich bitte noch dein mündliches OK, dass ich deine Daten anonymisiert weiterverarbeiten
10 darf.

11 B: OK, mein mündliches OK dafür.

12 X: Dann können wir gleich mal anfangen. Meine erste Frage ist, wie kommunizierst du so in der Regel
13 mit Patienten, wie läuft das ab, was sind die Inhalte allgemein in einem Gespräch?

14 B: Na ich begrüße den Patienten meistens mit Handschlag. Da ich schon länger im Geschäft bin,
15 kenne ich auch Patienten schon länger, weil ich ja ein praktischer Arzt bin und da der Vorteil ist, dass
16 man die Patienten schon über einen längeren Zeitraum betreut. Also mit Handschlag und Hallo auch
17 schon mehr (3) freundschaftlich, bei bestimmtem oder länger kennendem Verhältnis sozusagen. Ja
18 und dann frag ich was los ist oder was' gibt, meistens ist es ja eigentlich ein Wollen des Patienten, ich
19 sag ja nicht sie müssen kommen ned?! @1@ Und so beginnt halt mein Gespräch, sie sagen halt dann
20 ihre Probleme und ich versuche darauf einzugehen beziehungsweise eine Lösung zu finden.

21 X: Und weil du vorhin schon gesagt hast „freundschaftliches Verhältnis“ heißt-

22 B: Das ist ein Vor- und ein Nachteil, das hab ich mal überlegt, über eine lange Zeit, nach fast 30
23 Jahren, kennt man halt die Familie von den Patienten, ihn selber, wahrscheinlich seine Vorgänger,
24 von Oma oder Eltern oder umgekehrt seine Kinder schon und über die Jahre jo (2) ist eben fast per
25 du, ist vielleicht schlecht aber (1) weil der Respekt vielleicht verloren geht oder °ned der Respekt
26 aber° eine gewisse Distanzlosigkeit vielleicht eintritt. Aber es ist eben auch was Schönes, weil ein Arzt
27 wie es früher war mit Gott in Weiß und der Patient, der einfach alles schluckt, was der Arzt sagt,
28 @obwohl das nicht schlecht wäre@ dann hätte man schnellere Behandlungszeiten (2) der Nachteil
29 wie gesagt, es gibt Vor- und Nachteile, aber ich bin eigentlich dafür, dass man ein bissl, wenn man
30 sich gut kennt oder schon besser kennt, dass man eben so kommuniziert, dass das eigentlich schön
31 ist, wenn man sich auf einer Ebene trifft und nicht auf Chef und Untergebener, wie es wie gesagt
32 früher [war] mit Arzt und Pfarrer und Bürgermeister. Das ist auf der einen Seite schade, weilst halt
33 länger reden musst, weil sie mehr Fragen stellen, weil wenn einer sagt, das ist weiß und wenn's grau
34 ist, muss man's annehmen, weil ja der Arzt das sagt. Und jetzt gibt's eben nicht nur schwarz-weiß,
35 sondern auch grau und das muss man erklären, diese Schattierungen, aber der Vorteil ist eben, dass
36 man sich gut kennt oder besser kennt und auch kleinere Fehler wahrscheinlich verziehen werden auf
37 beiden Seiten.

38 X: Und was ist so in der Beziehung generell wichtig, auch mit Patienten, die man nicht so gut kennt,
39 was sind da für Elemente, die unbedingt gegeben sein müssen, damit das funktioniert?

40 B: Ja, ein gewisses Vertrauensverhältnis sollt man sich aufbauen, inwieweit man das schnell schafft
41 oder nicht schafft und in heutiger Zeit mit den Ausländern ist das sicher ein Problem von der
42 sprachlichen Barriere und auch vom Kulturellen her und drum bin ich da bissl (3) die neuen Patienten
43 sind halt eher keine Österreicher, zumindest aus der Erbmasse her. Das wird dann ein bissl
44 schwieriger, da ist aber die Distanz von Haus aus schon gegeben, auch von mir aus, dass ich das gar
45 nicht so anbiete, unbewusst wahrscheinlich anbiete und umgekehrt ist bei denen auch nicht so
46 erwünscht bzw. ich glaub nicht, dass die, weiß ich nicht, es vermischen würden, wenn (2) wenn die
47 vielleicht also dass man mehr freundschaftlich umgeht. Ich glaube, die wollen, die brauchen das nicht
48 und das ist auch OK, das ist anders, ein anderer Zugang, aber Vertrauen sollte schon sein, das ist
49 schon so, sollte sein, also ist sicher so, weil wenn man das nicht will, geht man nicht zum Arzt und
50 auch ich kann reagieren, wenn es nicht funktioniert. Dann sagt man halt, suchen Sie sich einen
51 anderen Arzt. Drei Monate ist man gebunden, also ich als praktischer Arzt, da ist es halt so, dass man
52 gebunden ist, da kommt man dann auch durch, aber es ist eher selten, in meiner Laufbahn erst drei
53 Mal passiert.

54 X: OK, es hat sich auf jeden Fall was verändert prinzipiell, also-

55 B: Ja, es wird anders, es wird total anders, das Freundschaftliche, das vielleicht eh nicht so notwendig
56 ist, das gibt's jetzt einfach mit den neuen Kunden sozusagen nicht mehr.

57 X: Und hat sich sonst noch etwas verändert? Stichwort Gott in Weiß hatten wir vorher.
58 B: Gott in Weiß ist der Vorteil, wenn man Gott in Weiß bleibt und ist und das vielleicht auskosten
59 will, der Nachteil ist, wenn man dann Gott in grau oder schwarz wird, dass das eben zu respektlos
60 auch werden kann. (3) Also respektlos, das muss ja nicht, die Distanz, die vielleicht nicht schlecht ist,
61 egal eine gewisse Distanz ist immer nicht schlecht, Respekt ist die nächste Stufe, aber wenn man
62 dann gleich mit per Du angesprochen wird von wem, den ich noch gar nicht kenne, nur weil die Oma
63 vielleicht die Patientin war, @naja ich wirke noch sehr jugendlich Gott sei Dank, trotz meines Alters@
64 und ich bin kein Krawatten-Typ, das macht vielleicht auch was aus, ich bin nicht im Anzug, weil ich ja
65 immer in Weiß bin, obwohl ich kein Tennisspieler bin @1@ also vielleicht macht das auch a bissl
66 leichtere Zugänge zum Du.
67 X: Also deine lässige Ausstrahlung meinst du.
68 B: Genau, die Ausstrahlung.
69 X: Gibt's denn auch andere Themen als medizinische, die vorkommen?
70 B: Ja, also wie Pfarrer fast, teilweise @1@ teilweise beichten, aber keine Absolutions- das fordern sie
71 nicht von mir aber ja (2) Gespräche sind halt sehr wichtig, das wissen wir eh schon alle, nicht nur
72 Medizin in Pillenform oder Spritzen, auch so psychologisch was wahrscheinlich nichts Schlechtes ist,
73 bissl plaudert, was mit der Zeit aufwendig ist, das kann natürlich jetzt geschäftlich gesehen nicht
74 ideal sein, aber das muss halt drinnen sein, wenn man eben Patienten länger kennt, ist auch drinnen,
75 das macht man dann auch gerne, wenn es nicht dauernd gefordert wird, genau gefordert wird. Ich
76 mach das sowieso nur eine gewisse Zeit, weil ich muss ja was anderes auch noch machen, nicht nur
77 arbeiten, aber wenn der Patient glaubt, es ist immer so, muss immer so sein, das stimmt ja auch
78 nicht. Das kann natürlich auch passieren, aber prinzipiell, wenn man Patienten länger kennt, ist das
79 schon drinnen. Aber wenn sie jeden Tag kommen, das ist dann nicht drin, da müssen sie zum Pfarrer
80 gehen.
81 X: Nach einem Tag gibt's ja noch nicht viel Neues, was man sich erzählen kann.
82 B: Ja... sie finden immer was Neues, seit es den Doktor Merin (sic!) gibt, jetzt mit dem Internet leider
83 auch, aber es ist halt so, da kommen mehr Fragen als eigentlich notwendig, krankheitsspezifische, in
84 der Art, weil ich halt schon da bin und so, gibt's dann Klopapierrollen, die aufgerollt werden und
85 dann steht dort Frage 1-750, das ist zwar selten, gibt's aber auch, die sind halt sehr (2) @nicht so
86 angenehm@ wenn es des Öfteren passiert.
87 X: Ziehst du dann schon auch manchmal Grenzen?
88 B: Muss man Grenzen ziehen. Beim dritten Mal spätestens, weil die Krankenkassa zahlt nur einen
89 bestimmten, also man muss ja nicht alles auf Geld sehen, aber es gehört auch dazu. Weil die anderen
90 Patienten, die auch irgendwas wollen von mir und dementsprechend länger warten müssen, geht's
91 halt nicht, wenn das so lange dauert. Es gibt auch Leute, die kommen zu mir, weil es schön warm ist,
92 wenn's draußen kalt ist und wir haben seit kürzerer Zeit auch Klimaanlage im Sommer, also auch
93 umgekehrt, die kommen, weil's kühler ist, so kommt es mir teilweise vor.
94 X: Also statt ins Einkaufszentrum geht man zum Arzt?
95 B: Zum Arzt ja, da trifft man auch verschiedene Freunde oder Bekannte, die man wenn's so heiß ist,
96 dann beim Arzt so sieht, Ist schon öfter mir so vorgekommen.
97 X: Interessant. Und gibt es auch sowas wie privaten Umgang, dass man sich privat trifft?
98 B: Na, wenn man sich lang kennt, ergibt sich das dann wenn man sich gut versteht, also vize versa,
99 dann bleibt man wirklich mal beim Du hängen und trifft sich vielleicht mal beim Heurigen oder im
100 Gasthaus und sagt Hallo, servas Herr Doktor, °noch Herr Doktor° und Kummans her oder Kum her,
101 dann plaudert man und sagt, Na jetzt kennen wir uns schon so lang, bleiben wir wirklich beim echten
102 Du, das gibt's auch, das ist eh ganz nett, aber selten.
103 X: Super, danke für diese Einführung in die Beziehung. Jetzt springen wir zum Thema Feedback, was
104 ja mein spezieller Schwerpunkt ist und da interessiert mich mal, wie siehst du das? Hast du prinzipiell
105 den Wunsch, dass du Rückmeldungen bekommst von deinen Patienten?
106 B: Na klar, jeder, wurscht wer das jetzt ist, Arzt oder Geschäftsmann, oder wurscht, wenn man
107 zwischenmenschlich kommuniziert, dann will man irgendwas zurückbekommen, ob das gepasst hat,
108 ob das nicht so gut war, ob man das mal ändern soll/kann/will. Da muss man mal wissen, wie es

109 angekommen ist. Darum braucht man Feedback. Egal in welcher Form, meistens ist es eh mündlich,
110 weil die Patienten ja doch kommen, nicht über die (3) über die Medien, die sozialen Medien ja. Ich
111 schau das auch nicht an, ich bin noch eher Old School.

112 X: Uh, das ist ein nächster Punkt.

113 B: Wir machen das Aug in Aug, @Zahn um Zahn@

114 X: Also das heißt, du fragst auch aktiv Patienten, wie war das für Sie/dich, passt das?

115 B. Wenn sie wiederkommen ist das eigentlich eh logisch [gemeint: indirektes positives Feedback].
116 Wenn sie natürlich 17 Mal kommen wegen demselben Problem, dann muss ich irgendwas falsch
117 gemacht haben oder das Problem ist ein anderes, das ergibt sich dann eh von alleine – oder es ist
118 wirklich so heiß und so. Aber das ist nicht so, dass es wirklich alle sind, eher spezielle, aber das darf
119 dann in der Menge sein, das ist eine Promill-Anzahl. Ja aber wie gesagt, dass würden sie mir eh sagen
120 oder sie kommen nimmermehr. Gibt's leider auch immer wieder, weiß nicht warum, das ist
121 eigentlich auch komisch, weil wenn man sich schon länger, also bei längeren Bekannten, oder
122 Patienten, die ich länger schon medizinisch betreut habe und dann sind sie plötzlich weg, dann sind
123 sie entweder verstorben oder verzogen oder irgendwie komm ich drauf, dass sie doch nicht
124 zufrieden vielleicht waren, weil sie zu einem anderen gegangen sind, das ist auch selten, aber das tut
125 irgendwie schon weh, wenn man sich zehn Jahre gut versteht oder gut zusammengearbeitet hat,
126 miteinander, und dann ja, das ist schon unangenehm, für mich selber. Aber nicht, weil ich jetzt
127 glaube, ich bin ein schlechter Arzt, das könnte er ja sagen, ist ja auch nicht immer nur von mir aus,
128 sondern vielleicht meine Angestellten, das gibt's ja auch, Wartezeiten sind zu lange, sie glauben, es
129 wird wer vorgenommen, das gibt's nämlich auch, wenn man verwandt oder bekannt ist, wird man
130 auch mal vorgezogen aber ja das ist halt so. **Genau**, wenn der dann weg ist, könnte er ja sagen, na es
131 tut ma leid, Sie sind zwar in Ordnung oder ich bin nicht in Ordnung, draußen das passt nicht, aber
132 gut, das ist auch im Promille-Bereich. Die merkt man sich aber trotzdem, die Patienten,
133 komischerweise, wenn man sie länger kennt. Ist ja auch ein Feedback, indirekt. Direkt ist es eh
134 automatisch, auch ohne Fragen, wenn er wiederkommt, ist er zufrieden oder er sagt, Hören's das hat
135 mir nicht geholfen Herr Doktor. Beim dritten oder vierten Mal wird er sagen, Hören's schicken Sie
136 mich woanders hin oder weiß ich nicht.

137 X: Mhm, und wie gehst du dann so mit Feedback um, sei es indirekt oder direkt, positiv oder negativ,
138 änderst du dadurch was oder gehst du auf irgendwas ein?

139 B: Na, also das liegt nur im Promillen-Bereich, wie gesagt, dann kann ich nicht so falsch liegen, wenn
140 die anderen 100 oder 99 Prozent eh funktionieren. Aber ja Fehlerquoten sind da wo man arbeitet,
141 machen Fehler, auch kleine, hoffentlich nur, weil als Arzt muss man schon bisschen aufpassen, aber
142 gibt sicher genug Fehler über die Jahrzehnte, leider, aber so schwerwiegend oder folgenschwer
143 sollten sie nicht sein, wie gesagt wird's aber wahrscheinlich auch gegeben haben, ja leider, aber da
144 bin ich nicht allein.

145 X: Das ist in jedem Beruf glaub ich normal. Und wie sieht es aus mit dem Unterschied zwischen
146 fachlichem Feedback und einfühlsamen Feedback, siehst du das als zwei Kompetenzen, die gleich
147 wichtig sind, findest du eines ist wichtiger als das andere?

148 B: Ja fachlich sollte man schon ganz gut sein, das andere sollte auch nicht ganz zu kurz kommen, das
149 ist auch wichtig, das wissen wir schon vom Placebo-Effekt. Wenn man irgendwas gibt und sagt Das
150 hilft Ihnen, eine Schmerztherapie, das man spritzt und der glaubt das hilft ihm wirklich (2) wurscht
151 das gehört auch dazu, aber fachlich muss man natürlich schon bestimmte Sachen mitbringen. Und
152 wenn jetzt einmal bei einem anderen, der fachlich OK ist, beim Händeln mit Spritzen vielleicht nicht
153 so gut ist dann sagt, Ach das wird schon gut werden, wird's wirklich gut, auch wenn man
154 höchstwahrscheinlich nichts getroffen hätte oder einen blauen Fleck gemacht hab, wenn man das
155 gut rüberbringt und der Patient sich gut fühlt und gut behandelt fühlt. Wie gesagt, fachlich das
156 gehört einmal und dann das andere ist wichtig, aber wenn man da einen kleinen Fehler macht ist's
157 wurscht, aber das Fachliche müsste passen.

158 X: Alles klar, aber Feedback kriegst du für das und das?

159 B: Ja, kriegt man für das und das.

160 X: Und gerne auch?

161 B: Jaja, klar, jeder, wenn's geht nur positiv und wenn's negativ wäre, ist es auch OK, man muss halt
162 wissen warum, damit man reagieren kann. Wenn er dann nimmer kommt, ist selten, aber dann
163 irgendwo anders als Patient beim Arzt wieder ist und wir sind ja Kollegen, wir reden ja, wir tauschen
164 ja verschiedene Sachen aus oder diskutieren. Dann komm ich drauf, dass das so ist und eigentlich
165 komisch, da könnte man ja mit dem Patienten direkt, also auch ein schlechtes Feedback haben, wo
166 ich sag, ich versteh das schon.

167 X: Aber wie würde so eine Reaktion aussehen von dir?

168 B: Einfach nur ausreden, was war wirklich falsch, so hab ich nicht reagieren können, weil ich nicht
169 weiß, was schlimm war, nochmal, ob das ich war, ob das draußen war, ob das einfach an dem
170 Terminsystem liegt oder von der Wartezeit abhängig ist oder (2) doch von der Klimaanlage, die nicht
171 kalt genug ist. @2@ Das könnte auch sein, da hat ein Kollege vielleicht eine bessere automatische
172 Klimaanlage. Na das war jetzt nur ein Scherz aber ja-

173 X: Alles klar, verstehe. Wie wichtig ist dir denn dein Image als Arzt und gibt's etwas, das du machst,
174 damit du es aufbaust und erhältst?

175 B: Naja, früher war es mir wichtiger vielleicht. Ich weiß, was ich kann klingt jetzt blöd, aber jo, man
176 hat gewisse-

177 X: Ja klar, also das Ansehen ist nicht unwichtig aber-

178 B: Unwichtig nicht, aber es ist nicht so, dass, ich werd jetzt nicht sagen ‚Ich bin der Arzt‘, ich fahr
179 nicht auf Urlaub und sag ‚Ich bin der Arzt‘, das mach ich schon überhaupt nicht. Na, das ist mir
180 eigentlich egal. Genau, die Sachen, die ich hoffentlich rüberbring oder fachlich sollte passen, ja °passt
181 meistens eh° und das soll ja so sein. Na, aber es ist nicht so wichtig, die was mich kennen und ich
182 kenn eh genug oder umgekehrt, das muss passen, ob da jetzt ein Fremder das toll findet, wenn er
183 nicht mein Patient ist, ist es mir wurscht.

184 X: Super und der letzte Punkt, der geht jetzt noch tiefer, zum Thema online Feedback auf den Online-
185 Plattformen. Du hast jetzt eh schon erwähnt, du schaust nicht auf diese Plattformen?

186 B: @Nein@, da schau ich nicht hin.

187 X: Also das heißt, du bist weder aktives Mitglied noch aktiver User.

188 B: Ich bin auch passiv nicht, na ich use nicht und beuse (sic!) nicht, nein.

189 X: Weißt du trotzdem was drauf steht über dich?

190 B: Die jungen Leute werden das schon, die jungen Patienten, falls ich neue krieg oder habe, die
191 werden das schon vielleicht vermissen, dass ich das nicht tu, weiß ich nicht wie weit das dann
192 Einfluss hätte, ob man da besser oder schneller reagieren kann. Weiß ich nicht über E-Mail, der
193 schickt das dann und ich soll morgen schon das Rezept haben, ist auch nicht OK, nicht? Achso oder es
194 geht nur ums Feedback?

195 X: Ja genau, es geht um das Feedback auf Online-Plattformen wie Docfinder.

196 B: Jaja, das gibt's schon, da gibt's ja Bewertungen im Internet, nicht?

197 X: Richtig, die mein ich, ob du die liest?

198 B: Achso, na klar kennt man die. Aber ich weiß ja, wie einfach das ist @2@ wenn man nicht zufrieden
199 ist, ist egal wo, das kann der super Arzt sein aber irgendwo ist etwas, ist nicht ideal und wenn's nur
200 die Warteliste oder sonst was ist, dann schreibt man halt alles negativ genau, drum weiß ich, dass
201 das eigentlich- also das wird schneller runtergedrückt als rauf, weil rauf macht's keiner, weil wenn
202 jeder zufrieden ist, warum soll man da rein-, das wird als normal erachtet.

203 X: Naja es gibt schon-

204 B: Na, also da muss man schon sehr zufrieden sein. Na (4) eigentlich, also egal ist es mir nicht, aber
205 ja, da ist eher meine Frau dahinter und die sagt es mir und ich freu mich natürlich, wenn ich jetzt
206 plötzlich von fünf Punkten fünf habe. Aber ich weiß wie schnell das geht, wenn irgendwo nur eine
207 Kleinigkeit, von meist nicht bekannten Patienten, sondern eher Vertretungspatienten, die mich nur
208 zwei Mal im Jahr sehen, da kann man mal nicht gut drauf sein oder wurscht. Aber die, die mich
209 kennen, die wissen, so wie ich bin. Wahrscheinlich wollen sie das, sonst hätten sie schon gewechselt.
210 Aber die kommen gar nicht so weit drauf oder dran, wie lieb oder nicht lieb ich bin, sondern das ist
211 nur ein kurzes Momentum, das kann man natürlich bewerten, aber das sagt nichts für die, für mich
212 jetzt nichts.

213 X: Also glaubwürdig findest du es aber nicht?
214 B: Nein, da müsste ich Namen wissen, wenn er das wirklich bewertet und warum, genau, weil
215 inkognito kann man immer irgendwas schreiben. Na, das ist völlig wurscht, naja nicht völlig wurscht.
216 X: Da gibt's aber keine Reaktionen von deiner Seite aus?!
217 B: Na, also klar, wenn 100 schreiben, das ist nicht leiwand von mir, dann muss ich mir auch was
218 überlegen.
219 X: Aber das ist ja nicht so.
220 B: Na genau.
221 X: OK und aktive Mitgliedschaft kommt für dich gar nicht in Frage?
222 B: Nein, überhaupt nicht. Ich bin ja wie gesagt, na also das ist mir wirklich relativ egal, ja. Wenn man
223 sagt, man mag mich nicht, man mag die Art nicht, wie er arbeitet, gut, dann muss er nicht kommen.
224 Oder er ist unzufrieden mit meinem medizinischen Wissen, das muss er mir halt dann sagen, dann
225 würde es mich wahrscheinlich schon, nicht treffen, aber ich könnte dann reagieren.
226 X: Aber interessiert es dich schon was auf den Plattformen steht oder sagst du, du erfährst es nur-
227 B: Ich erfahre es, ja, und dann freut's mich, wenn's gut ist und wenn's nicht so ist, weiß ich wie
228 schnell es geht, dass man das drückt.
229 X: Aber du suchst definitiv nicht aktiv nach deinem Profil.
230 B: Nein, nein. Ich könnte ja auch meinen Verwandten sagen oder meinen Freunden, Bitte schreibt
231 rein, weil ich bin ja wirklich so lieb. Wird's auch geben, aber das mach ich auch nicht.
232 X: Alles klar, gut, also prinzipiell war das alles. Falls du irgendwas noch zu dem Thema anmerken
233 möchtest, dann gerne.
234 B: Das war sehr tiefgreifend schon, ich hab schon viel von meiner Seele preisgegeben @3@ nach
235 dem ich schon so alt bin, ist es mir eh wurscht, das wissen eh meine-
236 X: Das bleibt ja alles anonym.
237 B: Aja, das passt schon. Das ist vielleicht eine Alterserscheinung, weil früher wär man vielleicht nicht
238 so gewesen. Aber jetzt ist es quasi eh schon, nicht wurscht, aber man weiß, wie es ist. Man sollte es
239 ja auch wissen in dem Alter.
240 X: Dann sage ich vielen Dank für das Interview.

