

Magisterarbeit
zur Erlangung des Titels Magistra Public Health (MPH)
im Ergänzungsstudiengang
Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen (Public Health)
an der Medizinischen Hochschule Hannover

**Wie Ärzte den „informierten Patienten“ in der Praxis erleben
Erfahrungen, Bewertungs- und Handlungsmuster
niedergelassener Mediziner im Umgang mit vorinformierten
Patienten – Ergebnisse einer qualitativen Befragung**

aus dem Studienschwerpunkt
Gesundheitsförderung und präventive Dienste

1. Gutachterin Prof. Dr. Marie-Luise Dierks
2. Gutachter Prof. Dr. Dr. Alf Trojan

vorgelegt von Julia Baumgart
Hannover, 1. März 2010

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Zum Hintergrund der Fragestellung: Arzt-Patient-Beziehung und vorinformierte Patienten	4
2.1. <i>Ärzte und Patienten – eine Beziehung im Wandel</i>	4
2.1.1. Komponenten der Arzt-Patient-Beziehung.....	4
2.1.2. Ursachen und Rahmenbedingungen des Wandels.....	5
2.1.3. Modelle der Arzt-Patient-Beziehung.....	8
2.1.4. Alltag der Arzt-Patient-Beziehung: Erwartungen und Erfahrungen.....	12
2.1.4.1. Zwischen Selbstverantwortung und Abhängigkeit: Die Perspektive der Patienten.....	12
2.1