1 **Transkript vom 09.06.2019, Beginn 17:30 Uhr**

2 **Dauer: 26' 00"**

3 **Interviewpartnerin C: weiblich, 54 Jahre alt**

4

5 X: Also im ersten Schritt möchte ich dir gleich dafür danken, dass du das Interview mit mir führst. Du
6 weißt ich mache meine Abschlussarbeit in Publizistik, meine Magisterarbeit über die Kommunikation
7 zwischen Arzt und Patient und Schwerpunkt ist auch noch die Feedbackkultur. Das Gespräch wird
8 sicher nicht länger als eine halbe Stunde deiner Zeit in Anspruch nehmen. Ich hab dir vorher schon
9 diesen Datenschutzzettel gegeben, da stehen noch alle Infos drauf, wenn du Fragen hast, wenn du
10 etwas gestrichen haben willst und ich bräuchte bitte kurz dein mündliches OK, dass ich diese Daten
11 in meiner Arbeit verarbeiten darf. Du bleibst anonym, es wird kein Name genannt.

12 C: Ich gebe dir das OK.

13 X: Super, dann fangen wir gleich an. Die erste Frage ist, wie kommunizierst du so prinzipiell mit
14 Patienten, wie läuft ein Gespräch so ab allgemein, welche Elemente kommen vor?

15 C: Also wie kommunizier ich (3) es kommt natürlich immer auf den Patienten an. Es gibt Patienten,
16 die kommen rein zu mir und sagen mir gleich was sie haben und dann versuche ich sie zu behandeln.
17 Dann gibt's natürlich auch welche, die sehr ausschweifend sind und die das Gespräch schon sehr in
18 die Länge teilweise ziehen, da muss man dann ein bissl die Notbremse ziehen. Und natürlich gibt's
19 dann auch die, wo man ein bisschen einen persönlicheren Kontakt zu denen hat, jetzt nicht, dass

20 man mit denen fortgeht oder so, aber die findet man einfach sympathisch oder (2) die mag man, das
21 gibt's natürlich auch, mit denen redet man dann schon auch etwas länger und auch privat teilweise.
22 X: Also da lässt man die Ausschweifung praktisch zu?
23 C: Da lässt man die Ausschweifung zu, ja. Aber man muss schon doch auch drauf achten, dass das
24 nicht überhandnimmt. Auch nicht bei denen, die dir sympathisch sind, weil wenn das Wartezimmer
25 voll ist, dann kannst du jetzt nicht wirklich tratschen mit diesen Patienten, ja?! Aber es ist, es kommt
26 immer drauf an, wer vor dir sitzt und was du für ein Verhältnis zu dem hast, ob du den schon lang
27 kennst, ob du viel weißt über den und natürlich interessierst du dich auch für den, wenn du ihn schon
28 länger kennst und den schon lang behandelt hast.
29 X: Mhm, und was ist prinzipiell bei der Kommunikation wichtig?
30 C: Also für mich wär wichtig, dass mir die Patienten sagen, was sie haben und dass ich (3) dass ich
31 dann die Initiative ergreifen kann, wegen der Behandlung und so weiter. Nur das spielt's halt leider
32 nicht, ja. Manche Leute hom eigentlich goa nix, da denkst du dir, Warum kumt der eigentlich zu mir.
33 Weil das ist in den letzten Jahren viel, viel ärger geworden, es ist der gesunde Hausverstand verloren
34 gegangen, ja?! (2) Also Leute kommen heute zu einem Arzt, da wäre früher, das wär früher nicht
35 einmal denkbar gewesen, weil manche Dinge kann man sich zu Hause auch selber (2) machen oder
36 selber behandeln, zum Beispiel Insektenstiche oder Zeckenstiche oder ein kleinerer Ausschlag. Man
37 muss ja nicht wegen jeder Kleinigkeit sofort zum Arzt rennen. Noch ärger ist natürlich, wenn die dann
38 in eine Ambulanz gehen, wie es halt so ist, aber sie kommen auch zum praktischen, also es stimmt ja
39 nicht, dass die nicht wegen jedem Schaß auch zum praktischen Arzt kommen, ja, weil die kommen
40 sehr wohl auch zum Praktiker.
41 X: Verstehe, also Veränderungen hast du in deiner Laufbahn schon beobachten können, das hat sich
42 verändert, gibt's sonst noch Änderungen in der Beziehung, in der Kommunikation?
43 C: Ja, natürlich, ich bin jetzt schon sehr lange in dem Geschäft (2) und es ist schon in den letzten (3)
44 Jahren durch das Internet so geworden, dass sich die Leute im Internet anschauen, was sie haben
45 könnten, kriegen dann natürlich einen Schreck, was da alles steht, vermuten das Schlimmste,
46 glauben sie haben was Furchtbares, weil sie alles nachgelesen haben, kommen dann mit einem
47 Riesen-Fragezettel. Und vor allem, früher wars halt wirklich so, da bist du als behandelnder Arzt oder
48 behandelnde Ärztin (3) die sind zu dir gekommen und haben das hingenommen, was du ihnen
49 aufgeschrieben oder verordnet hast und sind wieder gegangen, ja?! Das ist heute nicht mehr so, sie
50 hinterfragen alles und vor allem fragen sie immer, warum hab ich das? Es gibt manchmal keine
51 Antwort auf diese Frage, ja! Aber sie wollen immer wissen, warum hab ich das, woher hab ich das.
52 X: Ja, weil das Internet wahrscheinlich die Antworten liefert, also Pseudo-Antworten.
53 C: Ja, Pseudo-Antworten, aber es ist halt in der Medizin so, man weiß es nicht, ja, warum jemand was
54 hat, das hat man, das kriegt man, manchmal muss man einfach damit leben und das können sie oft
55 nicht akzeptieren.
56 X: Aber glaubst du dadurch sind sie auch öfter in der Ordi, weil sie gerade das lesen und Panik
57 schieben?
58 C: Ja, das- ich weiß nicht, ob das der Grund ist, aber das hat sich natürlich auch in den letzten Jahren
59 massiv verändert. Also, ich kann jetzt nur aus meiner Erfahrung sagen, ich habe jetzt von der
60 Patientenanzahl annähernd seit Jahren ungefähr die gleiche, aber die Patientenfrequenz am Tag ist
61 sehr gestiegen, ja. Das heißt, die kommen viel öfter als früher. Aber ich glaub nicht, dass es an der
62 Behandlung liegt, ich weiß es nicht.
63 X: Sehr interessant. Und prinzipiell in der Beziehung zum Patienten, gibt es da Faktoren, die
64 unbedingt gegeben sein müssen, damit das funktioniert? Ich meine allgemein den Umgang mit
65 Patienten.
66 C: Ja:::, es ist natürlich so wie es überall im Leben ist, hast du Menschen vor dir, die du magst, du hast
67 auch Menschen, die du nicht magst, ja, aber da muss man sachlich bleiben, da muss man halt einfach
68 darüberstehen.
69 X: Also Empathie ist schon wichtig-
70 C: Empathie wäre wichtig, ist auch wichtig, aber das kannst du nicht jedem entgegenbringen, das
71 geht einfach nicht, ja?! Und du solltest dann halt versuchen, dass du den so gut wie möglich

72 behandelst, so wie alle anderen auch (3) man muss das einfach hinnehmen, weil das ist im Leben so.
73 Man begegnet überall im Leben Menschen, die du nicht magst, ja. Und genauso ist es in einer
74 Ordination, wo jeden Tag an die 100 Leute sind, kannst du nicht jeden von denen mögen, ja?! Und da
75 sollte man aber trotzdem die Behandlung (3) es wird sicher kein persönliches Gespräch in dem Sinn
76 stattfinden, aber die medizinische Behandlung sollte, sag ich jetzt einmal, professionell sein, wie bei
77 anderen auch.
78 X: Mhm, also bei solchen gibt es keine persönlichen Gespräche-
79 C: Eher nicht ja.
80 X: OK, und gibt es auch zu manchen Patienten – du hast ja gesagt freundschaftliches Verhältnis –
81 aber gibt's da auch wirklich privaten Umgang dann manchmal?
82 C: Nein. Privaten Umgang gibt es ganz, ganz selten. Also es , es haben sich schon Freundschaften
83 entwickelt, aber jetzt nicht nur, weil die medizinisch von mir betreut wurden, sondern dass wir
84 vielleicht auch (3) irgendwie (2) ja, handwerkliche Fertigkeiten entdeckt haben [Anm.: die man dann
85 in Anspruch genommen hat und dadurch auch Kontakt hatte], also da haben sich dann schon
86 Freundschaften entwickelt aber das ist ganz, ganz selten. Ich lehne das eigentlich ab, ich möchte das
87 nicht, ich möchte nicht, dass die Patienten mit mir per Du sind, obwohl das vorkommt. Es sind mit
88 mir Patienten per Du, ich weiß nicht warum und ich sag auch nicht Du zu ihnen, aber trotzdem sind
89 die mit mir per Du, warum weiß ich nicht. Aber das möchte ich nicht und das, es ist schon, glaube ich
90 besser, wenn man eine gewisse Distanz hat. Es sind natürlich, wenn du jetzt so viele Menschen
91 kennst, wenn ich jetzt meine Patientenkartei anschau, insgesamt hab ich da 8000 Leute drinnen, im
92 Quartal kommen circa 1000 Leute, das ist jetzt nicht eine riesige Ordination, aber groß genug, damit
93 man wirklich viele Menschen kennt und da haben sich wenige Freundschaften schon entwickelt, aber
94 das ist nicht, das ist die Ausnahme und das will ich auch gar nicht. Aber es gibt natürlich schon, wenn
95 du so viele Menschen behandelst und kennst, dann kommt das schon auch vor, ja. Aber das
96 freundschaftliche Verhältnis ist zu den Patienten eher so, dass du ein gutes Gespräch führst, auch
97 über Privatsachen sprichst und die echte Freundschaft ist dann schon ganz selten, ist aber auch
98 vorhanden, ja. Und das weiß ich auch von Kollegen, die sagen das auch, da können sich schon
99 Freundschaften entwickeln, aber das ist eher die Ausnahme.
100 X: OK, darf ich noch etwas nachfragen wegen dem Du-Wort, weil das hab ich schon einmal gehört.
101 Gibt es da bestimmte Menschen, die per Du sind, die zum Beispiel nicht Deutsch als Muttersprache
102 haben-
103 C: Hm, ja per Du sind einmal (3) das nehme ich denen aber nicht übel, weil (2) also ich verurteile es
104 insofern, dass ich sage, man sollte schon das Kulturelle und vor allem auch die Sprache in einem Land
105 lernen, aber das haben wir ja leider nicht, ist so. Aber ja, vor allem Patienten aus dem jugoslawischen
106 Raum, also aus dem früheren Jugoslawien, die haben das anscheinend nie gelernt, die hatten, die
107 sagen oftmals Du, ja. Das ist so, aber ich glaube, die sagen das deshalb, weil sie es nicht anders
108 kennen, ja! Und drum ist mir das relativ egal, ich bin trotzdem per Sie mit solchen Leuten, ich bin mit
109 allen per Sie. Aber es gibt welche, es gibt Leute, die sind per Du mit mir, das sind meistens etwas
110 jüngere Leute, also ältere überhaupt nicht. Die Älteren sind wirklich noch nach dem alten Schlag,
111 sehr höflich und, und (2) die nehmen deine Ratschläge an, ohne Wenn und Aber und hinterfragen
112 nicht so viel wie die Jungen. Und die, die dann wirklich mit dir per Du sind, ohne dass du ihnen das
113 angeboten hast, das sind eher jüngere Leute und ich würde sagen (2) eher ein mittlerer
114 Bildungsstandard, die gebildeten Menschen sind das überhaupt nicht. "So würde ich das ungefähr
115 interpretieren".
116 X: Alles klar, ich danke dir schonmal für diesen guten Einblick in die Beziehung und die
117 Kommunikation. Jetzt gehen wir noch etwas tiefer und zwar zur Feedbackkultur, was ja ein
118 Schwerpunkt in meiner Arbeit ist. Und da würde mich mal interessieren, hast du den Wunsch nach
119 Feedback oder Rückmeldungen von Patienten?
120 C: Ich würde den Wunsch nach Feedback schon haben, aber nicht in der Form wie sie in der heutigen
121 Zeit passiert, nämlich übers Internet, über irgendwelche Foren. Weil, es ist natürlich (2) eigentlich
122 beschwert man sich mehr als das man sich bedankt oder jemanden belobigt.
123 X: Im Internet meinst du?

124 C: Im Internet, ja. Es ist ja auch leicht. Es ist anonym, ja?! Und vor allem ist ein sehr, sehr großer
125 Faktor dieser Internetbefragungen, da werden verschiedenste Fragen gestellt nach der Anmeldung,
126 nach der Räumlichkeit, nach der Wartezeit, wie der persönliche Kontakt zum Arzt ist, wie die
127 fachliche Betreuung war und so weiter. Wenn jetzt jemand aus irgendeinem Grund unzufrieden ist,
128 zum Beispiel kommt der und kann mit der Assistentin nicht und fühlt sich von der schlecht behandelt
129 oder, oder er muss lang warten oder der Arzt nimmt Leute vor, die vor (sic!) [meint: nach] ihm
130 gekommen sind oder irgendwelche Dinge, dann schreibt der eine Beurteilung und gibt
131 Schlechtpunkte für alle, alle Bereiche, obwohl vielleicht er ja nur mit der Assistentin nicht konnte,
132 ja!? Und das ist halt (3) das ist nicht seriös in meinen Augen. Ich will ein Feedback haben insofern,
133 von mir aus kann mir jemand persönlich sagen, mir ist schon klar, dass das jetzt nicht so leicht ist, zu
134 dem Arzt zu sagen, das und das hat mir nicht getaugt oder so, aber das wär mir trotzdem lieber als
135 diese anonymen Beurteilungen im Internet, die überhaupt nicht (3) seriös sind, find ich, ja. Aber man
136 kanns nicht ändern, es ist ja in allen Bereichen so. Ich muss ja zugeben, ich les sie auch, auch die
137 Hotelbewertungen und so, aber wenn man jetzt da zum Beispiel ein bisschen (2) man muss halt
138 wissen, was das für (2) Hintergründe hat, dass man das eben nicht ganz so ernst nehmen kann. Aber
139 natürlich, wenn jetzt jemand einen Arzt sucht und schlägt diese Seite auf im Internet und sieht, der
140 hat lauter negative Beurteilungen, dann wird man sich schon überlegen, ob man dort hingehet oder
141 nicht. Obwohl beim Arzt natürlich noch immer, noch immer, sehr die mündliche Propaganda zählt, ja.
142 Wir haben wirklich viele Leute, die kommen und sagen, ja ich bin neu hierhergezogen und ich hab
143 meinen Nachbar gefragt, gibt es hier einen guten Arzt oder wo ist der nächste Arzt, zu dem man
144 gehen kann. Und da sind Patienten bei mir und sagen, ja meine Hausärztin ist toll, also das ist auch
145 noch, also das zählt glaube ich fast noch mehr. Also bei den ganz Jungen, glaub ich, die schauen
146 schon eher ins Internet, aber selbst die sind froh, wenn sie von jemanden gesagt bekommen, geh zu
147 dem Arzt, ich bin total zufrieden oder ich bin zufrieden, man muss ja nicht total zufrieden sein, geht
148 auch nicht immer, ja.

149 X: OK, aber du fragst Patienten, die zu dir kommen in die Ordi nicht aktiv nach Feedback?

150 C: Nein, ich frag überhaupt nicht und wenn sie mir was sagen wollen, können sie es mir sagen.

151 X: Kommt denn das vor?

152 C: Es kommt eigentlich nicht vor, es kommt (1) von meinen Assistentinnen weiß ich, dass sie sich bei
153 ihr beschweren, aber nur über lange Wartezeiten, nicht über mich, über mich beschweren sie sich
154 nicht und bei mir beschweren sie sich auch nicht über mich.

155 X: Muss jetzt gar keine Beschwerde sind, kann auch einfach ein Danke oder so sein.

156 C: Ja, das kommt aber eher selten vor, weil wenn jetzt jemand gut behandelt wird, dann kommt er
157 nicht mehr, ja. Der kommt dann einfach nicht mehr, der braucht nicht mehr (2) warum soll er auch
158 kommen? Das ist eher sehr selten. Das ist dann eher über einen Angehörigen, der kommt und dann
159 frag ich, Na wie geht's der Mutter, die war ja vorige Woche da, da sagen sie dann, ah der geht's
160 super, die ist so froh, es geht ihr viel besser und so. So ein Feedback gibt's dann schon, ja. Aber eher
161 selten, dass Leute wirklich kommen und sagen, Frau Doktor, Sie haben mich vor zwei Wochen toll
162 behandelt.

163 X: Aha gut, aber wenn du ein Feedback bekommst, sei es positiv oder negativ, wie gehst du dann
164 damit um, änderst du zum Beispiel etwas oder versuchst du das mit demjenigen zu klären, wenn's
165 etwa negativ ist?

166 C: Wenn's negativ ist, versuch ich es schon zu klären und ich muss sagen, ich denke dann schon
167 darüber nach. Es hat schon eine Wirkung, wenn jemand jetzt etwas Negatives sagt, dann ist es nicht
168 so, dass ich das einfach beiseite schieb. Ich denke darüber nach und es ist auch natürlich möglich,
169 dass es so ist, dass bei mir der Fehler liegt und dass man da gewisse Dinge ändern kann, das sehe ich
170 sehr wohl. Wenn's positiv ist, freue ich mich natürlich. Aber wie gesagt, ich denk schon drüber nach
171 und mach mir darüber Gedanken, wenn es negative Beschwerden sind.

172 X: Mich würde auch noch interessieren der Unterschied zwischen fachlichen Fähigkeiten und
173 einfühlsamen, persönlichen eben, wie schätzt du das ein? Denkst du eines davon ist wichtiger,
174 bekommst du für beides Feedback?

175 C: Also ich glaube, es muss natürlich, ich hab vorhin gesagt, es gibt Leute die magst du nicht und
176 welche, die magst du, aber ich weiß jetzt nicht ob- Wenn ich jetzt jemanden nicht mag, ob der mich
177 auch nicht mag, aber klar ist, du kannst nicht zu jedem „lieb“ sein, jeden mögen und alle mögen dich.
178 Wenn du fachlich nicht wirklich was kannst, werden die Leute trotzdem ausbleiben. Also du musst
179 schon medizinisch up-to-date sein und musst offen sein auch für Neues und für andere
180 Behandlungsmöglichkeiten, die sich im Laufe der Zeit immer wieder ergeben und du musst (2) du
181 kannst auch durchaus deine Medizin machen, so wie du es jahrelang gemacht hast, weil du bist ja
182 damit gut gefahren, aber wenn du immer- ich glaube nicht, dass ein Arzt bestehen kann, wenn er
183 fachlich gar nichts drauf hat und das wird's auch fast nicht geben. Wenn natürlich jetzt, ich
184 persönlich, ich kann ja nur für mich persönlich sprechen, ich würde nicht zu einem Arzt, also ich
185 selbst, gehen, den ich überhaupt nicht mag, da kann der jetzt fachlich noch so gut sein, dann würde
186 ich lieber nicht zu dem gehen. Weil es gibt andere, die fachlich gut sind und mir sympathisch sind, ja.
187 Also da sprech ich jetzt nur für mich, aber ich denke, wenn jemand jemanden nicht mag, wird er
188 nicht hingehen, auch nicht wenn er sich denkt, der ist fachlich super. Das sollte schon ein bisschen
189 ausgewogen sein, dass du halt (3) beide Komponenten besitzt.

190 X: Super, danke, dann ist das auch mal erledigt. Du bist eh schon noch auf die Plattformen zu
191 Sprechen gekommen. Ich hab schon vernommen, du liest deine Bewertungen-
192 C: Ja.
193 X: Du findest es aber nicht glaubwürdig?
194 C: Nein.
195 X: Auch wenn viele verschiedene Bewertungen dasselbe aussagen oder meinst du prinzipiell-
196 C: Nein, prinzipiell sag ich's nicht. Ich sag nur, dass es ein Problem ist, weil bei 1000 Leuten im
197 Quartal, wenn da fünf unzufrieden sind und 995 zufrieden sind und die fünf schreiben eine schlechte
198 Bewertung, hast du einfach dann eine schlechte Bewertung und das stimmt ja nicht. Aber es ist
199 wahrscheinlich schon ein Körnchen Wahrheit drin, wenn du so Bewertungen liest. Weil ich les nicht
200 nur meine Bewertung, ich les auch Bewertungen von anderen Ärzten und ja, da ist mir schon
201 aufgefallen, auch von Rückmeldungen von meinen Patienten und Patientinnen, die, wenn wir auf
202 Urlaub sind, dass sie halt zum Beispiel jetzt sagen, bei dem Arzt wars furchtbar, weil die
203 Vorzimmerdame so furchtbar ist und so weiter. Und wenn ich mir dann die Bewertungen anschau,
204 dann hat wirklich die Vorzimmerdame dort eine schlechtere Bewertung. Und da denk ich mir, OK, es
205 wird schon ein bisschen Wahrheit drinstecken. Es ist jetzt nicht so, dass ich das gar nicht glaub, aber
206 ich glaube nur, dass die negativen Bewertungen (2) je mehr Leute bewerten, wahrscheinlich
207 überwiegen.

208 X: Weil die, die zufrieden sind eher nicht schreiben?
209 C: Ja und vor allem, es bewerten ja nur die Jungen. Ältere Personen, die wahrscheinlich noch eher
210 sehr zufrieden mit den Hausärzten sind, die bewerten nicht, die kennen das gar nicht.
211 X: Vice versa ist das wahrscheinlich so, dass diese das ja auch nicht lesen.
212 C: Nein, nein, die lesen das auf keinen Fall. Die lesen das auf gar keinen Fall. Und wenn die einen
213 neuen Hausarzt suchen, dann fragen sie jemanden. Die fragen in der Apotheke, wo ist hier ein guter
214 Arzt oder einen neuen Nachbarn oder so. Aber die Jungen lesen das sehr wohl und die bewerten
215 auch schneller und natürlich sofort, wenn sie unzufrieden sind. Ich hab da eine Bewertung zum
216 Beispiel, da hat sich eine Vertretungspatientin furchtbar drüber aufgeregt, weil sie lang warten
217 musste nur für eine Spritze. Nur das finde ich zum Beispiel (1) so eine Bewertung sollte, dürfte
218 eigentlich nicht gedruckt werden, weil was bedeutet eine Vertretungspatientin? Eine
219 Vertretungspatientin bedeutet, dass ein anderer Arzt auf Urlaub ist, den ich vertrete und die
220 Patienten dieses Arztes kommen zu mir, der Großteil, weil ich die Vertretung bin. Und da kann man
221 doch nicht als Vertretungspatient sich denken, dass ich nicht warten muss, oder? Weil dieser Arzt hat
222 dann doppelt so viele Patienten zu versorgen, ja? Und dann muss man halt länger warten.

223 X: Also sollte da ein besserer Filter bei den Plattformen-
224 C: **Ich denke mir**, wenn jemand einen Hausverstand hat, der ja leider nicht mehr so zugegen ist, dann
225 wenn ich das lese, aha das ist ein Vertretungspatient, der musste lang warten, ja der arme

226 [sarkastisch gesprochen] aber wenn ich ein bisschen ein Hirn hab, dann weiß ich, es muss so sein, es
227 kann gar nicht anders sein.
228 X: Also sowas sagt dann überhaupt nichts.
229 C: Na, das sagt überhaupt nichts und kriegst nur einen Punkt von fünf und bist gleich wieder um eine
230 Leiter hinuntergefallen.
231 X: Ja, verstehe was du meinst. Bist du denn aktives Mitglied auf-
232 C: Nein, nein, ich bin nicht aktives Mitglied und ich würde auch ni:::emals, also das würde ich
233 ni:::emals, auf solche Beschwerden antworten. Weder auf positive noch auf negative, das würde ich
234 niemals, niemals machen. Wenn jemand sich beschweren will, dann soll er es halt tun, es ist so in
235 unserer heutigen Zeit, aber ich würde niemals antworten.
236 X: OK und gibt es sonstige Reaktionen, wenn sie konkret etwas vorschlagen, würdest du dann schon
237 wieder drüber nachdenken?
238 C: Ich (1) würde drüber nachdenken, wenn's nachdenkenswert ist. Das mit der Vertretungspatientin,
239 das ärgert mich nur, weil da denke ich mir nur, das ist (2) doof.
240 X: Alles klar, das heißt Interesse und Kompetenz sind da, du könntest antworten, wenn du das wollen
241 würdest, also du kennst dich auf der Plattform aus?
242 C: Ja, ja.
243 X: Also internetaffin bist du.
244 C: Ja, @ein bisschen@.
245 X: Super und dann noch eine Sache, diese Einzelfälle sozusagen kann man nicht so ernst nehmen,
246 aber prinzipiell, wenn jemand viele Bewertungen hat, stimmen da gefühlsmäßig die Inhalte überein,
247 gibt's positiv und negativ oder wie du vorher meintest wirklich eher negative Meinungen?
248 C: Nein, wahrscheinlich ist es eh nicht so, es gibt durchaus auch viele positive Bewertungen, aber
249 getroffen wird man halt von den negativen, ja. Aber wahrscheinlich, wenn man es objektiv
250 betrachtet, ist es wahrscheinlich ausgewogen und wenn man sehr viel Wert darauflegt, dann muss
251 man sich alle Bewertungen durchlesen und muss man für sich selber finden, aha, die positiven
252 gefallen mir und die negativen sind zwar so, aber ich würde trotzdem dorthin gehen. Man sollte sich
253 immer, ich glaube, am gescheitesten wäre es in der heutigen Zeit, du schaust dir die Bewertungen
254 an, aber du fragst auch Leute. Ich glaub das wäre das Gescheiteste, wenn du dich entscheiden musst,
255 zu welchem Arzt gehe ich jetzt. Aber natürlich, diese Bewertungen sind in der heutigen Zeit nicht
256 mehr wegzudenken, die sind in jeder Branche und ich glaube, dass (2) bei uns sind die Bewertungen,
257 glaube ich, noch nicht so wie bei Hotelbewertungen, wo man von Betrug und so weiter liest oder von
258 Erpressung sogar, das würde ich jetzt bei unseren Bewertungen eigentlich nicht annehmen. Aber es
259 ist natürlich schon so, wenn man manchmal Bewertungen von Ärzten liest, die quasi lauter Einsen
260 haben und irrsinnig viele Bewertungen, dann denkst du dir vielleicht innerlich, naja da hat die Familie
261 halt ein bisschen bewertet, denke ich mir innerlich, ja?! Weil eigentlich gibt's das nicht, dass ein Arzt
262 oder eine Ärztin nur Lob bekommt. Das ist quasi (1) unmöglich. Das geht nicht.
263 X: Mhm, verstehe, alles klar. Deine Infos haben mir sehr weitergeholfen. Wenn du noch irgendetwas
264 auf dem Herzen hast, das du noch einwerfen willst, dann kannst du es gerne sagen. Generell habe ich
265 alle Infos.
266 C: Nein, ich danke für das Gespräch.
267 X: Dann danke ich dir auch für das Interview.

1 **Transkript vom 11.06.2019, Beginn 14:45 Uhr**
2 **Dauer: 17' 55"**
3 **Interviewpartnerin D: weiblich, 44 Jahre alt**
4

5 X: Danke, dass du das Interview mit mir führst. Du weißt ja, es ist für meine Abschlussarbeit in
6 Publizistik an der Uni Wien. Es geht um die Kommunikation zwischen Arzt und Patient, Schwerpunkt
7 ist die Feedbackkultur. Das Interview würde ich gerne aufnehmen, dein Name wird aber nicht
8 genannt, du bleibst anonym. Es wird nicht länger als eine halbe Stunde dauern. Ich habe dir da auch
9 schon die Datenschutzmitteilung gegeben, da stehen meine Kontaktdaten, falls du etwas gelöscht
10 haben willst oder Nachfragen hast, kannst du dich gerne bei mir melden. Wenn es für dich OK ist,
11 dass ich deine Daten weiterverarbeiten darf in der Arbeit, bitte ich dich um ein mündliches OK.

12 D: Ja, geht in Ordnung.

13 X: Super, dann fangen wir gleich an. Meine erste Frage ist mal dein allgemeiner Umgang mit
14 Patienten, wie kommunizierst du so mit ihnen, wie läuft ein Gespräch ab?

15 D: Achso, also da geht es nur um das Gespräch?

16 X: Genau, wie läuft das so ab?

17 D: Naja, es ist so, wenn die Patienten zu mir kommen, erfolgt die übliche Begrüßung, die stattfindet
18 und man kennt ja seine Patienten. Es kommt natürlich immer drauf an, sind es Patienten, die man
19 schon länger kennt oder die, die sich für meine Arztpraxis neu entschieden haben und je nachdem
20 schauen dann die Gespräche und die Kommunikation halt unterschiedlich aus. In erster Linie
21 kommen die Leute zu mir, um zu besprechen, was ich für sie tun kann, medizinisch, wie es ihnen
22 momentan geht. Es gibt Leute, die kommen regelmäßig, da bespricht man eben die
23 Medikamentengabe, den Therapieverlauf etc. Dann gibt es auch Leute mit akuten Problemen, die
24 eben spontan aufgetreten sind, nach dem richtet sich dann der Inhalt des Gesprächs und die
25 Gesprächsdauer. Ja, bei Leuten, die man kennt und vor allem bei älteren Leuten kann es halt
26 vorkommen, dass man viel Privates auch noch bespricht und dass die Gespräche sich
27 dementsprechend in die Länge ziehen und da muss man halt dieses gewisse Gespür dafür entwickeln
28 (3) wann muss ich einem Patienten zu verstehen geben, dass man weiterarbeiten muss, weil auch
29 meine Zeit ist begrenzt. Ich muss eine gewisse Zahl an Patienten tagsüber schaffen und genau, so in
30 etwa schaut das aus.

31 X: Alles klar, und was ist in der Kommunikation besonders wichtig?

32 D: Wie gesagt, es kommt darauf an, ob man seine Leute kennt, also meistens- man muss die
33 Situation so erfassen, wo befinden sich die Menschen. Es heißt, man soll sie da abholen, wo sie
34 gerade sind. Ist es ein Routinebesuch, geht es dem Patient gut an diesem Tag, ist er aufgewühlt, ist er
35 glücklich, ist er traurig, hat er akute Schmerzen, das spielt halt alles eine Rolle. Also je nachdem muss
36 ich schauen, spreche ich leiser, lauter, spreche ich langsamer mit dem Patienten, verstehen sie mich,
37 das ist auch eines der grundlegenden Dinge, dass sie das Gesagte auch einfach verstehen.
38 Medizinisch und fachlich ja, um meine Kompetenz zu unterstreichen, ja, aber das Gespräch dann
39 doch verständlich zu führen, dass es für die Patienten, dass, wenn sie mich dann verlassen, dass sie
40 verstehen, um was es gegangen ist und was ich ihnen sagen wollte.

41 X: Alles klar also Verständlichkeit ist sehr wichtig.

42 D: Genau.

43 X: Weil es oft Thema war, gibt es Leute, die mit dir sozusagen ungewollt per Du sind? Und wenn ja,
44 wie findest du das?

45 D: Ja, gibt es immer wieder mal. Da finde ich, es kommt auf den Kontext an. Wenn jetzt einer in
46 meinem Alter kommt und sagt, Servas, du ich hab mir gestern den Fuß beim Radfahren verknackt,
47 dann ja, ist das gleich locker. Problematisch ist es aber bei Leuten, die sich aufregen und sich
48 aufplustern mit was soll das, was machst du (2) denen muss man gleich sagen, Erstens per Du sima
49 mal schon gar nicht und damit nimmt man ihnen eh meist den Wind aus den Segeln. Aber ja, das ist
50 auch eher selten.

51 X: Und prinzipiell in der Beziehung, welche Faktoren müssen da gegeben sein, damit es funktioniert?

52 D: Ich glaube es kommt, erstens einmal auf meine persönliche Tagesverfassung an, so wie es mir
53 geht. Das kann ich dann auch an die Leute weitergeben. Natürlich heißt es immer, dass man sich
54 professionell verhalten muss, eh klar. Aber es gibt auch Tage, da kann man halt die eigene Stimmung
55 schlechter verbergen und witzigerweise ist es auch so, dass die Patienten auch mir gegenüber sehr
56 empathisch sind. Dass sie also auch nachfragen, wie es einem geht, weil sie nicht wissen, wie es

57 einem geht, genau. Ansonsten ja, dass die Vertrauensbasis natürlich gegeben ist. Wenn das
58 Patienten sind, die immer wieder kommen, dann kennen sie mich eh über Jahre hinweg und bei
59 neuen Patienten, ja einfach, ich würde sagen, so kompetent und fachlich bewandert, so gut wie
60 möglich einfach sich zu präsentieren, damit sie sich gut aufgehoben fühlen und auch ein weiteres
61 Mal kommen wollen.

62 X: OK passt, danke, und das heißt neben medizinischen Fragen gibt's schon auch andere Themen, die
63 dann vorkommen, wenn du etwa sagst, sie fragen dich nach deinem Wohlbefinden?

64 D: Genau, wie eben nach meinem Wohlbefinden, nach meinem Tag et cetera. Was auch oft
65 vorkommt ist, dass die Leute meine persönliche Meinung hören wollen zu medizinischen Dingen, zu
66 Therapien, zu anderen Einrichtungen, zu anderen Ärzten. Da kommt dann schonmal die Frage, was
67 sagen Sie zu diesem Medikament, würden Sie das selber auch nehmen, oder haben Sie einen Arzt,
68 einen Facharzt, an den Sie mich weiterempfehlen würden oder haben Sie von dem und dem gehört
69 also ja (2) auch persönliche Fragen, wo man auch dieses Gleichgewicht finden muss, um ja, wegen
70 der Zeit.

71 X: Alles klar und hast du sowas wie freundschaftliche private Beziehungen zu deinen Patienten oder
72 ist das eher wirklich nur beruflich und nicht darüber hinaus? Oder gibt es privaten Umgang?

73 D: Ich persönlich versuche das zu vermeiden, so gut wie's geht, weil ich finde, dass man eben
74 Berufliches und Privates trennen sollte. Weil der Beruf, den ich ausübe, ist schon anstrengend, sehr
75 anstrengend und dass man eh schon sehr viel Persönliches in der Ordination mitbekommt und
76 einiges doch auch nach Hause trägt, deswegen sollte man versuchen, die Beziehung zwischen Arzt
77 und Patient eher beruflicher Natur (2) zu halten.

78 X: Mhm, und du bist jetzt schon etwas länger in dem Berufsfeld tätig. Sind dir da Veränderungen
79 aufgefallen, in der Beziehung zum Patienten prinzipiell, im Umgang, in der Kommunikation? Oder
80 prinzipiell das Auftreten der Patienten?

81 D: Ja, es ist so, dass die Leute natürlich- dass der ganze Alltag und unser ganzes Leben sehr viel
82 hektischer geworden ist, das zeigt sich auch im Verhalten der Patienten wieder. Ich kann das
83 natürlich nachvollziehen, Patienten wollen alles, am besten immer sofort und gleich und in diesem
84 Moment und leider empfinden sie auch, dass sie immer an erster Stelle stehen im Gegensatz zu
85 anderen Patienten und ihre Probleme einfach am Wichtigsten sind. Ja, es ist halt einfach so, dass
86 man ihnen da ein bisschen das Tempo rausnehmen muss und ihnen mal erklärt, dass die Leute, die
87 zu mir kommen trotzdem nicht weniger werden, dass ich versuche mir für jeden gleich viel Zeit zu
88 nehmen ja (3) und auch was das Thema Internet angeht, die Generationen werden jünger (sic!), die
89 Leute werden mobiler und haben Zugriff zu jeder Tages- und Nachtzeit auf diverse Internetseiten, die
90 dann natürlich eine gewisse Angstmache verursachen. Also googlen ist eines der Stichwörter, °weiß
91 ich nicht° eine junge Dame hat Kopfschmerzen seit drei Tagen, sie googlt, ja und glaubt gleich, dass
92 sie einen Hirntumor hat. Ja und das sind dann halt die Dinge, wo man dann- zu meiner
93 ursprünglichen und normalen Tätigkeit (1) muss ich da dann auch noch Aufklärungsarbeit leisten. Ich
94 muss ihnen immer wieder sagen oder sie bitten, das zu unterlassen und wirklich zum Praktischen
95 oder auch zu einem Facharzt zu gehen, bevor sie sich selber versuchen zu therapieren oder eben zu
96 googlen.

97 X: Und glaubst du, deshalb gehen die Leute öfter zum Arzt?

98 D: Definitiv. Und ich glaube auch, dass das viel mit Erziehungssach- dass das auch eine
99 Erziehungssache ist, dass wir auch einfach eine Konsumgesellschaft sind, auch eben was soziale
100 Leistungen angeht. Also wenn man sich die älteren Patienten ansieht, die versuchen Hausärzte,
101 Fachärzte, Spitäler wirklich zu meiden, auch Medikationen et cetera, weil sie halt einfach sagen, Jo
102 früher wors so, sitz mas aus, genau. Während die, wie gesagt es gibt auch Ausnahmen, während die
103 jüngere Generation dazu neigt, sofort und gleich eben sich durchs Googlen und durch diese
104 Konsumgesellschaft eben sich sofort unter Anführungszeichen Hilfe holen zu wollen, ja (2) gewisse
105 Dinge nicht aussitzen zu wollen oder abwarten wollen. Ich versteh eigentlich nicht, warum man sich
106 das antut, sich in eine volle Ordination mit Kranken zu setzen und zu warten. Die einfache Grippe
107 zum Beispiel, da ist man angeschlagen, ich kann da nicht mal geschweige denn
108 mich zum Arzt schleppen. Das kann man halt nur aussitzen.

109 X: OK, dann auch noch eine Frage zu deinem Image, ist dir das wichtig? Also dein Image als Arzt und
110 tust du irgendwas dafür, dass du das aufbaust oder erhältst?

111 D: Ich denke, das ist so wie in jeder Berufsgruppe, und sogar, wenn man mit Menschen zu tun hat
112 eine Spur wichtiger, dass man eben einen guten Ruf hat, den man sich natürlich auch erhält. Man will
113 als zuverlässig, kompetent und auch fachlich (1) gut aufgestellt einfach sein, weil nur so kommen die
114 Leute und nur so bleiben die Leute auch, bleiben ja auch erhalten bevor sie wieder abwandern,
115 sollten sie nicht zufrieden sein, ich mein davon leb ich ja.

116 X: Das ist gleich eine gute Überleitung zu unserem nächsten Thema, nämlich das Feedback von
117 deinen Patienten an dich. Da ist gleich meine erste Frage, hast du prinzipiell den Wunsch nach
118 Feedback oder Rückmeldung vom Patienten an dich?

119 D: Ja ja, definitiv. Weil nur durch Feedback und durch eine gute Fehlerkultur, die angesprochen wird,
120 kann ich mich selber weiterentwickeln und verbessern und meinen Standard, den ich hab, einfach
121 versuchen, hochzuhalten (1) weiterhin. Weil wenn man mir kein Feedback gibt, dann (2) ja-

122 X: Mhm, und fragst du auch aktiv nach Feedback teilweise oder kommt es von selbst?

123 D: Das ergibt sich meistens im Laufe (2) der, der Gespräche bzw. der Behandlungen. Die Leute halten
124 eher weniger mit ihrer Meinung hinterm Berg, also die Leute geben heutzutage eher kund, was sie
125 gut finden, aber auch was sie schlecht finden.

126 X: OK und wie gehst du dann mit so einem Feedback um, positiv und negativ?

127 D: @Positives Feedback ist immer gern gesehen@ da freut man sich natürlich immer, es tut halt auch
128 sehr gut. Und negatives Feedback, solange es konstruktiv ist und nicht mich persönlich (1) also
129 angreift, dann:: kann man, dann kann ich damit schon sehr gut umgehen, weil es ja, wie gesagt, mir
130 und meiner Arbeit zugutekommt.

131 X: Ja klar und veränderst du dadurch auch etwas, also wenn negatives Feedback kommt, auf Basis
132 dieses Feedbacks dann irgendwie etwas änderst? Wie etwa Terminvergabe, oder etwas anderes in
133 der Ordi, das angesprochen ist? Oder sagst du, ich denk mal drüber nach, aber das entscheide ich
134 dann selbst, es liegt in meiner Hand.

135 D: Es trägt sicher zu Veränderungen bei. Es kommt auch immer drauf an, was für konstruktive Kritik
136 es ist und ob es veränderbar ist. Wenn es zum Beispiel Beschwerden gibt über lange Wartezeiten,
137 dann ist das ein Faktor, den ich schwer beeinflussen kann. Jeder Tag ist anders, jeder Patient ist
138 anders und es kann einfach vorkommen, dass es länger dauert, als Beispiel die Wartezeit zu nennen,
139 da werde ich selbst nicht viel dran ändern können. Und ja (2) sei es dann eben die Terminvergabe,
140 das sind Dinge, da kann ich dann an meine Ordinationsgehilfin, der kann ich das dann natürlich
141 weitergeben.

142 X: Also du machst Termine in der Ordination?

143 D: ja, es gibt bei uns Terminvergabe, außer für akute Fälle. Akute Fälle muss man ja nehmen und soll
144 man auch nehmen. Ja, sollte es notwendig sein, kann man natürlich Leute einschieben.

145 X: Natürlich ja. Und wie häufig schätzt du jetzt das Feedback ein für deine fachlichen Fähigkeiten im
146 Gegensatz zu deinen empathischen Fähigkeiten, findest du beides gleich wichtig? Bekommst du für
147 beides Rückmeldungen?

148 D: Feedback bekomme ich für beides. Und beides schmeichelt einem natürlich. Und es ist beides
149 gleich wichtig [unsicher und überlegend gesprochen] Wenn sogar nicht (3) wenn sogar das
150 Empathische, na wichtiger würde ich es nicht nennen, aber es tut einem selber gut, wenn man
151 Feedback für seine Persönlichkeit bekommt und für die Empathie, die man ausstrahlt. Und wenn mir
152 einer sagt, dass sich der Patient wohl fühlt bei einem, aufgehoben fühlt, das ist (1) vor allem für
153 einen selber ist das einer der größten Motivations- Motivationsmöglichkeiten, um weiterzumachen
154 und um die Arbeit auch gut weiterzumachen, die man eigentlich bekommen kann.

155 X: Mhm, aber das fachliche darf auch nicht fehlen?

156 D: Nein absolut nicht, absolut nicht. Das ist notwendig für die Berufs- Berufsausübung.

157 X: Alles klar, dann ist das auch erledigt, dankeschön. Und der letzte Schwerpunkt ist das Feedback
158 über Internet, also du kennst sicher diese Online-Plattformen wie Docfinder und da gibt's ja ganz
159 verschiedene. Meine erste Frage dazu, bist du aktives Mitglied auf so einer Plattform?

160 D: Ich bin kein aktives Mitglied.

161 X: Könntest du es dir vorstellen?
162 D: Hm, ich persönlich denke nicht, dass- ich hab davon gehört, aber dass ich mich persönlich dort
163 einbinde, ist bei mir kein Thema.
164 X: Für wie glaubwürdig hältst du so eine Bewertung im Internet über einen Arzt bzw. so eine
165 Plattform?
166 D: Ich glaube, dass es ein Leitfaden (2) ich glaube es kann eine Hilfestellung sein, so wie bei allem
167 anderen. Heutzutage kann man ja im Internet, es gibt nichts was man nicht bewerten kann. Zu jedem
168 Produkt, zu jedem Hotel, leider, gut auch, auch zu uns Ärzten, Spitäler kann man auch, also es gibt
169 nichts, was man nicht bewerten kann. Ich denke, wenn es, auch wenn es anonym ist, wenn es
170 konstruktive Kritik ist, mit der man was anfangen kann, kann man sich's durchlesen. Im Endeffekt
171 muss man sich dann selber ein Bild davon machen. Aber natürlich, ich glaube, dass vor allem im
172 medizinischen Bereich, dass die Leute da sehr von ihrem persönlichen Gefühl (2) geleitet werden.
173 Also wenn man sich Spitäler als Beispiel nimmt, fragt man zehn Leute, sagen fünf, sie lieben das SMZ
174 Ost und das ist das beste Spital, in dem sie je waren. Fragt man fünf andere und hat man einmal nur
175 eine schlechte Erfahrung gemacht, dann wars das und das ist bei Ärzten genauso. Deswegen ja, es ist
176 (3) es ist mit Vorsicht zu genießen, es kann eine Hilfestellung sein, wenn man einen neuen Arzt sucht,
177 aber es sollte vielleicht nicht die einzige Quelle sein.
178 X: Mhm. Und liest du deine Bewertungen eigentlich?
179 D: Nein.
180 X: Im Internet liest du gar nicht nach?
181 D: Nein, ich denke, dass das keine gute Idee ist. Ich glaub, eben weil das anonym ist, dass man sich
182 das im schlimmsten Fall einfach zu Herzen nimmt und man darüber nachdenkt, warum, weshalb,
183 wieso, da vertraue ich eher auf das persönliche Feedback.
184 X: OK, du bekommst ja persönliches Feedback hast du gesagt, also ist das Interesse nicht so da-
185 D: Richtig, genau.
186 X: Du könntest es dir aber durchschauen, also das Wissen wie es geht hättest du?
187 D: Wenn ich es wollen würde, genau.
188 X: Und das heißt, liest du weder deine Bewertung noch andere Ärzte nach? Du verkehrst gar nicht
189 auf diesen Plattformen?
190 D: Nicht aktiv und nicht während meiner Arbeit. Aber wenn es privat darum geht, dass ich selber
191 einen Arzt brauch, aber ja, wie gesagt, man bekommt ja persönliche- ja aber da (4)
192 X: Das heißt, du schaust vielleicht selber nach, wenn du einen Arzt suchst?
193 D: Genau. Aber wie gesagt, auch nur in den seltensten Fällen, weil man ja durch Kollegen und
194 Kolleginnen eh immer vernetzt ist und weiß wohin.
195 X: Und das heißt auch, du weißt auch gar nicht was über dich so steht? Oder sagt dir das vielleicht
196 deine Arzthelferin oder Bekannte?
197 D: Hätte ich noch nie mitbekommen.
198 X: Alles klar. Danke für deine vielen Informationen. Wenn du noch irgendwelche Anmerkungen zu
199 dem Thema prinzipiell hast, kannst du sie nun gerne sagen, sonst habe ich alle meine Infos, die ich
200 brauche.
201 D: Danke.
202 X: Danke für das Interview.

1 **Transkript vom 12.06.2019, Beginn 10:30 Uhr**
2 **Dauer: 18' 10''**
3 **Interviewpartnerin E: männlich, 39 Jahre alt**
4

5 X: So, im ersten Schritt möchte ich Ihnen gleich dafür danken, dass Sie das Interview mit mir führen.
6 Ich mache gerade meine Magisterarbeit und da geht es um das Thema Arzt-Patienten-
7 Kommunikation, mit dem Schwerpunkt Feedback an Sie von den Patienten. Das Gespräch wird sicher
8 nicht länger als eine halbe Stunde dauern. Ich hab Ihnen auch schon die Datenschutzmittteilung
9 ausgehändigt zum Durchlesen. Falls Sie etwas gelöscht haben wollen oder Frage haben, können Sie
10 sich gerne an mich wenden. Prinzipiell wird der Name nicht genannt, es bleibt alles anonym. Wenn
11 Sie damit einverstanden sind, dass die Daten verarbeitet werden, bitte ich noch um ein mündliches
12 OK.

13 E: Ja, ich bin damit einverstanden.

14 X: Sehr gut, dankeschön. Meine erste Frage ist mal, wie kommunizieren Sie in der Regel mit
15 Patienten, wie läuft ein Gespräch etwa ab? Wie lange dauert es in der Regel?

16 E: Wenn Patienten zu mir kommen, bin ich stets freundlich und bemüht, auch wenn ich stressige
17 Tage hinter mir habe, mir ist es dennoch sehr wichtig, meinen Patienten mit einem Respekt zu
18 begegnen, weil sie sich auch teilweise für mich entschieden haben. Deswegen ist mir das sehr
19 wichtig, dass sie dann auch das Gefühl haben, dass sie bei mir gut aufgehoben sind. Wenn Sie
20 verstehen, wie ich meine?

21 X: Ja, natürlich.

22 E: Also, wir sind eine Gemeinschaftspraxis, da muss es schon etwas schnell gehen, deswegen ist es
23 so, dass wir mit der Tür ins Haus fallen, ja. Also, was haben Sie für Beschwerden und was können wir
24 als effektive Maßnahme gegen diese Beschwerden auch einsetzen. (4) Das heißt ja, für die Dauer ist
25 ja, ein paar Minuten pro Patientengespräch, ja. Das kann man auch gut evaluieren, weil wir sind ja
26 mehrere Leute hier an dem Standort und das haben wir sehr danach gestaltet, dass es schnell gehen
27 muss auch. Wir haben auch recht lange Öffnungszeiten, das heißt die Patienten können kommen und
28 werden dann auch, also wenn (2) kurz vor Mittagspause und es ist jetzt kein Notfall, werden sie dann
29 auf den Nachmittag verwiesen, also wir sind da sehr flexibel, unsere Patienten halt auch sehr, die
30 sind da auch sehr entgegenkommend, weil wir auch sehr viele verschiedenste Patienten aus ganz
31 Wien hier versorgen täglich, ja.

32 X: Mhm und gibt es auch sowas wie privaten Umgang, ein privates Gespräch?

33 E: Kaum, also dadurch, dass wir hier in der Stadt arbeiten ist es kaum so, wir erledigen hier unsere
34 Arbeit sehr, in einem sehr seriösen Umgang und es ist ein seriöses Umfeld und wir sind natürlich
35 interessiert, aber meistens, aber mehr als „Kommt das auch in ihrer Familie vor“, also die
36 Krankengeschichte, ist da eigentlich nicht an familiären Kontakt. Außer man kennt sich über vier, fünf
37 Ecken und fragt dann mal, wann ist die nächste Grillerei und so. Aber sonst ist es nicht sehr (3) ja.

38 X.: Also das heißt, neben medizinischen Themen kommt da so gut wie nichts vor?

39 E: Nein. Wir sind da sehr seriös.

40 X: Aber Sie haben erwähnt, privaten Umgang gibt es schon mit wenigen?

41 E: Teilweise, weil man hat dann doch einige Kusinen, die dann gerne hierher kommen zur
42 Behandlung.

43 X: Achso, also eher mit denen, die man vorher schon gekannt hat?

44 E: Ja, eher die man vorher gekannt hat, wenn Sie das meinen, oder wie?

45 X: Genau, oder ob sich aus dem Beruf mal mehr entwickelt hat, wie eine Freundschaft?

46 E: Das war bei mir noch nie der Fall, also ich wüsste auch jetzt nichts von meinen Kollegen, aber das
47 war bei mir noch nie der Fall, °das war bei mir noch nie°.

48 X: OK, und prinzipiell bei der Kommunikation, es muss schnell gehen hab ich rausgehört, aber was ist
49 da sonst noch wichtig?

50 E: Na also es muss schnell gehen und es muss auch sehr faktenreich sein. Wir legen auch einen
51 großen Wert darauf (3) mit den Patienten so zu sprechen, dass wir uns auch einig werden, also viele
52 klagen ja unterschiedliche Symptome an und man kommt dann nicht auf einen Punkt, weil jeder
53 unterschiedliches meint, aber es ist schon so, dass wir uns schon auf gute Art und Weise
54 verständigen. Wir sprechen auch verschiedene Sprachen, ich spreche auch englisch und französisch,
55 ja, das ist für mich absolut kein Problem und wir haben auch verschiedene anderweitige Sprachen

56 und wenn ein Arzt (2) Wir haben auch unterschiedliche Nationalitäten in unserem Ärzteteam und es
57 ist uns auch wichtig, dass wir die beste Versorgung gewährleisten.

58 X: Mhm, ich finde das sehr spannend. Und in der Patientenbeziehung generell, welche Faktoren
59 müssen da gegeben sein, damit das funktioniert?

60 E: Naja, schauen Sie, ich behandle jeden Menschen gleich. Für mich gibt es da nicht irgendwelche
61 Anti-Sympathien. Es kommt durchaus vor, dass manche Menschen meinen, ein bisschen übergriffig
62 zu werden, aus verschiedensten Belangen, aber da gilt es immer sehr seriös zu bleiben, ja (2) und alle
63 gleich zu behandeln. Das ist für mich oberstes Prinzip.

64 X: Verstehe. Und haben Sie vielleicht schon Veränderungen erfahren im Umgang mit Patienten, hat
65 sich da in den letzten Dienstjahren etwas getan?

66 E: Na, schauen Sie, ich bin jetzt zwei Jahre im Dienst hier und ich habe durchaus viel von älteren
67 Kollegen erfahren, dass sich da schon einiges getan hat, Stichwort Kommunikation jetzt auch über
68 Internet, Social Media, wir sind ja da auch sehr präsent und nehmen auch jede Kritik oder Anregung
69 und Zuspruch und Lob an, also wir sind da schon sehr up-to-Date würd ich sagen @3@ und haben
70 das auch so ziemlich im Blick und so, diverse Plattformen wie Docfinder oder ja.

71 X: Und denken Sie, haben sich die Patienten dadurch verändert?

72 E: Es ist ein offenerer Umgang, es herrscht jetzt nicht mehr so viel Scheu vor gewissen Themen, zum
73 Beispiel, was Sexualitätsthemen betrifft oder Haut- und Geschlechtskrankheiten. Es wird auch oft ein
74 Hautarzt aufgesucht und nicht ein Hausarzt. Da kommen auch recht viele und öffnen sich da auch
75 und sind nicht mehr so (2) es herrscht ein offenerer Umgang, ein vertrauter Umgang auch, obwohl
76 man sich nicht so kennt, aber man ist letztlich Mensch und die ganzen Bewegungen, die wir in dieser
77 Zeit beobachten können, sind in einer positiven Richtung.

78 X: Danke Ihnen für diesen allgemeinen Einblick in die Beziehung zu Ihren Patienten.
79 Schwerpunktmäßig würde mich nun interessieren, wie Sie mit Feedback umgehen und hier ist meine
80 erste Frage, haben Sie den Wunsch, dass Sie Rückmeldungen bekommen?

81 E: Natürlich, auf jeden Fall, ich freue mich wirklich, wie gesagt, über jede Anregung, Kritik und ich bin
82 dann auch sehr offen, das weiter zu besprechen und ja. Ich hatte das Glück, dass immer positives
83 Feedback kam, also meistens, ja Sie wissen, zu lange Wartezeiten und sonstige Kritikpunkte, die man
84 halt hat, aber in jeder Ordination kommt es auch mal zu verzögerten Wartezeiten. Uns ist es aber
85 trotzdem immer sehr wichtig, dass wir mit unseren Patienten in Einklang sind.

86 X: Und fragen Sie da aktiv nach Feedback?

87 E: Aktiv (2) nicht, ich hab schon häufig Feedback bekommen, sonst, dass ich direkt danach frage,
88 eigentlich nicht, nein. Da gibt es Zeit für wichtigere Dinge.

89 X: Alles klar. Und Sie haben gesagt, Sie haben vor allem positives derweil bekommen, wie gehen Sie
90 damit um, freuen Sie sich?

91 E: Ja, ich bin immer sehr erfreut, wenn ein Patient zu mir sagt, dass er sich freut und gut aufgehoben
92 bei mir fühlt. Das ist ja das, worum es mir geht. Auch für meine Berufung als Arzt. Das ist das
93 Schönste, was man hören kann vom Patient, ja, °so positives Feedback°.

94 X: Sollten Sie mal negatives Feedback bekommen, wie würden Sie damit umgehen? Würden Sie
95 etwas verändern, würden Sie drüber nachdenken?

96 E: Ich würde mir sehr viele Gedanken drüber machen, weil ich bin sehr bedacht darauf, mein Wissen
97 und auch meine Hilfe anbieten zu können (1) für die Patienten und deswegen wär mir das sehr
98 wichtig, das würde mir wirklich, glaube ich, einige schlaflose Nächte bereiten.

99 X: Mhm, das heißt, auch ihr Image ist Ihnen sehr wichtig?

100 E: Ja, auf jeden Fall. Nicht nur auf meinem Namen jetzt bedacht, sondern für das gesamte Team, da
101 wir ja eine Gemeinschaftspraxis mit einigen Mit-Arbeitenden sind. Das ist auf jeden Fall sehr wichtig,
102 ja.

103 X: Und auch noch ein wichtiger Punkt, der mich interessiert, wie Sie das sehen und zwar den
104 Unterschied zwischen fachlichen, also medizinischen Kompetenzen und den empathischen, den
105 einfühlsamen Fähigkeiten, dass man auf den Patienten eingeht. Bekommen Sie für beides Feedback
106 und ist Ihnen das gleich wichtig?

107 E: Also für mich an erster Stelle steht, für mich als Arzt, dass ich diagnostizieren möchte, was ist. Ich
108 schaue auf die Gesundheit der Patienten und nicht auf das, was sie sich wünschen. Ich gehe aber
109 sehr sorgsam damit um, den Patienten zu vermitteln, dass sie sich beispielsweise am Rande einer
110 Sucht bewegen. Also es ist mir auch sehr wichtig, den Patienten das schonend beizubringen bzw. ja
111 (3) ja.
112 X: Also Sie finden fachlich schon wichtiger, weil es sozusagen den Beruf ausmacht?
113 E: Es ist schwierig. Das ist eine sehr, sehr schwierige Frage, weil (4) es ist immer wichtig, dass man
114 sich für die Gesundheit eines Patienten entscheidet, auch wenn es oft der Gegenwille eines
115 Patienten ist.
116 X: Mhm, aber ich meine konkret Ihre Fähigkeiten, ob die fachliche Fähigkeit genauso wichtig wie die
117 einfühlsame Fähigkeiten Ihrer Meinung nach ist?
118 E: Ich denke, dass doch die fachliche einen größeren und wichtigeren Punkt ausmacht. Weil die
119 Interaktion mit dem Patienten, ja ist auch wichtig.
120 X: Also empathische Fähigkeiten gehören auch dazu?
121 E: Gehören auf jeden Fall dazu, sind auch sehr wichtig.
122 X: Vielen Dank für diesen Einblick. Mein noch tieferes Schwerpunktthema ist die Feedbackkultur auf
123 Online-Plattformen wie Docfinder.at oder Arztsuche24.at, werden Sie wahrscheinlich kennen.
124 E: Ja, natürlich, da sind wir sehr präsent.
125 X: Da ist meine erste Frage, sind Sie aktives Mitglied?
126 E: Ja bin ich Mitglied, weil ich auch in einer gewissen Art und Weise Patient bin, wenn ich zum Arzt
127 geh, weil ich lasse mich nicht von mir selbst behandeln. Insofern ist mir das auch wichtig, dass ich
128 eine Plattform habe oder einen Raum habe, meine positive oder negative Kritik mitzuteilen.
129 X: Alles klar, ich meine, ob Sie dafür zahlen, um noch mehr Möglichkeiten auf der Plattform zu
130 haben?
131 E: Nein, ich zahle nicht. Aber ich finde es wichtig, dass Transparenz herrscht (2) soweit dies möglich
132 ist im Internet.
133 X: Genau das war meine nächste Frage, für wie glaubwürdig halten Sie denn solche Plattformen? Sie
134 haben ja gesagt, Sie bewegen sich auf den Plattformen?
135 E: Ja, indem ich auch Bewertungen schreibe.
136 X: Und Sie finden es glaubwürdig, würden Sie sagen das ist eine „objektive“ Einschätzung?
137 E: Ich denke, dass die Bandbreite von diesen Kommentaren schon durchaus authentisch ist. Ich
138 denke nicht, also es wird einige geben, die den Ruf boykottieren wollen oder sonstige Sachen. Also
139 sonst hauptsächlich die Wartezeiten, das ist ein Problem, die Leute wollen nicht mehr warten, sie
140 sind ungeduldig, alles muss schnell gehen.
141 X: Glauben Sie, das war früher schon anders, dass man das damals eher akzeptiert hat?
142 E: Ja, da war es akzeptiert, dass man sich für jeden Patienten mehrere Minuten Zeit genommen hat,
143 jetzt wird erwartet, der Patient kommt rein, der Patient sagt was er hat, der Arzt diagnostiziert,
144 verschreibt schnell, der Patient muss raus und dann soll das auch noch in einem diagnostischen
145 sinnvollen Bereich erfolgen, es wird sehr viel erwartet, die Ärzte stehen unter Druck.
146 X: Oh, das heißt, Sie meinen, dass das Empathische auch für den Patienten eher nicht so wichtig ist,
147 wie der Umstand, dass es schnell geht?
148 E: Die Patienten wollen teilweise überhaupt keinen privaten [gemeint: persönlichen] Kontakt, die
149 wollen einfach nur so schnell wie möglich, so kommt es mir wirklich bei manchen Patienten vor,
150 sagen was Sache ist, wollen eine Behandlung und dann gehen sie wieder. Weil sie schnell, weil sie
151 Termine haben, weil sie sonstige private Verpflichtungen haben oder auch berufliche
152 Verpflichtungen. Alles sehr schnelllebig heute.
153 X: Also darf ich annehmen, dass Sie Ihre Bewertungen online lesen?
154 E: Ich, ja, wenn mir die Zeit bleibt, dann les ich das, lese für das ganze Team.
155 X: Stimmen da die Inhalte überein, sagen Sie? Oder ist es so, dass einer sagt super, einer sagt ganz
156 schle-
157 E: Also ich möchte uns jetzt nicht selbst loben @2@ also unsere Praxis, aber es ist durchaus sehr
158 positiv, ja. Und wir versuchen auf jeden Kommentar, wenn's Fragen gibt, wenn's Kritik gibt oder

159 irgendwelche anderen Belange gibt, zu antworten. Und das, das (1) da möchte ich jetzt behaupten,
160 dass wir das auch schaffen und das ist uns auch sehr wichtig und wir werden da auch meistens mit
161 unserem Namen angesprochen, welcher Arzt der Behandelnde war und es ist uns wirklich sehr
162 wichtig, dass wir da Dinge klarstellen oder auch offenlegen können, weil uns ist auch in unserer
163 Praxis Transparenz sehr wichtig. Nicht wenn jemand, der zu Doktor A geht, [sich] bevorzugt fühlt und
164 der zu Doktor B geht, [sich] benachteiligt fühlt, ja. Das ist bei uns auch so eine Sache, dass wir einfach
165 allgemein gültig behandeln und niemanden bevorzugen oder vernachlässigen.
166 X: OK, es gibt also Reaktionen auf Kommentare?!

167 E: Es gab Rea- ja, natürlich, ja. Wir antworten, wenn uns die Zeit bleibt, neben der bestmöglichen
168 Versorgung unserer Patienten. Ja, da möchten wir das auch sehr gerne beantworten und da nehmen
169 wir uns auch Zeit dafür, ja.

170 X: Alles klar, dann habe ich alle meine Infos, die ich brauche. Wenn Sie noch irgendwelche
171 Anmerkungen, Punkte hätten, dann ist nun gerne Raum dafür.

172 E: Es war sehr angenehm, einmal interviewt zu werden und einen wichtigen Beitrag für die
173 Wissenschaft zu leisten.

174 X: Danke Ihnen vielmals für das aufschlussreiche Interview.

1 **Transkript vom 24.06.2019, Beginn 17:05 Uhr**

2 **Dauer: 23' 30''**

3 **Interviewpartner F: männlich, 49 Jahre alt**

4

5 X: Danke, gleich mal vorweg, dass du das Interview mit mir führst. Du weißt ja, es geht um meine
6 Arbeit in Publizistik und es geht um die Arzt-Patienten-Kommunikation. Unser Gespräch wird sicher
7 nicht länger als eine halbe Stunde dauern. Ich würde es gerne aufzeichnen, aber dein Name wird auf
8 jeden Fall nicht genannt, es bleibt anonym. Ich habe dir ja schon das Datenschutzblatt gegeben, das
9 hast du dir eh schon durchgelesen und ich bräuchte bitte noch dein mündliches OK, dass es in
10 Ordnung ist, dass ich die Infos in meiner Arbeit weiterverwende.

11 F: Ja, das geht für mich in Ordnung, ja.

12 X: Super, dann können wir gleich anfangen. Meine erste Frage dreht sich um das Arzt-Patienten-
13 Gespräch, was ist da der Inhalt, wie läuft es so circa ab?

14 F: Naja, der Inhalt sind natürlich in erster Linie die Beschwerden, die der Patient vorbringt (2)
15 Befindlichkeitsstörungen, Dinge, die er benötigt, sprich Medikamente, sprich Überweisungen,
16 Krankenstände. Also das sind primär die Inhalte des Gesprächs. Oder halt auch Fragen (3) über die
17 Krankheit, wenn schon Krankheiten bekannt sind, Prognosen, wie es weitergeht, das sind einmal die
18 grundsätzlichen Inhalte eines Arzt-Patienten-Gesprächs.

19 X: Das heißt, die Dauer kann man da nicht abschätzen, sondern je nachdem, was der Patient hat.

20 F: Genau ja. Also wenn, wenn jemand einmal mit (1) einem Infekt herkommt, in erster Linie die
21 Symptome, die dann von mir hinterfragt werden, die noch präzisiert werden und dann in weiterer
22 Folge die Therapie, kurz angesprochen, wenn irgendwas verschrieben wird und die Anordnung, wie
23 er es nehmen soll, wie er sich verhalten soll.

24 X: Gibt's in so einem Gespräch auch andere Themen als medizinische, kommt das vor? Wo man etwa
25 private Dinge bespricht oder anderes?

26 F: (2) N:::ein, eigentlich nicht, das höchste an privaten Themen ist, wohin ich auf Urlaub fahre und
27 wie es den Kindern geht, aber das ist, das kommt selten vor.

28 X: OK und was ist dir bei der Kommunikation mit Patienten besonders wichtig?

29 F: Naja (2) wichtig ist natürlich, was auch immer mehr zum Problem wird, die Sprache, weil halt
30 immer mehr, gerade bei mir in der Ordination, immer mehr Zuwanderer als Patienten sind, also ich
31 hab sicher mittlerweile schon Zwei Drittel bis Drei Viertel Patienten mit einem

32 Migrationshintergrund. Und die können dann dementsprechend schlecht oder gar nicht die deutsche
33 Sprache. Das ist natürlich sehr kommunikationserschwerend. Das ist (2) ein Problem, wo die
34 Kommunikation auf sehr niedriger Ebene passiert und, und, und natürlich eine Exploration und eine
35 genaue Hinterfragung und Diagnostik auch schwierig ist, ja. Ja!
36 X: Sonst noch Kommunikationsansprüche?
37 F: Naja, an und für sich nicht (3) ich hätt da schon ein paar Ideen gehabt, also wie man vielleicht die
38 Kommunikation, wie man das ein bissl beschleunigen könnte (2) verschiedenste technische Ansätze,
39 aber das na-
40 X: Aber schnell muss es schon gehen?
41 F: Es muss schnell gehen, °es muss schnell gehen, ja°. Ja. Jo, also das sag ich immer, die Kunst des
42 Allgemeinmediziners ist es, die Patienten möglichst schnell, möglichst gut und möglichst schnell,
43 möglichst zu ihrer Zufriedenheit zu behandeln. Das ist eine große Kunst und das ist auch das, was es
44 schwierig und anstrengend auch macht, ja?!

45 X: Mhm, ja sicher. Und in der Beziehung allgemein zwischen Arzt und Patient, was muss da passen,
46 was ist dir da wichtig?
47 F: Na, ich schau, dass ich meinen Patienten schon (2) mehr oder minder auf Augenhöhe begegne,
48 also ich bin nicht der Gott in Weiß. Ich seh mich halt als (2) Mensch, der dem Kranken hilft und ja ich
49 versuch, das auch so zu kommunizieren. Und das funktioniert eigentlich sehr gut, wir halten das auch
50 im Team so, ich habe auch das Glück, dass meine Ordinationsgehilfen auch so vom Charakter auf
51 derselben Wellenlänge, wie ich bin, sind und ich glaub, es ist, auch sie kommunizieren auf die Art und
52 Weise, wie ich das mach. Ja also das Vertrauen muss gegeben sein, da denke ich schon, dass das die
53 Patienten in mich haben. Das merkt man immer wieder, wenn sie halt irgendwelche fachärztlichen
54 Befunde oder Meinungen sich von mir bestätigen lassen oder hinterfragen.
55 X: Wie sieht es mit dem Thema Empathie aus?
56 F: Naja, das ist schon ein wichtiges Thema auch für mich. Das denk ich, das ist sehr wichtig als
57 Allgemeinmediziner. Das wird auch von den Patienten sehr geschätzt. Das ist eigentlich das, was
58 einen Allgemeinmediziner ausmacht. Fachärzte, Spitalsambulanzen sind halt
59 Gesundheitseinrichtungen, die (3) Patienten als Patienten behandeln und wir, denke ich, sollten sie
60 schon als Menschen auch behandeln, nicht?! Das ist natürlich in gewisser Weise auch anstrengend,
61 aber andererseits (1) kriegt man natürlich auch viel zurück an Vertrauen, das sie uns
62 entgegenbringen und an Geschenken @4@ Also ja, denke, das ist wichtig.
63 X: Du hast ja gesagt, private Gespräche gibt es eher nicht. Gibt es denn sowas wie Freundschaften
64 mit Patienten oder private Treffen?
65 F: Nein, nein, also es gibt natürlich viele Freunde, die als Patienten zu mir kommen, aber die waren
66 schon vorher Freunde und dann Patient. Aber umgekehrt gibt's eigentlich bei mir, ich bin jetzt über
67 20 Jahre in der Ordination, umgekehrt hat es das eigentlich nicht gegeben und- man hat natürlich
68 Patienten, die einem sympathisch sind, mit denen man eine gewisse Wellenlänge sich teilt und wo
69 man merkt, es ist ein Verständnis da. Aber ich halte mich da sehr bedeckt, von meiner Seite ist noch
70 nie irgendwas passiert, dass da halt Freundschaften entstehen und von den Patienten eigentlich auch
71 nicht. °Ich bin eigentlich no ned eingeladen worden oder was.°
72 X: Und weil du sagst, 20 Jahre Erfahrung, welche Veränderungen hast du da in der Beziehung, in der
73 Kommunikation mit den Patienten oder allgemein festgestellt? Das mit der Sprache haben wir vorhin
74 schon besprochen.
75 F: Mhm naja, wenn (2) ja, die Sprache ist natürlich ein Thema und die Verständlichkeit von
76 Patienten, mit den Patienten, also die Verständigung mit den Patienten (2) Ansonsten natürlich, was
77 ein Thema ist, ist die Kommunikation außerhalb der Ordination, sprich also (2) ich hab eine, meiner
78 Meinung nach, sehr gute Homepage und, und, und die auch ganz gut angenommen wird bei den
79 Patienten. Ich merk das, ich seh das an den Klicks, die man nachverfolgen kann. Ich hab einen E-
80 Newsletter, den ich in unregelmäßigen Abständen aussende an Patienten, die interessiert sind,
81 momentan sind es 150.
82 X: Also da kann man sich mit einer E-Mail-Adresse einfach anmelden?

83 F: Genau, jaja, die kommen dann zu so einer Ding (sic!) und diese Art der Kommunikation wird
84 natürlich (3) hat's vor 10, 15, 20 Jahren nicht gegeben und das ist natürlich neu.
85 X: Also das Internet.
86 F: Das Internet, ja, auf der einen Seite. Auf der anderen Seite natürlich Kommunikation auch
87 insofern, als dass Patienten mir immer wieder Befunde schicken an meine E-Mail-Adresse,
88 irgendwelche Anfragen kommen per E-Mail, was ich allerdings (1) schau, dass ich das (2) sehr, sehr
89 kurzhalte. Also ich kommuniziere über Mail eher in die eine Richtung, dass ich was ausschicke, ja. Ich
90 hab ja da so einen Standard-Antwort-Block, wenn mich jemand anschreibt, und sie bitte, dass sie zu
91 mir in die Ordination kommen. Sonst sitz ich nur und beantworte nur. Aber ja, das ist natürlich
92 etwas, was sich schon verändert hat in der Richtung.
93 X: Und weil das schon einige angesprochen haben, findest du, dass die Patienten häufiger kommen
94 als früher?
95 F: Könnte ich nicht sagen. °Könnt ich nicht sagen.° Ich mein, man wundert sich manchmal, warum
96 Patienten kommen @2@ also, man wundert sich wirklich, weil ja, mit ein bisschen Hausverstand und
97 a bisserl einen Ding (sic!) würde es mir nie einfallen, mit solchen Sachen zum Arzt zu gehen. Das
98 schon, ja. Aber ob jetzt die eine jetzt häufiger kommt, das könnt ich nicht sagen.
99 X: Das heißt, früher sind die Leute auch schon mit Problemen gekommen, die a-
100 F: Ja, die auch banal waren und immer wieder kommen, also da hat sich nicht viel geändert.
101 X: Manche meinen, es ist in den letzten Jahren schon schlechter in Führungszeichen geworden.
102 F: Ich bin kein Raunzer, in Wien wird zu viel geraunzt. Man muss es immer in Relation sehen, was
103 Freizeit und Verdienst betrifft. Ich hab heute vier Stunden zwar schwer gearbeitet, wir haben nicht
104 einmal eine Kaffeemaschine, also es ist wirklich sehr anstrengend. Aber dafür hatte ich am Vormittag
105 frei. Und verdienen tu ich als Arzt ganz gut. Ich würd es auf jeden Fall wieder so, genauso machen.
106 X: Danke für diesen allgemeinen Einblick. Das nächste Thema ist die Feedbackkultur, also Feedback
107 von Patienten an dich. Da wäre meine erste Frage, hast du prinzipiell den Wunsch nach Feedback
108 oder Rückmeldungen von Patienten?
109 F: Hm (3) nein, habe ich eigentlich nicht. Hm, ich mein den Wunsch hab ich auf gar keinen Fall. Ich bin
110 durchaus, nicht dankbar aber (2) auf- wie soll man sagen, also nicht dankbar, aber bin schon froh,
111 wenn mir irgendetwas gesagt wird, wenn irgendwas im Ordinationsablauf zum Beispiel nicht
112 funktioniert. Aber so persönlich Feedback, nein, bin ich eigentlich nicht interessiert.
113 X: Dann darf ich auch annehmen, du fragst nicht aktiv danach.
114 F: Nein, nein. Also ich frag natürlich ‚Hat Ihnen das geholfen‘, aber nicht was jetzt meine Person
115 betrifft. Das andere natürlich schon, ob's jetzt besser ist, also das, das schon. Ich frag natürlich, ob
116 die Tabletten geholfen haben, ob die Schmerzen besser geworden sind, ob die Operation gut
117 gegangen ist, solche allgemeinen Sachen schon. Aber was meine Person angeht, das nicht.
118 X: Aber bekommst du Rückmeldungen?
119 F: Ja:::, in erster Linie auch positiv, ja. Das schon und die Leute sagen, das war super (3) bedanken
120 sich natürlich schon immer wieder die Patienten und indirekt, wenn sie wiederkommen, ist das auch
121 gut. Und auch im Internet krieg ich hin und wieder @fünf Sterne@.
122 X: Sehr schön @2@ Wie gehst du mit dem Feedback um, sei es positiv oder negativ? Veränderst du
123 beispielsweise etwas oder nimmst du es „nur“ zur Kenntnis?
124 F: Naja, wenn es um irgendwelche therapeutischen Belange geht, wo irgendwas nicht optimal
125 gelaufen ist, dann denk ich natürlich darüber nach und versuch, das besser zu machen, wenn etwas
126 nicht so toll war. Aber ansonsten freu ich mich natürlich über ein positives Feedback, ja.
127 X: Mhm, mich interessiert noch, wie du die Wichtigkeit einschätzt, du hast vorher eh fast schon die
128 Frage beantwortet, aber empathisch und fachlich, diese zwei Kompetenzen muss ja ein praktischer
129 Arzt mitbringen. Findest du die beiden gleich wichtig und bekommst du für beide Rückmeldungen?
130 Oder ist doch eine Kompetenz wichtiger?
131 F: Naja, ich denke (2) grade als (1) natürlich das Fachliche, das Fachwissen, das sollte sowieso da sein,
132 °das sollte sowieso da sein° und es gibt natürlich immer welche, die mehr wissen und fachlich besser
133 sind. Aber ich glaub, als Praktiker (2) muss man natürlich schon ein gewisses Fachwissen haben,

134 keine Frage. Aber ich denke, dass die Empathie und diese Vertrauensbildung, das ist mindestens
135 genauso wichtig in der Allgemeinmedizin, ja.

136 X: Und dein Image, ist dir das wichtig? Tust du irgendetwas dafür, dass du es aufbaust oder erhältst?
137 F: Den Patienten gegenüber?

138 X: Prinzipiell als Arzt, natürlich auch bei den Patienten.

139 F: Naja, ich bin ähm (2) ich bin nicht derjenige, der sich als Arzt definiert. Also ich bin jemand, der
140 gern arbeitet, viel arbeitet, aber auch ganz gut @ohne Ordination, ohne Arzt zu sein, auch leben
141 kann@. Natürlich, das Image ist als Arzt wichtig und gut und das ist auch gut fürs Selbstwertgefühl,
142 keine Frage und wir kriegen immer wieder positive Rückmeldungen, das ist schon gut. Aber, dass ich
143 das extra pflege und etwas dafür tue aktiv, aktiv das verbessere, das mach ich nicht.

144 X: Alles klar, danke. Jetzt kommen wir noch zu dem Feedback online, das hast du kurz schon erwähnt
145 mit den fünf Sternen. Das heißt, ich darf annehmen, du liest deine Bewertungen auf
146 Arztbewertungsplattformen wie Docfinder?

147 F: Ja, selten aber doch. Man liest es schon, ja.

148 X: Und hältst du das für glaubwürdig?
149 F: A:::h ja, ja.

150 X: Prinzipiell?
151 F: Naja, ich denke, wenn jemand sich die Mühe macht, dass er sich, dass er das schreibt, dann wird er
152 seinen Grund haben und wird, wird das dann auch ehrlich schreiben (2) ob er zufrieden war oder
153 nicht zufrieden war. Wobei man natürlich immer hinterfragen muss, wer schreibt eher etwas, der,
154 der unzufrieden ist oder der, der zufrieden ist, nicht?! Und ja, man tut sich ja auch leichter in der
155 Anonymität, da zu kritisieren. Das sind halt diese Sachen, die man auch mit Vorsicht genießen muss.
156 Aber prinzipiell denke ich schon, dass das in Ordnung geht, ja. Dass es natürlich einige (1) oder
157 glaube ich auch, dass da viele gefakte Bewertung-
158 X: Glaubst du, dass es das schon bei Arztbewertungsplattformen wirklich gibt?
159 F: Ja ja.

160 X: Das ist spannend. Ich meine, bei Hotels hat man das eh schon gehört, aber bei Arztbewe-
161 F: Naja man wundert sich schon, wenn man diese, bei uns im Bezirk, die, die Dinger anschaut, wer da
162 an vorderer Stelle ist (2) Ordinationen teilweise, die wenig Patienten haben (3) ja.

163 X: Also du liest auch Bewertungen von Kollegen?
164 F: Nein, die Bewertungen nicht, nur, ich seh nur wieviel positive Bewertungen, aber ich hab schon
165 ewig nicht in dieses Docfinder reingeschaut. Aber ich hab halt dann doch immer wieder gesehen, das
166 sind Ärzte, die erstens einmal kleine Ordinationen haben und zweitens wo ich mir das jetzt nicht so
167 vorstellen kann, dass die jetzt so toll sind. Also ich glaub schon, die sind teilweise selbstgemacht.

168 X: Findest du stimmen die Bewertungen allgemein, also deine in dem Fall überein oder gibt es da
169 wirklich welche, die komplett unterschiedlich sind?
170 F: Nein, im Großen und Ganzen ist das schon eine Linie, ja.

171 X: Alles klar, dann wahrscheinlich auch glaubwürdig, weil es mehrere gleiche Meinungen sind.
172 F: Ja, genau, ja, denk schon, wenn das mehr schreiben.

173 X: OK, aktives Mitglied bist du aber nicht, also so, dass du zahlst, um mehr Möglichkeiten zu haben?
174 F: Nein, nein, nein, gar nicht.

175 X: Kannst du dir das vorstellen?
176 F: Brauch ich nicht.

177 X: Und gab es schon einmal auf solche Rückmeldungen Reaktionen, hast du darauf geantwortet oder
178 ga-
179 F: Nein. Ich lese das und nehme es zur Kenntnis. Aber ich habe auch noch keine negative Bewertung
180 oder irgendwas, was, wo ich mir gedacht hab, na gut da, aber da hätte ich den angerufen, da sind ja
181 dann manchmal auch, na gut, nein, ist schwierig. Aber nein, ich mach mir da sicher nicht die Mühe,
182 dass ich da zurückschreibe, das führt zu weit.

183 X: Dann vielen Dank für die vielen Infos. Wenn du noch irgendwas sagen möchtest, was dir am
184 Herzen liegt, dann gerne.

185 F: Naja, an und für sich haben wir eh einiges besprochen. @2@ naja es kommt natürlich, diese
186 Internetgeschichte, vor allem für junge Leute wird das immer interessanter, denk ich mir. Weil ich
187 weiß von meiner Tochter, ich hab ihr einen Gynäkologen empfohlen, sagt sie, nein sie hat sich schon
188 bei Docfinder einen gesucht. Das, glaube ich, machen schon viele. Und ich krieg auch immer wieder
189 neue Patienten, die über die Homepage gekommen sind.
190 X: Also Internet ist sehr präsent, da wird gesucht und ge-
191 F: Jaja, sei es jetzt nur, wenn es um die Ordinationszeit geht, aber ich glaub schon, dass viele
192 reinschauen. Ich hab auch einmal von Google eine Statistik kriegt, dass ich irrsinnig viele Klicks hab.
193 Also wo die Leute halt nur schauen, nur schauen, ob ich auf Urlaub bin oder was, nicht?! Oder ob es
194 irgendwas Neues gibt.
195 X: Und das hat dir Google einfach zugeschickt?
196 F: Da gibt so, das kann man sich machen, ich bin bei Google Business oder wie man das nennt.
197 X: Da zahlst du dafür?
198 F: Nein, nein, gar nix. Das kann man sich anschauen. Das gibt's und da hab ich mich gewundert,
199 wieviel Klicks ich habe. Frag mich nicht wieso. Wahrscheinlich so über so Suchmaschinen, denk ich
200 mir, sucht halt jemand im Bezirk einen Arzt und ja, kommt er auf die Homepage. Also auf meine
201 Homepage bin ich sehr stolz und ich war einer der ersten, oder überhaupt der erste, glaub ich, der
202 eine Homepage hatte. Das hab ich mir noch selber gemacht, das war vor vielen Jahren schon. Mit
203 irgendeinem alten (2) ich weiß nicht, wie das Programm geheißen hat. Aber ich war sicher ganz vorne
204 dabei und einer der ersten, ja.
205 X: Sogar selbst programmiert?
206 F: Ja, mittlerweile hab ich es machen lassen, aber die erste war, war selber gestrickt, ja. Die Inhalte
207 jetzt sowieso auch noch, aber das Layout hat mir wer gemacht.
208 X: Dann sag ich danke für das Interview und die vielen Infos.

1 **Transkript vom 01.07.2019, Beginn 11:10 Uhr**

2 **Dauer: 20' 30''**

3 **Interviewpartner G: männlich, 61 Jahre alt**

4

5 X: Zuerst möchte ich mich nochmal dafür bedanken, dass du dich für das Interview bereit erklärt
6 hast. Wie du weißt, ist es für meine Abschlussarbeit in Publizistik an der Universität Wien und es geht
7 um die Arzt-Patienten-Kommunikation. Das Gespräch wird nicht länger als 30 Minuten dauern. Dein
8 Name wird in der Arbeit nicht erwähnt, es bleibt anonym, es werden nur die Daten verwendet. Wenn
9 du damit einverstanden bist, ich habe dir ja auch schon den Datenschutzzettel gegeben, bräuchte ich
10 bitte noch ein mündliches OK.

11 G: Ja, bin ich einverstanden, habe diese Datenschutzmiteilung gelesen und auch zur Kenntnis
12 genommen und akzeptiert.

13 X: Alles klar, super, dann können wir gleich anfangen. Meine erste Frage geht prinzipiell um die
14 Kommunikation mit Patienten, also wie läuft denn so ein Gespräch mit Patienten ab, wie
15 kommunizierst du denn mit ihnen?

16 G: Ja, na unterschiedlich natürlich. Es gibt verschiedene Formen, aber im Allgemeinen ist es halt so,
17 dass wir (2) neben einer freundlichen Begrüßung dann gleich zum Punkt kommen, warum der Patient
18 da ist, was seine Beschwerden sind und (2) wenn das, sag ich einmal, in einer Form ist, wo die
19 Beschwerden sehr eindeutig und klar sind, dann wird auch gleich der medizinische Teil angeschlossen
20 und auch die Lösung, Therapie oder Überweisung oder was halt anfällt, genau.

21 X: Und kommen da auch sowas wie privaten Themen bzw. andere Themen als medizinische vor in
22 manchen Gesprächen?

23 G: Das ist sehr unterschiedlich. Es gibt Patienten, die gleich nach dem, der Begrüßung und so weiter,
24 natürlich einmal persönliche Dinge einfließen lassen, die besondere (2) Situation, die auch erfordert,
25 wo man sagt, OK, der hat jetzt grad irgendeinen Schicksalsschlag oder auch, wenn die von uns
26 wissen, dass sich bei uns in der Ordination etwas geändert hat oder so, dann wird oft Bezug darauf
27 genommen. Es ist aber nicht so, dass ich jetzt von meiner Seite her, dass ich das jetzt (2) induziere
28 oder fördere. Sondern, wenn der Patient signalisiert, dass hier auch ein, ein privates Umfeld
29 geschaffen wird, dann versperre ich mich nicht. Aber es ist halt so, dass man auch eine gewisse
30 Distanz doch wahren sollte.

31 X: Mhm, und so freundschaftliche Beziehungen außerhalb der Ordi, gibt es das?

32 G: Das gibt es schon, weil es manchmal natürlich sehr, von den Patienten immer wieder durch
33 irgendwelche Gespräche oder Einladungen in den Garten oder wo auch immer und wo man dann
34 ehrlich sagen muss, man hat dann auch das Problem, sich da ohne unhöflich zu sein, aus der Affäre
35 zu ziehen. Denn diese Dinge sind eigentlich für den normalen Ablauf nicht förderlich. Aus meiner
36 langjährigen Erfahrung kann ich sagen, es waren zwei oder drei solche intensiveren Kontakte, die nie
37 unangenehm dann waren, aber auch, wo man sagt, es ist doch so, dass man es auf einem niedrigen
38 Level halten sollte, klarerweise. Es kommt selten vor, es wird von manchen Patienten durchaus
39 gewünscht und die, immer wieder Einladungen aussprechen, aber ich bin da sehr zurückhaltend und
40 versuch, das gering zu halten.

41 X: Und so prinzipiell in der Kommunikation, welche Sachen sind dir da wichtig?

42 G: Naja, erstens einmal Höflichkeit und Respekt, von beiden Seiten. Wenn der Patient sehr fordernd
43 ist, dann wird das Gespräch oft ein bisschen schwierig. Was von meiner Seite her besonders wichtig
44 ist, dass ich mich auf jeden Patienten neu einstell, was natürlich im täglichen Ablauf sehr belastend
45 ist. Wir haben oft im Gespräch 60 bis 80 Patienten, wo man sich immer auf den Patienten neu
46 einstellt. Was am leichtesten dahingehend funktioniert, wenn man dann auch eine entsprechende
47 Empathie [hat] (1) wenn ich jetzt von Haus aus sag, mich interessiert das nicht besonders, was der,
48 ich bin froh, wenn der wieder draußen ist, dann wird es nicht gut funktionieren. Wenn ich eher von
49 der Einstellung so bin, OK, jetzt horche ich mir das einmal an und wenn das einigermaßen auch
50 plausibel ist und man merkt, also, da ist wirklich ein Problem oder wenn man merkt, da geht es eh
51 wirklich nur um eine Krankschreibung oder so, dann ist das ja auch wieder einfach. Wenn mir der
52 konkret sagt, er braucht das und er hat Schwierigkeiten und ja (2) dann ist das auch wieder
53 angenehmer, als wenn man da um den heißen Brei herum spricht.

54 X: Mhm, also Zeit spielt auch eine Rolle wahrscheinlich?

55 G: Zeitfaktor ist sehr wesentlich. Wenn natürlich das Wartezimmer bumvoll ist, dann tut man sich
56 sehr schwer, hier jetzt ausschweifend und, und lange Gespräche zu führen, da muss man knapp sein.
57 Und das ist dann die hohe Kunst, dass man da auch dem Patienten das Gefühl gibt, dass er ernst
58 genommen wird, aber dass aufgrund der momentanen Situation ein längeres Gespräch nicht möglich
59 ist. Da löst man halt diese momentane schwierige Situation und verweist auf einen zweiten oder
60 dritten Termin, wo man dann vielleicht auch wieder mehr darüber sprechen kann. Es sollte halt nicht
61 so sein, dass man dann unhöflich ist und sagt, OK wir haben eh schon lang genug geredet, mehr als
62 drei Minuten hab ich für Sie nicht. Sondern dass man sagt, das wärs für heute, ich weiß, wir haben
63 noch einiges zu besprechen, das geht sich heute leider nicht aus, machen wir vielleicht in einer
64 Woche oder morgen, übermorgen, je nachdem, wann mehr oder weniger Zeit ist.

65 X: Aber du gehst da auf die Patienten sehr ein und ha-

66 G: Ja natürlich. Ich glaube, das Wichtigste ist, dass man wirklich einmal vo- die Grundvoraussetzung
67 ist, dass man sich mit dem Patienten beschäftigen will und dass man nicht den von Haus aus, dass
68 man sag, na der kommt eh wieder mit dem Gleichen (1) manchmal ist es halt so, das erkennt man eh
69 gleich und dann muss man damit auch umgehen können.

70 X: Das beantwortet eigentlich eh schon die Frage nach den Wichtigkeiten in der Beziehung, du
71 sagtest ja schon Empathie, gibt es sonst noch etwas, was es für die Beziehung braucht?

72 G: Naja, sonst im Umgang mit Patienten, wie zuerst schon erwähnt, Respekt, Höflichkeit, alle
73 normalen Umgangsformen und eben das Interesse an seinen Problemen und diese lösen zu wollen,
74 ist glaube ich das Wichtigste.

75 X: OK und du bist ja schon länger im Beruf und hast schon eine längere Laufbahn hinter dir. Wie
76 schaut es mit Veränderungen aus? Hat sich mit der Zeit etwas verändert?
77 G: Naja, es hat sich erstens einmal durch den langjährigen Umgang mit Patienten und hunderten
78 Patientengesprächen natürlich schon eine Routine [entwickelt], die aber eher ins Positive, nicht dass
79 man sagt, OK, ich spul das runter, sondern ich weiß dann schon auch, in welche Richtung geht ein
80 Gespräch, wie kann ich ein Gespräch auch lenken, ja, dass das nicht unkontrolliert ausufert und der
81 Patient den Ton angibt, sondern dass ich sag, ja OK, das versteh ich, aber wir müssen jetzt in diese
82 Richtung gehen, weil ich glaube und so weiter, ja?! Das ist glaube ich wichtig. Was sich sonst
83 geändert hat, die, natürlich die Möglichkeiten über Internet und SMS und sonstiges. Das hab ich
84 eigentlich so weit wie möglich abgehalten, weil das würde- das wird von Software-Firmen natürlich
85 propagiert, dass man sich online anmelden kann, dass man eben auch Mails schreiben kann und so
86 weiter. Das hab ich eigentlich nicht in meiner Ordination wollen, weil das noch zusätzlich Arbeit
87 bedeutet. Und dann auch vom Patienten gefordert wird, wie Ich hab Ihnen vor zwei Tagen eine Mail
88 und Sie haben nicht geantwortet. Dann haben wir natürlich das Problem, dass ich zu Hause noch eine
89 Stunde Mails beantworten muss.
90 X: Und hat sich dadurch aus deiner Sicht auch die Beziehung zum oder das Verhalten vom Patienten
91 geändert? Weil sie informierter sind und so?
92 G: Absolut, natürlich. Die Patienten kommen schon mit einer ganz bestimmten Vorstellung
93 einerseits, das heißt, sie fordern gewisse Untersuchungen ein, weil sie sagen, sie haben gelesen, sie
94 haben gehört (2) zum Beispiel, wenn irgendwas im orthopädischen Bereich ist, sagen die gleich
95 einmal so, Röntgen bringt eh nix, ich brauch ein MR oder MRT, also die fordern das schon ein. Ob das
96 dann oft sinnvoll ist oder nicht (1) also damit kann ich auch schon umgehen, wenn ich den Leuten
97 dann oft sage, was Sache ist, ob das sinnvoll ist. Wenn ich auch der Meinung bin und so weiter, dann
98 kann man sich zusammen- wenn ich mein, dass das jetzt einmal eine Beschwerde ist, die neu
99 aufgetreten ist und auch mit einfachen Mitteln einmal abgeklärt und behandelt werden kann, dann
100 muss das natürlich auch erklärt werden. Erklärungsbedarf wird mehr. Dass der Patient, ich würde
101 nicht sagen mündiger geworden ist, sondern medizinisch (2) halb-gebildet wurde. Das ist eine Halb-
102 Bildung, die sehr gefährlich ist, weil der Patient ja auch durch den Internet-Doktor sehr verunsichert
103 oft zu uns kommt. Weil da kommt man natürlich vom Hundertsten ins Tausendste, jedes Wimmerl ist
104 dann gleich ein schwerer Hautkrebs.
105 X: Mhm, ja alles klar, alles klar. Dann vielen Dank für diese allgemeine Einsicht in die Arzt-Patienten-
106 Beziehung. Mein nächstes Thema ist dann das Feedback von Patienten an dich. Da wäre mal meine
107 erste Frage, hast du prinzipiell den Wunsch, dass du Rückmeldungen, Feedback von den Patienten
108 bekommst?
109 G: A:::h natürlich und bekommt man auch ungefragt @1@ diese Patientenbeziehung ist eine, die ja
110 keine Einbahn ist und Patienten, vor allem bei den Assistenten draußen oder Assistentinnen, ihren
111 Unmut oder ihre, ihre Vorstellungen oder Wünsche sehr genau formulieren und wenn sie mit
112 irgendwas nicht zufrieden sind auch dort schon einmal primär deponieren und bei mir dann natürlich
113 in einer anderen Form, vielleicht gar nicht oder dann halt etwas abgemildert und so weiter
114 formulieren.
115 X: Warum glaubst du gar nicht oder abge-
116 G: Weil sie sich's nicht trauen, weil sie sagen OK, draußen die Assistentinnen, denen sag ich jetzt,
117 zum Beispiel, Jetzt wart ich schon eine Stunden, wir haben einen Termin ausgemacht, warum muss
118 das sein und so. Und die (2) haben draußen manchmal die ärgsten Probleme damit und erklären das
119 und dann kommt er zu mir rein und erwähnt es gar nicht. **Ja**, sicher ist es dann so, dass sie sich das
120 beim Doktor oft nicht trauen, aber nicht alle, manche sagen das frei heraus auch. Ich mein, das ist für
121 mich Feedback genug, ich mach das nicht so, dass ich jetzt eine Beschwerdebox aufstelle und jeder
122 kann da hineinwerfen, weil dann hab ich erstens wieder mehr Arbeit und ich evozier das vielleicht
123 sogar, dass ich sag, naja wenn da steht ‚Haben Sie irgendwelche Beschwerden‘ dann denkt der nach
124 und denkt, eigentlich schon, am Klo war letztens kein Klopapier oder ähnliches, ja?! Ich mein, obwohl
125 das vielleicht ganz sinnvoll sein kann, aber man muss es ja nicht jetzt provozieren.
126 X: Aber fragst du dann auch aktiv oder wirklich nur, wenn sie von sich aus etwas sagen?

127 G: Naja, aktiv, ich mein, eigentlich denke ich, dass die Direktheit der Patienten so groß ist, dass ich da
128 gar nicht besonders nachfrage, weil wenn das nicht funktioniert, zum Beispiel, wenn eben die
129 Wartezeiten zu lang sind oder die, was ich dann oft hör jetzt im Sommer, es ist draußen so heiß,
130 warum gibt es keine Klimaanlage, warum ist das so oder (1) dann wird das eh gleich ausdiskutiert.
131 Das brauchst gar nicht direkt ansprechen, ich sag jetzt nicht, wie ist es draußen, ist es im
132 Wartezimmer angenehm genug oder nicht, sondern ich krieg das eh gleich warm präsentiert. Ich
133 mach's nicht aktiv, nein.

134 X: Und an deine Person bekommst du sicher auch mal Feedback? Fachlich, empathisch?

135 G: Ja, das ist sowieso, genau richtig. Einerseits einmal (2) kommen dann auch oft im Gespräch
136 heraus, ob man sich zu wenig Zeit genommen hat und, und, und ob jetzt da auch die Behandlung,
137 medizinisch ist es selten so, dass Kritik kommt, meistens sind es organisatorische Sachen und
138 Behandlungsfehler in dem Sinn, dass man sagt, man hat jetzt medizinisch falsch gehandelt, das
139 kommt natürlich vor, das läuft aber dann meistens ganz anders ab, da wenden sich die Patienten, das
140 hab ich in einigen Fällen, nicht vielen, aber doch immer wieder, direkt an den Patientenanwalt oder
141 an die Schlichtungsstelle und man kriegt dann ein Schreiben, warum hat man medizinisch nicht so
142 reagiert und so, das kommt schon vor. Da gehen sie nicht direkt, das trauen oder wollen sie gar nicht,
143 sondern wenn da wirklich etwas Massiveres ist, dann wenden sie sich an eine andere Stelle.

144 X: Also eher Rückmeldungen für das Empathische als das Fachliche?

145 G: Ja, genau.

146 X: Empfindest du das als gleich wichtig, also fachliche und empathische Fähigkeiten?

147 G: Ich denke, beides muss man als Arzt haben, ja.

148 X: Und prinzipiell wie gehst du dann mit so einem Feedback um, positiv, negativ, indirekt, direkt?

149 G. Naja, wenn ich jetzt sag im medizinischen Bereich, dann muss ich ja genau nachgehen der Sache,
150 muss auch eben Bericht schreiben, muss recherchieren, nachschauen, was ist da falsch gelaufen und
151 natürlich denkt man sich dann, wie hätte ich anders agieren können, wie kann ich das in Zukunft
152 vermeiden, weil das ist ja nicht sehr angenehm, nicht?! Man will ja das vermeiden und will
153 medizinisch nichts falsch machen und wird dann halt schon auch in dieser Richtung, wenn das ist,
154 dass man sagt, naja da werd ich nächstes Mal vorsichtiger sein, vielleicht früher den medizinischen
155 Part wohin verweisen, wo ich dann unangreifbar bin. Weil oft heißt es ja, warum haben Sie mich
156 nicht schon früher zum Facharzt geschickt? Wenn dann irgendwas herauskommt, was prima vista
157 nicht erkennbar war oder das der Verlauf so wird. Ich hab da so einen Fall gehabt mit einem
158 Bauchspeicheldrüsenkrebs, der immer sehr oft gekommen ist und mich nach allem möglichen gefragt
159 hat und den ich auch zu vielen Fachärzten geschickt hab, der aber trotzdem dann beim
160 Patientenanwalt gemeint hat, warum er nicht gleich, wenn er schon gesagt hat, dass er Blähungen
161 hat und er bei Appetitlosigkeit, warum er dann zur Darm-, zur Magenspiegelung, aber warum dann
162 nicht schon an Bauchspeicheldrüsenkrebs gedacht wurde. Ja, das war dann eh so::: und ich hab das
163 dann auch so formuliert, dass das halt nicht möglich ist und dass die Früherkennung bei der
164 Erkrankung auch sehr schwierig ist, unmöglich ist und der Patientenanwalt hat sich dann auch nie
165 wieder gemeldet.

166 X: Und wenn du positives Feedback bekommst?

167 G: Positive Feedbacks kriegt man fast ständig, wenn jemand kommt mit, zum Beispiel, einem Ischias
168 oder einem akuten Lumbago, Kreuzschmerzen und so, man gibt ihm eine Injektion und es geht ihm
169 am nächsten Tag um 90% besser, dann kriegt man sofort Lob und ist natürlich auch sofort vom
170 Patienten in dieser Weise unterrichtet, dass er zufrieden ist und es geht ihm wieder gut, das passiert
171 sehr oft, ja.

172 X: Und löst das etwas aus oder meins-

173 G: **Ja**, natürlich hat das einen positiven Effekt, Lerneffekt, wo man sagt, OK bei diesen Beschwerden
174 komme ich mit der (2) Injektion oder diesen Medikamenten gut durch. Wenn das oft erfolgreich ist,
175 ist das eben auch so Learning by Doing, dass man sagt, da habe ich immer wieder Erfolg, das mach
176 ich dann auch öfters und gerne.

177 X: Super, noch zu dem Thema würde mich interessieren, wie wichtig dir dein Image ist und ob du
178 etwas dafür tust, dass das erhalten oder aufgebaut wird?

179 G: Also nicht aktiv, sondern ich versuche eben, meine Medizin und meine Gespräche so zu führen,
180 dass die Patienten zufrieden sind, mich auch so zu positionieren. Aber ich unternehm jetzt nichts im
181 Internet, dass ich jetzt eine besonders tolle Homepage hab oder dass ich mich irgendwo, in welchen
182 Medien auch immer, Zeitungen, darstell und sag, was ich nicht alles anbiete und was ich nicht alles
183 kann, das machen viele Kollegen und Kolleginnen. Ich hab es Gott sei Dank nie notwendig gehabt, ich
184 hab genug Patienten in dieser Form gehabt und glaub auch, dass das in Zukunft nicht notwendig ist.
185 Ich denke, das ist natürlich, wenn man eine neue Ordination mit wenigen Patienten hat, um sich
186 einmal vorzustellen, darzustellen, wichtiger ist.

187 X: Mein letzter Themenbereich ist noch das tiefere Feedback eben online, also auf
188 Arztbewertungsplattformen wie etwa Docfinder und da gibt's ja auch verschiedene. Du hast ja vorhin
189 schon gesagt, du bist kein aktives Mitglied, hab ich das richtig verstanden? Also, dass du eine
190 Premium-Mitgliedschaft hast oder so?

191 G: Genau. Auch das, ich zahl nicht, ich schau da auch fast nie rein, weil ich würde mich vielleicht nur
192 ärgern. Ich hab schon ein paar Mal gehört, dass das ganz gut ist, das Feedback. Und der ein oder
193 andere Kritikpunkt. Ich denke man kann sich da auch sehr schwer wehren dagegen. Natürlich könnte
194 man sagen, OK, wenn da eine, sag ich da mal, sehr inhaltlich wichtige Kritik ist, die man dann ernst
195 nehmen kann, aber ja, wenn dann einfach nur steht, eine Ordinationshilfe ist unfreundlich und (1) ich
196 denk mir, ich kenn die auch jetzt schon so lang und ja, manchmal ist sie halt nicht gut drauf, aber das
197 wird sich auch nicht so ändern lassen, da wird halt der ein oder andere das hineinschreiben, nicht?!

198 X: Aber das heißt, du liest es nicht aktiv und-

199 G: Ich les es nicht aktiv und kümmer mich auch nicht darum. Wie gesagt, mir wurde es nur mal
200 zugetragen. Ich schau nicht, was steht jetzt über mich, ist schon wieder was Gutes, was Schlechtes,
201 also nein.

202 X: Also das Interesse ist gar nicht so da.

203 G: Genau.

204 X: Wie würdest du denn die Glaubwürdigkeit beurteilen?

205 G: Also wie gesagt, ich glaub, da schreiben Leute schnell bei Unzufriedenheit hinein, wenn man halt
206 mal einen schlechten Tag hat. Aber ich kann das nicht so beurteilen.

207 X: Also du kannst dir eine Mitgliedschaft nicht vorstellen, du liest die Bewertungen nicht, Reaktionen
208 gab es dann, schätze ich mal, auch nicht?

209 G: Genau, genau, es ist für mich auch nicht wirklich relevant, weil ich mir denke, die, die mit mir jetzt
210 unzufrieden sind, werden sich eh wen anderen suchen oder mit der Ordination. Und der Zulauf ist so
211 groß, dass ich mir denke, brauch ich da nicht noch zusätzlich mich anders positionieren. Wenn's nicht
212 funktioniert, dann muss man das machen. Wenn überhaupt die Ordination schlecht geht und man
213 hat (1) ich mein, das ist, denke ich mir, auch in einem Geschäft so. Wenn die Leute die Türe
214 einrennen, dann kannst du nicht sehr viel falsch machen, dann braucht man keine Werbung schalten.

215 X: Alles klar, verstehe. Dann danke ich dir sehr für die Infos.

216 G: Gerne.

217 X: Solltest du noch etwas anmerken wollen, wichtige Punkte, dann gerne.

218 G: Nein, ich glaub, das ist (2) ich hab es mir eh so ähnlich vorgestellt, geistig auch schon ein bisschen
219 überlegt, was ich sagen kann und ich hoffe, ich habe dir geholfen.

220 X: Ja, das auf jeden Fall. Vielen Dank für die Infos und das Interview.

1 **Transkript vom 03.07.2019, Beginn 12:30 Uhr**
2 **Dauer: 15' 50''**
3 **Interviewpartner H: männlich, 61 Jahre alt**
4

5 X: Vielen Dank nochmal, dass du dich für ein Interview bereit erklärt hast. Es geht um meine
6 Magisterarbeit in Publizistik an der Uni Wien und die Arbeit geht um die Arzt-Patienten-Beziehung
7 und das Feedback von Patienten an dich. Ich würde das Gespräch gerne aufnehmen, die Daten
8 bleiben aber alle anonym. Ich habe dir ja schon die Datenschutzerklärung gegeben, falls du Fragen
9 oder so hast. Bitte noch um dein mündliches OK, dass ich die Aufzeichnung und deine Angaben in
10 meiner Arbeit benutzen darf.

11 H: Ja, passt.

12 X: Die erste Frage ist gleich vorweg, wie kommunizierst du mit Patienten, wie läuft ein Gespräch ab,
13 wie lange dauert es in etwa?

14 H: Ich begrüße ihn einmal (2) die meisten kennt man ja. Dann fragt man, warum er kommt. Gleich
15 zum Punkt, auch wegen der Zeit. Dann erzählt er mal so eine Minute lang was ihn halt zwickt oder
16 was ihn halt drückt und dann fragt man nach, was man wissen möchte. Und ja (3) da gibt's jetzt viele,
17 die kommen einfach und da weiß man ja schon, was sie bekommen. Die bekommen Infusionen, die
18 bekommen Spritzen, die bekommen Impfungen (1) oder Verbandwechsel und da, ja.

19 X: OK und gibt es da auch andere Themen als medizinische in so einem Gespräch, kommen da etwa
20 private Themen vor?

21 H: Ja, schon. Wenn man, wenn sie Sorgen haben, merkt man das an der Psyche. Natürlich auch,
22 wenn man auf Urlaub fährt, fragen sie halt, Wo waren Sie, Herr Doktor, ja also das Allgemeine,
23 Smalltalk kommt halt schon doch oft vor. Vor allem bei den Patienten, die man länger oder genauer
24 kennt, mit denen man schon eine gewisse intensive Beziehung hat, weil sie erstens mehr krank sind
25 oder weil sie älter sind und man sich schon länger kennt.

26 X: Und gibt es da auch wirklich Freundschaften außerhalb der Praxis, freundschaftliche Beziehungen,
27 private Treffen?

28 H: Na eigentlich nicht. Patienten hat man halt, die man als Freunde dann als Patient übernimmt, aber
29 dass ich Patienten als Freunde, nein (1) °nein°.

30 X: Und du hast auch keinen Wunsch dazu?

31 H: Nein, nein, das ist nicht so, ein gewisser Abstand ist wichtig.

32 X: Und prinzipiell in der Kommunikation, welche Elemente sind dir sehr wichtig, damit es
33 funktioniert?

34 H: Hm (3) dass man sie versteht, nicht?! Die Sprache und dass sie nicht zu fordernd und zu aggressiv
35 sind und ungeduldig. Das ist das was am meisten stört. Aber Verständlichkeit ist sehr wichtig.

36 X: Hat sich das in letzter Zeit verändert?

37 H: Ja, gewaltig, °gewaltig°. Gestern hab ich gesagt zur Daniela [Anm.: seine Frau] Heast, ich bin froh,
38 wenn ich jeden Dritten versteh.

39 X: Alles klar, also Freundlichkeit und Verstehen ist wichtig. Und in der Beziehung allgemein, was ist
40 da wichtig? Stichwort Empathie, Vertrauen?

41 H: Respekt, ja und Empathie schon. Manche mag man und manche kann man nicht riechen, das ist
42 so, das ist, glaube ich, überall so. Wenn manche kommen, dann bin ich schon grantig, weil ich mag
43 sie nicht. Aber da musst du halt dann, OK, du musst halt trotzdem deinen Job machen, den
44 akzeptieren wie er ist, aber (2) du wirst dann halt mit dem nicht reden, keinen Smalltalk führen,
45 sondern ich bin froh wenn er draußen ist. Das wird halt dann rein aufs Medizinische dann reduziert,
46 der Rest ist dann, ja.

47 X: Also da gibt es dann kein persönliches Gespräch.

48 H: Jo (1) jo.

49 X: Alles klar, und weil wir vorher schon Veränderungen gesprochen haben. Gibt es da sonst noch
50 welche, auch Stichwort Internet?

51 H: Ja, bei den Jü- Jü- Jüngeren halt, nicht?! Die mit dem aufwachsen. Die sind halt dann schon öfters
52 nervöser, als es sein könnte oder müsste, weil sie so viel lesen. Man hat auch immer, oder man kennt
53 es auch aus dem Fernsehen, man hat immer die Dinge, die halt als erster stehen, die Katastrophe.
54 Nicht das Untere, wo so steht, es zwickt uns eh alle irgendwo, irgendwann einmal. Dann nimmt man
55 das Schlimmste an.

56 X: Danke für diesen allgemeinen Einblick. Wir können gleich übergehen zum Thema Feedback. Da ist
57 meine erste Frage, hast du prinzipiell den Wunsch nach Rückmeldungen, Feedback von Patienten?
58 H: Man kriegt im Reden, wenn man den Patient lange kennt und vor allem wenn sie dann was haben,
59 wenn's halt vielleicht auch noch sterben, was halt die meisten tun, bevor wir fertig sind hier, also
60 nicht am Tag sondern mit der Arbeit, also du hast ja die Leute dann oft am Ende des Lebens zu
61 führen, da merkt man schon, dass sie dich dann schätzen. Wenn du dann da bist, das merkt man
62 dann schon, das kriegt man dann mit, sind die Patienten schon dankbar. Das hat man schon, ja.
63 X: Also positive Rückmeldungen kriegst du, kriegst du auch negative Kritik?
64 H: Muss ich sagen, so richtig (2) negative Beschwerde, ich mein (2) die Leute, denen man nicht den
65 Wunsch erfüllt, den sie wollen, das heißt, die Begehrlichkeit wird nicht erfüllt, ja?! Dann werden sie
66 grantig und dann kommen sie meistens nicht mehr. Wenn du zwei, drei Mal nicht das machst, was
67 sie wollen, weil du sagst, brauchen wir nicht, nutzt nichts oder sonst irgendeinen Grund oder die
68 Kassa zahlt's nicht, die verliert man eh. Das ist ein negatives Feedback, die sind dann irgendwann mal
69 weg, ja?! Wenn du nicht genau das machst, was- da verliert man eigentlich die meisten Patienten.
70 Aber sonst negativ, dass sie mir was schreiben (2) in den dreißig Jahren, die ich da bin, haben mir
71 vielleicht zwei, drei einen bösen Brief geschrieben. Wobei sich das immer auf das reduziert, sie
72 haben halt nicht das gekriegt, was sie wollten. Nicht, dass du sie schlecht behandelst, sie sind nicht
73 gestorben, sie haben nichts, kein Leid davongetragen, nicht medizinisch, sondern darum, du hast
74 ihnen wortlos oder die haben die Medikamente umgestellt oder sie haben gesagt, sie brauchen das
75 und ich hab gesagt na:: also das, ja. Negatives Feedback ist so, da sind sie meistens weg @2@.
76 X: Fragst du deine Patienten auch danach?
77 H: Nein, eigentlich nicht.
78 X: Alles klar, also positives Feedback öfter, negatives weniger oft. Und wie reagierst du dann auf
79 Feedbacks, veränderst du etwa irgendwas? Was löst es in dir aus?
80 H: Nein, ich mein ja, manchmal ärgert man sich. Aber nicht (3) °das ist halt so°.
81 () Das ist halt so, ja?!
82 X: Und Emotion bei positiven Rückmeldungen?
83 H: Man freut sich, ja. Man kümmert sich vielleicht ein bisschen mehr. Wenn man merkt der fühlt sich
84 gut betreut, dann hat man bissl so ((freudiger Seufzer)) und wenn er nicht will, dann will er halt nicht.
85 Wenn man 100 Leute jeden Tag hat, da kann nicht jeder machen wie ich will.
86 X: Wegen dem Unterschied zwischen empathischen und fachlichen Fähigkeiten, da interessiert mich
87 noch, findest du da ist eine Kompetenz wichtiger oder ist das gleich wichtig, dass man das als
88 praktischer Arzt hat?
89 H: Ja ich mein, das (2) das (2) wir sind ja in dem Sinn ausgebildete Ärzte, da müssen wir schon das
90 Wissen haben. Die Empathie nimmt ja dann der Patient wahr, nicht?! Er muss mir's ja glauben, ich
91 kann mich nur bemühen, dass ich es richtig mache, mit meinem Wissen und der Patient dankt mir
92 halt dann. Wie vorher gesagt, mit allen kann man sich nicht mögen. Du musst den dann ärztlich
93 behandeln so gut du dann kannst, wie es halt deine Pflicht ist und was du dem bieten kannst. Und
94 dann ja, Verständnis haben, aber mögen muss nicht, du musst ja nicht. Wenn du den nicht magst,
95 musst du sagen, OK, er hat zwar sein Leiden, auf das muss man eingehen, empathisch ist es halt
96 nicht, Punkt.
97 X: Also fachlich ist schon wichtiger würdest du sagen?
98 H: Ja, ja.
99 X: Bekommst du für beides Rückmeldungen, also für beide Kompetenzen?
100 H: Ja schon, eben sie sind dann froh, wenn du da bist, empathisch und fachlich natürlich.
101 X: Und dann noch zu deinem Image. Ist dir das wichtig? Machst du irgendwas, dass du das aufbaust
102 oder erhältst?
103 H: Nein, gar nichts. Ich hab keine Website, ich hab kein Gar Nichts. Bin da eh so wie der Papa @1@
104 Na, das ist mir eigentlich überhaupt (1) Ich bin da, ich mach meine Arbeit und ja. Nein, eigentlich ist
105 mir das wurscht, ja?!
106 X: Und war das früher vielleicht anders?

107 H: Nein, ich mach schon immer meinen Job und ja, nein, eigentlich nicht, das hab ich überhaupt nie
108 gemacht.
109 X: Alles klar. Und dann kommen wir noch zum vertiefenden Feedback auf Bewertungsplattformen
110 wie Docfinder. Liest du denn die Bewertungen? Weißt du, was über deine Ordi steht?
111 H: Nein, ich nicht, aber die Patienten sagen es mir manchmal.
112 X: Achso, du liest aber nicht aktiv und bist auch kein Mitglied?
113 H: Nein.
114 X: Warum nicht, gibts da einen Grund?
115 H: Ich kann sowieso nicht ändern, also ja (3) ich bin nicht sehr internet- oder so digitale Medien-affin.
116 X: Wenn du affiner wärst, würdest du es dann lesen?
117 H: Naja, sicher nicht?! Die Daniela hat's sicher mal gelesen, vielleicht vor drei Jahren einmal
118 reingeschaut oder was. Da sind sogar Fotos drinnen von denen, die mich bewerten. Und sogar die
119 Namen von den Patienten sind drinnen, bei drei, vier dabei.
120 X: Sind das dann positive Kommentare?
121 H: Eigentlich ja, negativ hab ich bei mir nichts gefunden, ich mein ich hab ja nicht geschaut, nicht
122 gesucht.
123 X: Mhm, aber hältst du das für glaubwürdig? Wenn du es dir vorstellst, ist es glaubwürdig, wenn
124 jemand irgendwas reinschreibt ins Internet?
125 H: Jeder, der reinschreibt, glaubt's halt, nicht? Ich bin ja auf der anderen Seite von dem. Ich kann nur
126 sagen, ja, der hat halt einen Blödsinn reingeschrieben. Einer hat sich überhaupt mal bei einem
127 Patientenanwalt beschwert, da hab ich gesagt, Hören's (2) der soll sich durchlesen, warum sich der
128 beschwert, ja?! Und wenn ich das mache, was die Krankenkassa mir vorschreibt, dann kann er sich
129 bei der Krankenkassa beschweren, nicht bei mir. Dann schreib ich keinen Brief. Da kann ich (2) es
130 nicht ändern, wenn er sich bei mir drüber beschwert, weil das System ist so. Da kann ich dem
131 Patientenanwalt schreiben, was ich will, das interessiert ni- das muss er sich mit der Krankenkassa
132 ausmachen, warum ich nicht darf, was er nicht kriegt und so, ja?! Na, aber so mit den Medien (2) wir
133 haben auch da kein Internet.
134 X: Aber das heißt, deine Assistenten geben dir weiter, was im Internet steht, hab ich das richtig
135 verstanden?
136 H: Nein, also da müsste ich sie fragen, aber ich glaub, die haben da auch fast nie nachgeschaut.
137 X: Gut, dann haben wir das eh in relativ kurzer Zeit geschafft, weil der dritte Punkt recht kurz war.
138 Wenn du zu dem Thema noch etwas anmerken magst, gerne, sonst habe ich alle Infos, glaube ich.
139 H: Nein, ich wüsste jetzt nicht (2) ja (1) das mit dem Internet, ja, man kann es natürlich so machen,
140 man kann sich auch präsentieren, aber ich sag immer (1) gestern waren 180, vorgestern waren 177
141 Leute da, ja (2) so viel falsch kann man nicht machen, ich mein, man macht schon was falsch, ja, aber
142 wenn die Patienten doch 20, 30 Jahre immer wieder die gleichen zu dir kommen, auch die Kinder, die
143 Familien. Gibt sicher welche, mit denen man ein bisschen freundlicher ist, mit denen man bisschen
144 besser kann. Und es verlaufen sich ja auch viele Patienten und ich, ich, ich (2) wie gesagt, die
145 Empathie oder dieses Zwischenmenschliche ist bei uns das Wichtigste, mit halt dem Fachwissen im
146 Hintergrund, aber zu sagen, Heast, was moch ma? Weil irgendwelche Daten erheben und Befunde
147 und so, ja der Patient will wissen, was das ist, was er damit tut und was die Konsequenz ist davon. Es
148 gibt ja Befunde bis ins Unendliche, was hat der Patient davon? Ja, na du musst es ihm dann erklären.
149 X: Ja, über den Erklärungsbedarf hab ich schon gehört, ist der denn auch gestiegen in den letzten
150 Jahren?
151 H: Ja, klar, ja, sie erwarten sich halt mehr, ja?! Es ist halt nicht mehr so, mein Vater war damals so der
152 (2) da hat es ja heißen früher, vor dir auch noch, wir sind Götter in Weiß. Das, das war mein Vater.
153 Wenn da einer gekommen ist und der Papa hat gesagt es ist halt so, dann OK, das war dann so, das
154 haben die Leute akzeptiert und es war vorbei. Heute muss es erklärt und auch begründet werden.
155 Das ist halt schon mehr Aufwand, ich mein, es ist das Recht vom Patienten, das ist halt so. Das war
156 halt, die Zeit, die Zeit ist anders. Wenn sich der Patient eben informiert im Internet und dann fragt er
157 mich, hab ich nicht das, da steht so viel drin, hab ich nicht eh schon (2) und dann kann ich sagen Ja
158 oder halt nicht.

159 X: Meinst du es gibt durch das Internet eine Panikmache?
160 H: Na Panikmache (2) jeder ist zu (1) auch die Ärzte, wie wir studiert haben, waren wir auch panisch.
161 Weil alles was du gelesen hast, hab ich auch schon gehabt. Da glaubt jeder, jetzt hab ich auch die
162 Krankheit, derweil ist es halt dann (2) ja, auch nur ein () im Leben.
163 X: Ihr habt euch dann eben noch weitergebildet und da-
164 H: Ja, erfahren, wir sind erfahren.
165 X: Alles klar, danke für das Interview.

1 **Transkript vom 08.07.2019, Beginn 15:00 Uhr**

2 **Dauer: 20' 20"**

3 **Interviewpartner I: weiblich, 49 Jahre alt**

4

5 X: Nochmals vielen Dank, dass du dich bereit erklärt hast, dieses Interview mit mir zu führen. Es wird
6 alles anonym bleiben, dein Name wird nicht genannt und es wird etwa 20-30 Minuten dauern. Es
7 geht um die Arzt-Patienten-Beziehung und das Feedback von Patienten an dich und wie du damit
8 umgehst. Ich habe dir auch schon die Datenschutzmitteilung gegeben, du hast sie schon ein bisschen
9 durchgeschaut. Ich bräuchte jetzt noch dein mündliches OK, dass ich deine Daten anonym
10 weiterverarbeiten darf.

11 I: Ja, das geht in Ordnung.

12 X: Super. Meine erste Frage ist allgemein, wie kommunizierst du mit Patienten, wie läuft es ab, was
13 sind die Elemente?

14 I: Prinzipiell der Patient kommt rein, ich begrüße ihn, frage ihn, wie es ihm geht und warum er da ist
15 und dann hör ich mir das einmal an. Dann, je nachdem um was für ein Problem es sich handelt.
16 Wenn es eher ein quasi rein körperliches ist, sag ich jetzt einmal oder Husten, Schnupfen, dann erklär
17 ich, was ich mach und worum's geht und dass ich ihn abhören möchte und dann wird das Rezept
18 besprochen. Wenn ich den Eindruck habe, es geht um etwas, was quasi eher mit der Psyche zu tun
19 hat, dann lass ich meistens den Patienten länger reden und versuche mit Fragen herauszufinden, in
20 welche Richtung wir gehen und schau mal was zurückkommt.

21 X: Mhm, also die Probleme sind sowohl psychisch als auch körperlich, also mit beiden Beschwerden
22 kommen sie zu dir?

23 I: Ja, manchmal kommen sie mit körperlichen Beschwerden, die aber in Wahrheit in eine psychische
24 Richtung gehen. Und da ist man halt gefordert, das durch gezieltere Fragen (2) manchmal wollen sie
25 es nicht sagen, das merkt man auch recht schnell, meistens bohr ich dann mal nicht nach im ersten
26 Moment, sondern versuch den Patienten wiederzubestellen und dann beim zweiten, dritten Mal
27 näheres zu erfahren und das Vertrauen herzustellen. Wenn ich den Eindruck hab, sie blockieren
28 komplett, dann lass ich's auch mal, weil ich glaube nicht, dass das förderlich ist, gleich mit dem
29 Holzhammer quasi (2) viele wollen aber eh reden, also wenn man quasi so ein bisschen anbohrt,
30 kommt's gleich und dann muss man halt schauen, in welche Richtung es läuft.

31 X: Mhm und gibt in so einem Gespräch auch andere Themen als medizinische?

32 I: Ja. Es gibt sehr viel familiäre Themen, also vor allem in diesen psychischen, wenn's so rein in den
33 psychischen Bereich geht, wundert man sich schon manchmal, was alles erzählt wird. Es gibt hier die
34 Anonymität, wir dürfen nichts weitererzählen und das ist schon, wir sind ein bisschen Psychologe-
35 Ersatz. Also es wird dann alles Mögliche erzählt, von wer wem untreu ist, wer wen verlassen will,
36 unglücklich ist, bis hin zu (1) ganz anderen familiären Problemen auch oder vielleicht auch Problemen
37 mit Kindern, die grad pubertieren oder was weiß ich, was eigentlich mit dem Kreuzweh, weswegen
38 sie gekommen sind, gar nichts zu tun hat. Aber es kommt dann.

39 X: Setzt du da dann schon irgendwo einmal die Grenze oder sagst du wirklich, wenn sie es brauchen,
40 lass ich es jetzt mal zu?

41 I: Wenn ich den Eindruck habe, sie brauchen es, lass ich es zu, wenn ich den Eindruck habe, es ist ein
42 wirklich psychisches Problem im Sinne eines psychiatrischen Problems hör ich mir das zwar an, aber

43 sag dann schon ganz klar, Sie brauchen eine fachärztliche Hilfe und es reicht nicht nur darüber zu
44 reden, und überweise sie weiter. Ich biete natürlich immer an, dass wir als Hausarzt eine Anlaufstelle
45 sind. Aber wenn ich den Eindruck habe, das geht in Richtung einem (2) antidepressiven, was immer,
46 psychiatrischen Medikaments oder der bräuchte eine echte Gesprächstherapie bei einem
47 Psychologen, dann sprech ich das schon an und verweise weiter. Ich sag nicht, Ich will Sie loswerden,
48 sondern ich sag, Schauen Sie, ich steh Ihnen für alles gern zur Verfügung, aber da brauchen Sie mehr
49 Hilfe, als wir hier Ihnen anbieten können. Also, man muss natürlich schauen, man versucht immer
50 sich alles anzuhören, aber natürlich haben wir nicht wie ein Psychiater 50 Minuten Zeit jedem
51 zuzuhören, das geht nun mal nicht, das ist organisatorisch nicht möglich, da muss man dann
52 irgendwann sanft die Kurve kratzen.

53 X: Verstehe und gibt es so etwas wie privaten Umgang auch, hast du etwa Freundschaften mit
54 Patienten?

55 I: Nein, ich hab Freunde, die als Patienten zu mir kommen, aber umgekehrt nein, nein.

56 X: Und das magst du auch nicht?

57 I: Nein. Es haben mich ein paar Patienten nach meiner privaten Nummer gefragt, aber, ein auch auf
58 ärztlicher Basis, so quasi, wenn ein Notfall ist und nur dann und hin und her, nein. Also das trenn ich
59 strikt, weil ich glaube, dass es eben (1) die Schwelle dann anzurufen (2) und ich hab nur ein privates
60 Handy, ich hab nicht verschiedene, wo ich jetzt abdrehen kann. Nein, also wir sind da, wenn wir da
61 sind, für alles andere gibt's eine Notfallambulanz. Und wie gesagt, Freunde, die Patienten sind, sind
62 Freunde, die Patienten sind, aber umgekehrt nein.

63 X: OK. Und bei der Kommunikation im Speziellen, was ist dir da wichtig, was muss gegeben sein,
64 damit es funktioniert?

65 I: Also ich glaub, prinzipiell muss mal gegeben sein, dass man sehr freundlich miteinander umgeht,
66 aber doch bestimmt. Also man kann, glaube ich, schon sagen so und so und so und so funktioniert's
67 einfach nicht, aber immer freundlich zu bleiben. Natürlich gibt's Patienten, die auch unsere
68 Gutmütigkeit dann ausnützen, sich ewig hersetzen jedes Mal und tratschen. Da muss man dann
69 schon freundlich, aber sehr bestimmt sagen, das geht leider nicht. Mir ist wichtig, freundlich zu
70 bleiben und dass es echt wirkt und auch authentisch. Das ist glaub ich das Wichtigste, weil man auch
71 sonst unglaublich rüberkommt.

72 X: Und so in der Beziehung prinzipiell, was ist da wichtig? Vorher hast du Vertrauen schonmal
73 angesprochen zwischen Arzt und Patient, wie sieht es mit Empathie aus?

74 I: Vertrauen ist wichtig, ja. Und, ich glaub, die Empathie ist sehr wichtig, aber es gibt nunmal
75 Patienten, da merkt man (3) da steht man halt an. Nicht, dass man sich unsympathisch ist, gar nicht,
76 aber es gibt natürlich viel-, also bei den meisten Patienten hat man ein sehr gutes Verhältnis, kommt
77 gut zurecht. Es gibt aber natürlich, wie in jedem anderen Beruf auch, Menschen, wo man einfach
78 merkt, das wird hier nichts mit uns, wir kommen nicht auf einen emphatischen grünen Zweig, da
79 muss man halt einfach auch korrekt bleiben, da muss man korrekt bleiben, das alles in Ruhe anhören,
80 aber wenn's nicht geht, geht's nicht.

81 X: Und dann interessiert mich zu dem Thema noch, welche Veränderungen, du bist ja schon ein
82 Zeiterl als Arzt tätig, gab es Veränderungen auch in Bezug auf die Interaktion mit Patienten?
83 Stichwort auch mit dem Internet?

84 I: Wie die Patienten sind oder wie ich mit ihnen umgeh?

85 X: Sowohl als auch.

86 I: Also erstens, natürlich ist das Internet ein (1) ein Segen und ein Problem, weil natürlich schauen sie
87 alle nach und können oft quasi die guten von den nicht guten Seiten logischerweise nicht
88 unterscheiden. Das ist natürlich auch ein Problem für uns in der Kommunikation, den Patienten zu
89 vermitteln, das ist falsch und wir schauen, dass wir auf einen grünen Zweig kommen. Das was wir
90 sagen ist höchstwahrscheinlich richtig, ich mein, man ist nicht allwissend. Wir wissen was richtig und
91 falsch ist theoretisch und das Internet weiß es nicht. Und so etwas Festgefahrener jemandem
92 auszureden ist sehr schwierig, vor allem wenn dann die Nachbarin sagt, Ja, das hab ich auch gehabt
93 und das war genau so und so. Dann, dann ist es sehr, sehr schwierig den Patienten da wieder
94 wegzuholen. Mit Patienten, die sehr oft herkommen und die wir gut kennen, die gute Erfahrungen

95 gemacht haben, ist es natürlich dementsprechend leichter, ja?! Generell (2) was hat sich verändert,
96 ich bin glaub ich nicht mehr ganz so geduldig, aber nicht im negativen Sinn, sondern ich lass mich
97 nicht mehr stundenlang in Anspruch nehmen, weil ich weiß, es geht einfach nicht. Also ich tu mir
98 leichter, Grenzen zu setzen, freundlich, aber ich kann jetzt leichter als noch vor einigen Jahren sagen,
99 das beenden wir jetzt, reden wir nächstes Mal weiter.

100 X: Also die Erfahru-
101 I: Man lernt einfach, dass man irgendeinen Strich ziehen muss.

102 X: Alles klar. Mein nächstes Thema ist das allgemeine Feedback von Patienten eben an dich und da ist
103 meine erste Frage, hast du den Wunsch prinzipiell nach Rückmeldungen von Patienten?
104 I: Ja. Ich find das wichtig, auch um sich selbst (1) zu reflektieren und zu sehen was mach ich gut, was
105 mach ich nicht gut. Und ich mein, Feedback ist positiv und negativ. Wenn jemand, natürlich es ist wie
106 überall, es gibt auch Enttäuschungen und es gibt sicher auch Feedback, wo man sich denkt, Na der
107 hat überhaupt nicht recht! Aber generell ist das Feedback ja meistens, muss man ja sagen, sehr
108 positiv und das freut einen und bestärkt einen, so weiterzutun. Und wenn jemand mal wirklich
109 enttäuscht ist, dann muss man sich schon überlegen, hab ich jetzt wirklich was falsch gemacht, hätte
110 ich es anders lösen können, hab ich's falsch eingeschätzt, das kann immer wieder vorkommen, man
111 ist ein Mensch und dann kann man aber, finde ich, auch mit dem Patienten drüber reden, ja?! Oft
112 passieren solche Dinge eher, wenn die Kommunikation nicht funktioniert. Also es ist mir einmal
113 passiert mit einer Patientin, wo ich dezidiert gesagt hab, das ist meiner Meinung nach ein
114 Bandscheibenvorfall, sie muss ins Krankenhaus gehen. Für mich war klar, ich meine jetzt oder
115 spätestens morgen in der Früh. Für sie war es so, naja gut irgendwann und sie hat sich nachher
116 aufgeregt, dass sie die Dringlichkeit (2) also quasi, dass ich drei Tage ihr gekostet hab. Da hab ich jetzt
117 aber gelernt, ich für mich, ich hab es ihr dann erklärt, wir haben darüber geredet, mittlerweile
118 verstehen wir uns wunderbar wieder. Ich hab aber für mich gelernt, dem Patienten das auch so zu
119 sagen, ich meine jetzt, heute. Und ich schreib's dann auch in die Kartei, Haben Sie das verstanden,
120 dass ich jetzt meine.

121 X: Also du gehst auf das auch wirklich ein und ziehst deine Lehren daraus.
122 I: Ja, ich glaub, sie hat's wirklich falsch verstanden, sie hat das nicht so dringlich empfunden, wie ich's
123 eigentlich gesehen hätte. Und im Nachhinein, wie sie mir erzählt hat, wie ich es ihr erklärt hab, hab
124 ich aber auch verstanden, dass sie die Dringlichkeit nicht verstanden hat. Also ich hab es
125 offensichtlich nicht ernst genug gesagt. Und deshalb, wenn ich jemanden ins Spital schicke, dann
126 wird das jetzt aber auch ganz klar und die- manchmal glauben sie wahrscheinlich, ich halte sie für
127 doof, weil ich's mir 17 Mal wiederholen lasse. Aber es ist immer ein Unterschied, sie hören zu und
128 nicken, das heißt aber lang nicht, dass es angekommen ist, das hab ich gelernt. Deshalb lass ich's mir
129 wie bei einem kleinen Kind wiederholen. Was hab ich Ihnen gerade gesagt? Wenn das und jenes
130 eintritt und das schreib ich auch auf und lass es mir bestätigen, weil ich gemerkt hab in der
131 Aufregung kommt oft nur die Hälfte an. Wir glauben aber, es kommt alles an, ist aber nicht so.

132 X: Fragst du auch aktiv nach Rückmeldungen?
133 I: Weniger muss ich sagen, aber man bekommt es so und so.

134 X: Verstehe, du bist aber sehr reflektiert, was dein Gegenüber angeht.
135 I: Ich versuch's. Die Sprache ist natürlich auch manchmal ein Problem. Das ist mir auch schonmal
136 passiert, da hab ich dann halt gesagt, es muss die Tochter mitkommen, die mit mir gut deutsch reden
137 kann. Weil ich Angst habe, dass- in dem Fall war auch einfach hohes Fieber zum Beispiel, da hab ich
138 gesagt, ich weiß nicht, ob verstanden wird, wie dieses Medikament einzunehmen ist. Da muss man
139 sich halt dann manchmal Hilfe holen.

140 X: Ja, das mit der Sprache wurde schon öfter erwähnt, dass es ein Problem ist, wenn man sich
141 gegenseitig nicht versteht.
142 I: Ja, das ist oft ein Problem. Der fühlt sich nicht verstanden, weil ich nicht weiß, worum's geht, er
143 kann die Anweisungen nicht befolgen, genau und das ist wirklich ein Problem und dann muss, ich
144 versuche, die Leute zu erziehen, dass, wenn sie wirklich krank sind, sich, oft können die Kinder sehr
145 gut Deutsch, dass sie dann mit jemandem kommen. Weil es ist dann allen geholfen. Es geht

146 schneller, man ist deutlicher und ich weiß auch eher, worum's geht. Klappt aber ganz gut, also viele
147 kommen schon mit Hilfe.

148 X: Das ist gut, ja. Wie siehst du das, betreffend deine fachlichen Kompetenzen und deine
149 einfühlsamen, also empathischen Kompetenzen, empfindest du da beide als gleich wichtig? Kriegst
150 du auch für beides Feedback?

151 I: Ja eigentlich schon, Feedback bekommt man für beides. Und ja, ich glaube, gerade als praktischer
152 Arzt schon. Weil Großteil, oder schon ein (2) ein Drittel ist vielleicht zu viel aber schon, geht wirklich
153 in eine sehr psychisch angehauchte Richtung, ja?! Also nicht, dass die alle ein ernsthaft
154 psychiatrisches Problem haben, aber eben wo's familiär nicht passt. Sorgen mit der Arbeit, das
155 kommt sehr, sehr oft, diese Überlastung im Job, die nicht mehr können, oft Frauen mit Kindern, die
156 völlig überfordert sind und da:: hilft schon, wenn man sagt, Ich versteh Sie, ich hab auch Kinder, ich
157 weiß wie das ist. Und schon ist es besser, ja?! Ich glaub, in dem Job ist es sehr, sehr wichtig.

158 X: Alles klar. Wie wichtig ist dir denn dein Image, tust du etwas dafür, dass du es aufbaust oder
159 erhältst?

160 I: Mir ist es schon wichtig quasi, dass die Leute mich mögen, weil sonst würden sie nicht herkommen
161 und wie gesagt, ich versuche, freundlich zu bleiben und zu reflektieren, wenn jemand unzufrieden ist.
162 Aber aktiv, also (2) wüsste ich auch nicht, was ich tun könnte. Ich versuche wie gesagt der zu bleiben,
163 der ich bin, freundlich aber-

164 X: Naja beispielsweise eine Homepage oder besondere Angebote.

165 I: Wenn ich mal (3) irgendwann, habe ich sicher eine Website, weil ich glaube, dass es heutzutage
166 einfach dazugehört. Aber ich würde keine besonders tollen Poser-Fotos da drauf machen also es
167 wäre eher eine informative, also ich kenn von anderen Kollegen Homepages mit, weiß ich nicht,
168 irgendwelchen Afrikasafaris und laufend und im Jaguar und was weiß ich, wo ich mir denk, ja, das hat
169 aber mit deinem Job eigentlich nichts zu tun, das ist nur, wie toll du bist, das wär mir unangenehm.

170 X: Verstehe. Super, dann hätten wir den allgemeinen Teil zum Feedback. Jetzt kommt noch das
171 vertiefende Feedback über Arztbewertungsplattformen, wirst du sicher kennen, Docfinder und so-

172 I: Jaja, genau.

173 X: Da ist meine erste Frage, ob du deine oder auch andere Bewertungen liest?

174 I: Ich hab persönlich noch keine, also für unsere Ordi sind die recht gut, da bin ich aber namentlich
175 glaub ich noch nie erwähnt worden, ich hab jetzt schon länger nicht geschaut.

176 X: Achso, weil ihr gemeinsam eine habt. Aber du schaust?

177 I: Ich schau schon und ich selber schau auch, wenn ich zu Ärzten gehe, was draufsteht. Ich mein, was
178 glaub ich immer schwierig ist, das ist wie bei so Urlaubs-Hotels-Bewertungen, dass ja oft eher die
179 Leute, die eine schlechte Erfahrung gemacht haben, reinschreiben. Also wenn alle, die zufrieden sind
180 reinschreiben würden, ja (2) trotzdem glaub ich schon, dass es, also es gibt Kollegen, da steht
181 prinzipiell guter Arzt, aber man wartet lang, wenn das bei acht Leuten steht, denk ich mir, wird's
182 schon stimmen, ja?! Oder irgendwie so. Ich glaub schon, dass das wichtig ist, diese Bewertungen
183 heutzutage und ich glaub (1) ich glaub auch, dass es schon genug Leute lesen, vor allem bei den
184 Jungen.

185 X: Stimmen deiner Meinung nach die Inhalte überein oder gibt es doch sehr auseinanderklaffende
186 Kommentare?

187 I: Ich denke, wie gesagt, es gibt solche und solche Erfahrungen und dadurch auch sehr
188 unterschiedliche Bewertungen, aber eine Richtung ist meist erkennbar.

189 X: Und glaubst du, dass es glaubwürdig ist? Vorhin hast du gesagt, wenn es öfter steht dann schon,
190 aber können auch Einzelmeinungen, die besonders heftig sind, hier an der Ansicht etwas ändern?

191 I: Also ich glaube, dass es schwierig ist zu beurteilen, auch für die Leute, ja?! Das ist wie bei den
192 Krankenhäusern, da sagen welche, ich geh nie wieder ins wasauchimmer, weil da ist einmal die Resi-
193 Tante und wasauchimmer dort passiert ist. Und das wird man von jedem Krankenhaus dieser Erde
194 finden, genauso wie man in jeder Ordination Patienten finden wird, die wirklich unzufrieden sind,
195 vielleicht gerechtfertigt, vielleicht ungerechtfertigt, weiß ich nicht. Und daher ist das immer schwierig
196 zu beurteilen, aber ich glaub schon (3) es ist halt, ich glaub schon, dass es so Tendenzen gibt, also
197 wenn man sich bei Docfinder anschaut, es gibt schon Ärzte, die prinzipiell nur drei dieser Sternchen

198 haben und es gibt Leute, die fünf haben oder hauptsächlich. Das ist, glaube ich, schon eine Richtung.
199 Bild sollte man sich glaub ich immer selber machen.
200 X: Und würde es da, wenn du was von dir lesen würdest, irgendwelche Reaktionen darauf geben
201 können, zum Beispiel zurückschreiben oder dass du wie beim persönlichen Feedback drüber
202 nachdenkst?
203 I: Naja, das glaub ich schon, ja.
204 X: Zurückschreiben auch?
205 I: Also jetzt könnte ich es mir vorstellen, aber wenn dann jeden Tag acht Mails theoret-, weiß ich
206 nicht, ja, dann mach ich's wahrscheinlich nicht, weil's mir zu aufwendig ist. Wenn das einmal im
207 Monat etwas ist, wo ich sag, gut da antworte ich jetzt, dann schon. Kommt auf den Aufwand an, also
208 wenn (2) aber auch bedankend, also wenn's ein gutes Feedback wär, würd ich mich sicher bedanken,
209 aber das kommt drauf an, wie häufig das ist und ob der Zeitaufwand geht, ja?!
210 X: Und kannst du dir eine aktive Mitgliedschaft, also Premiummitgliedschaft, vorstellen, wo du
211 wirklich zahlst dafür?
212 I: Mit dem Foto, das meinst du? Wo unten immer diese Empfehlungen kommen?
213 X: Genau, das auch. Da wird man teilweise vorgereicht und man kann selber seine Seite gestalten zum
214 Beispiel, man kann Zusatzinformationen hineinstellen.
215 I: Glaub ich nicht. Eher eine eigene Website. Weil wie gesagt, die könnte ich mir eher informativ
216 vorstellen. Ich hab bei ein paar Kollegen schon geschaut, was mir ganz gut gefällt ist auch, jetzt nicht
217 nur wer man ist und was man so gemacht hat, sondern auch so wichtige Dinge. Ein Kollege hat zum
218 Beispiel so diese Standard-Dinge auf der Homepage, so bei Durchfall ist das und das zu essen und
219 das und das nicht zu essen.
220 X: Also wo man diese Basics nachschauen könnte, ohne zum Arzt zu gehen.
221 I: Ja. Das find ich eigentlich ganz gut. Sowas eher informativ angehauchtes. Oder Grippezeit-
222 Impfungen, die Homepage eher auch für das zu verwenden, das würde mich eher interessieren. Aber
223 keine privaten Poser-Fotos.
224 X: Alles klar, danke für die vielen Infos, ich habe prinzipiell alles was ich brauche, wenn du noch
225 etwas Wichtiges zu dem Thema hast, das du anmerken willst, sehr gerne.
226 I: Nein, denke nicht.
227 X: Dann vielen Dank für das Interview, sehr aufschlussreich, danke.

Auswertungsbeispiel Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Fall	Zeile	Nr	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
D	107-108	1	Manche Sachen kann man nur aussitzen, da muss man sich nicht zum Arzt schleppen.	Man muss nicht wegen jeder Kleinigkeit zum Arzt gehen	D-K1: Man muss nicht wegen jeder Kleinigkeit zum Arzt gehen D-K2: Ein gutes Image ist wichtig, auch für das Überleben eines Arztes D-K3: Feedback bekommt man ungefragt und ist wichtig für die Weiterentwicklung und Standardhochhaltung D-K4: Auswirkungen von Feedback: -> positives Feedback freut & bestärkt -> Negatives konstruktives Feedback führt zu Verbesserungen/Veränderungen -> Manche Kritikpunkte sind nicht zu ändern (z.B. Wartezeiten)
D	109-115	2	Es ist schon wichtig, einen guten Ruf zu haben, besonders wenn man mit Menschen zusammenarbeitet. So kommen und bleiben die Leute und davon lebt ein praktischer Arzt.	Ein gutes Image ist wichtig, besonders wenn man mit Menschen zusammenarbeitet. Ein Arzt lebt von der Zufriedenheit der Patienten	
D	116-121	3	Der Wunsch nach Feedback besteht definitiv. Nur durch Feedback und eine gute Fehlerkultur kann man sich weiterentwickeln und verbessern und den Standard hochhalten.	Feedback ist erwünscht und wichtig für die Weiterentwicklung und Standardhochhaltung	
D	122-125	4	Feedback ergibt sich im Laufe der Gespräche oder Behandlungen, man muss nicht nachfragen. Die Leute sagen heutzutage was sie gut und schlecht finden.	Feedback bekommt man ungefragt, da die Leute kundtun, wie sie etwas finden	
D	126-128	5	Positives Feedback ist immer gerne gesehen, denn man freut sich und es tut gut.	Positives Feedback freut und bestärkt	
D	128-130	6	Negatives Feedback - solange es konstruktiv und nicht angriffig ist - kommt der Arbeit zugute.	Negatives konstruktives Feedback führt zu Verbesserungen/Veränderungen	
D	131-136	7	Konstruktive Kritik kann zu Veränderungen führen, aber es kommt darauf an, ob es veränderbar ist.	Negatives konstruktives Feedback führt zu Verbesserungen/Veränderungen	
D	136-139	8	Manche Beschwerden sind nicht zu ändern, wie zum Beispiel lange Wartezeiten, denn jeder Tag und jeder Patient ist anders. Das kann man nicht beeinflussen.	Manche Kritikpunkte sind nicht zu ändern (z.B. Wartezeiten)	
D	139-141	9	Bei der Terminvergabe kann man Kritiken an die Ordinationshilfe weitergeben und abändern.	Negatives konstruktives Feedback führt zu Verbesserungen/Veränderungen	
D	143-144	10	Akute Fälle muss man notwendigerweise einschieben.	Akute Fälle werden eingeschoben	

D	145-148	11	Feedback bekommt man für seine fachlichen und empathischen Fähigkeiten und beides schmeichelt einem.	Feedback bekommt man für fachliche und empathische Fähigkeiten, über beides freut man sich und beides ist gleich wichtig	
D	148-150	12	Beide Fähigkeiten sind gleich wichtig.	Beide Fähigkeiten sind gleich wichtig	
D	150-154	13	Feedback für die eigene Persönlichkeit oder Empathie zu bekommen ist eine der größten Motivationsmöglichkeiten, um seine Arbeit gut weiterzumachen.	Feedback für die Persönlichkeit und Empathie ist einer der größten Motivationsfaktoren	D-K5 Fachliche und empathische Fähigkeiten gleich wichtig-> Feedback bekommt man für beides -> Feedback für die empathischen Kompetenzen wirken als großer Motivationsfaktor
D	155-156	14	Das Fachliche ist notwendig für die Berufsausübung.	Beide Fähigkeiten sind gleich wichtig	
D	157-163	15	Es besteht keine aktive Mitgliedschaft und auch in Zukunft ist dies wahrscheinlich kein Thema.	keine aktive Mitgliedschaft und kein Wunsch dazu	
D	164-166	16	Internetplattformen können ein Leitfaden oder eine Hilfestellung sein.	Internetplattformen können trotz Anonymität eine Hilfestellung sein	D-K6: keine Mitgliedschaft, wenig bis keine Nutzung von Internet-Plattformen, da man eher auf persönliches Feedback bzw. persönliche Empfehlungen (bei der eigenen Arztsuche) vertraut
D	167-169	17	Es gibt heutzutage nichts, was man nicht bewerten kann -> Produkte, Hotels, Ärzte, Spitäler usw.	Heutzutage wird alles bewertet	
D	169-170	18	Auch wenn es anonym ist, kann es konstruktive Kritik sein.	Internetplattformen können trotz Anonymität eine Hilfestellung sein	
D	170-172	19	Man muss sich im Endeffekt selbst ein Bild machen und im medizinischen Bereich werden Leute oft vom persönlichen Gefühl geleitet.	Man muss sich im Endeffekt selbst ein Bild machen	D-K7: Einschätzung der Plattformen neutral bis kritisch:
D	173-175	20	Wenn man 10 Leute nach dem SMZ Ost fragt, sagen 5, dass sie es lieben, die anderen 5 haben einmal eine schlechte Erfahrung gemacht und das war es dann. So verhält es sich auch bei Ärzten.	Es gibt immer positive und negative Meinungen, je nach Erfahrung. Aber eine schlechte Erfahrung ist oft ausschlaggebend für die Meinung	-> heutzutage wird alles bewertet -> kann trotz Anonymität als Hilfestellung dienen -> es gibt je nach Erfahrung immer positive und negative Meinungen -> oft ist aber eine schlechte Erfahrung ausschlaggebend, daher mit Vorsicht zu genießen & nicht als einzige Quelle nutzen
D	175-177	21	Die Plattformen sind mit Vorsicht zu genießen. Es kann eine Hilfestellung sein, aber sollte nicht die einzige Quelle sein.	Internetplattformen können trotz Anonymität eine Hilfestellung sein, aber mit Vorsicht zu genießen und nicht einzige Quelle sein	-> man muss sich ein eigenes Bild machen

D	178-182	22	Keine Rezeption der eigenen Bewertungen, weil es anonym ist und man es sich zu sehr zu Herzen nimmt und darüber nachdenkt.	Vertrauen eher in das persönl. Feedback
D	183	23	Vertrauen liegt eher in dem persönlichen Feedback.	Vertrauen eher in das persönl. Feedback
D	184-187	24	Das Interesse an Online-Bewertungen ist nicht so gegeben, aber die Kompetenz es zu nutzen wäre da.	Vertrauen eher in das persönl. Feedback
D	188-194	25	In seltenen Fällen wird nach Ärzten gesucht, wenn man privat einen Arzt braucht, aber hier zählen auch die Empfehlungen von Kollegen mehr.	Vertrauen eher in persönliche Empfehlungen auch bei der eigenen Arztsuche

G	107-110	1	Wunsch nach Feedback besteht und bekommt man ungefragt, denn die Patientenbeziehung ist keine Einbahn.	Feedback ist wichtig, da die A-P-B keine Einbahn ist und bekommt man ungefragt	G-K1: Oft wird (negatives) Feedback an die Mitarbeiter herangetragen, weniger an den Arzt selbst
G	110-114	2	Vorstellungen und Unmut werden oft bei den Assistentinnen deponiert und in einer anderen (abgemilderten) Form beim Arzt selbst.	Oft wird (v.a. negatives) Feedback an die Mitarbeiter herangetragen, weniger an den Arzt selbst	
G	115-120	3	Der Unmut ist bei den Assistentinnen teilweise sehr problematisch. Beim Doktor trauen sich es viele Leute nicht zu sagen, andere sagen es frei heraus.	Oft wird (v.a. negatives) Feedback an die Mitarbeiter herangetragen, weniger an den Arzt selbst	
G	120-125	4	Man wird keine Beschwerdebox aufstellen, denn das provoziert möglicherweise Beschwerden, obwohl es sicher manchmal sinnvoll sein kann.	keine aktive Nachfrage oder Evokation von Rückmeldungen	
G	126-133	5	Aktive Frage nach Feedback ist nicht notwendig, da die Direktheit der Patienten groß genug ist. Zum Beispiel im Sommer, wenn es keine Klimaanlage gibt, bekommt man den Unmut mit.	Feedback wichtig für A-P-B, aber keine aktive Nachfrage oder Evokation von Rückmeldungen, da die Direktheit der Patienten groß genug ist	

G	134-137	6	Im Gespräch kommt oft hervor, ob man sich zu wenig Zeit genommen hat oder Kritik zu organisatorischen Sachen, weniger zu medizinischen Fehlern.	Kritik eher organisatorisch, größere medizinische Fehler laufen über andere Stellen (z.B. Patientenanwalt)	G-K3: Kritik eher organisatorisch, größere medizinische Fehler laufen über andere Stellen (z.B. Patientenanwalt)
G	137-143	7	Größere Behandlungsfehler werden über andere Stellen Patientenanwalt oder Schlichtungsstelle abgewickelt, nicht direkt im Gespräch. Das trauen oder wollen Patienten nicht persönlich besprechen, sondern über eigene Stellen.	größere medizinische Fehler laufen über andere Stellen (z.B. Patientenanwalt)	
G	144-145	8	Man bekommt eher Feedback für empathische Fähigkeiten.	Feedback eher für empathische Fähigkeiten	G-K4 Fachliche und empathische Fähigkeiten gleich wichtig, Feedback eher für empathische
G	146-147	9	Beide Fähigkeiten muss man als Arzt haben.	Beide Fähigkeiten gleich wichtig	
G	148-152	10	Bei Fehlern im medizinischen Bereich muss man der Sache nachgehen, einen Bericht schreiben und schauen was man falsch gemacht hat, um es in Zukunft zu vermeiden, da es für sich selbst auch unangenehm ist.	Bei medizinischen Fehlern muss man der Sache nachgehen, schauen was man falsch gemacht hat und einen Bericht schreiben -> unangenehm, man möchte es in Zukunft vermeiden	G-K5: Auswirkungen von Feedback: -> bei medizinischen Fehlern nachgehen und schauen, wie man es zukünftig vermeiden kann -> positives Feedback bringt positiven Lerneffekt, was wogegen hilft (passiert oft) -> manche Kritikpunkte sind nicht zu ändern
G	152-157	11	Man will medizinisch nichts falsch machen und überlegt bei Fehlern, wie man es verhindern kann, indem man zB. den medizinischen Part früher abgibt, um unangreifbar zu sein.	man möchte medizinisch nichts falsch machen	
G	157-165	12	Fall mit Bauchspeicheldrüsenkrebs: Patient kam immer wieder und wurde zu verschiedenen Untersuchungen geschickt, aber an Bauchspeicheldrüsenkrebs wurde nicht gedacht. Der Patient ging zum Anwalt und dann muss der Arzt seine Vorgehensweise begründen und rechtfertigen.	größere medizinische Fehler laufen über andere Stellen (zB Patientenanwalt)	
G	166-171	13	Positives Feedback bekommt man ständig, wenn eine Behandlung gut funktioniert.	Positives Feedback gibt es ständig	
G	172-176	14	Positives Feedback hat einen positiven Lerneffekt, welche Therapie bei welchen Beschwerden hilft. Wenn das öfter erfolgreich ist, macht man es oft und gerne.	positives Feedback bringt einen positiven Lerneffekt, welche Therapien bei welchen Beschwerden helfen	

G	177-183	15	Keine aktive Imagepflege, aber versucht, sich durch gute Gespräche und Medizin zu positionieren. Patienten müssen zufrieden sein, auch ohne die Darstellung in Medien.	keine aktive Imagepflege aber Positionierung durch gute Gespräche & gute Medizin (Patienten sollen zufrieden sein)	G-K6: keine aktive Imagepflege aber Positionierung durch gute Gespräche & gute Medizin -> "Imagekampagne" nicht notwendig, wenn der Zulauf groß genug ist G-K7: keine aktive Mitgliedschaft und keine aktive Nutzung von Plattformen wegen Desinteresse & evtl. Ärger darüber, aber Wissen über eigene Inhalte vorhanden G-K8: Einschätzen der Plattformen kritisch und als eher irrelevant: -> schwer, sich gegen Bewertungen zu wehren -> inhaltlich wichtige Kritik kann man ernst nehmen -> Einzelmeinungen irrelevant -> Unzufriedene wechseln ohnehin, daher Online-Bewertungen nicht so relevant
G	183-186	16	eine (mediale) "Imagekampagne" war nie notwendig, da der Zulauf immer da war, aber für neue Ordinationen kann das hilfreich sein.	"Imagekampagne" nicht notwendig, wenn der Zulauf groß genug ist -> wenn nicht, dann kann es hilfreich sein	
G	187-192	17	Keine aktive Mitgliedschaft und auch kein aktives Nutzen von Bewertungsplattformen, da es möglicherweise Ärger auslöst.	keine aktive Mitgliedschaft und keine aktive Nutzung von Plattformen wegen Desinteresse & evtl. Ärger darüber	
G	192-193	18	Gehört, dass das Feedback online nicht schlecht sein soll aber es auch negative Punkte gibt.	weiß Bescheid wie die Online-Bewertung ist	
G	193	19	man kann sich schwer gegen Bewertungen wehren	schwer gegen Bewertungen wehren	
G	194-196	20	inhaltlich wichtige Kritik kann man durchaus ernst nehmen, aber manche Punkte sind nicht relevant, zum Beispiel hat jeder einmal einen schlechten Tag und kann das nicht verbergen.	inhaltlich wichtige Kritik kann man ernst nehmen, einige Punkte jedoch irrelevant, weil Einzelmeinungen	
G	197	21	Vieles lässt sich nicht ändern, auch wenn man darüber schreibt	Manche Kritikpunkte sind nicht zu ändern	
G	198-203	22	Das Interesse ist nicht wirklich gegeben und daher wird nicht aktiv gelesen und sich auch nicht darum gekümmert	kein Interesse und keine aktive Nutzung von Plattformen	
G	204-206	23	Bei Unzufriedenheit schreiben die Leute schnell hinein, auch wenn man nur einen schlechten Tag hat	Bei Unzufriedenheit bewerten Leute schnell etwas -> Einzelmeinung	
G	207-210	24	Online-Bewertungen sind nicht so relevant, denn Unzufriedene werden so und so den Arzt wechseln.	Online-Bewertungen nicht so relevant, denn Unzufriedene wechseln ohnehin den Arzt	
G	210-214	25	Solange der Zulauf passt, muss man sich nicht zusätzlich positionieren. Das ist wie bei einem Geschäft, wenn die Leute die Tür einrennen, braucht man keine Werbung machen.	"Imagekampagne" nicht notwendig, wenn der Zulauf groß genug ist -> wenn nicht, dann kann es hilfreich sein	

Weitere Vorgehensweise:

Die Grundkategorien, welche über alle Interviews gelegt werden können, waren durch die Gesprächs-Strukturierung gut formulierbar.

- K1 Umgangsformen zwischen Arzt und Patient
- K2 Entwicklungen im Beruf und deren Folgen
- K3 Feedbackkultur in der Arzt-Patienten-Interaktion
- K4 Patientenfeedback auf Online-Bewertungsplattformen

Diesen Grundkategorien wurden dann die Kategorien der einzelnen Interviews zugeordnet und zusammengefasst. Anhand des Auswertungsbeispiels würde das folgendes bedeuten:

K1 Umgangsformen zwischen Arzt und Patient

- Patienten kommen aus unerfindlichen Gründen: D-K1

K3 Feedbackkultur in der Arzt-Patienten-Interaktion

- Zum Wunsch nach Feedback: D-K3 & G-K2
- Zu den Auswirkungen von Feedback: D-K4 & G-K5
- Zu den Arten von Feedback: G-K1 & G-K3
- Zu fachlichen & empathischen Fähigkeiten: D-K5 & G-K4
- Zum Image: D-K2 & G-K6

K4 Patientenfeedback auf Online-Bewertungsplattformen

- Zur Nutzung von Plattformen: D-K6 & G-K7
- Zur Einschätzung von Plattformen: D-K7 & G-K8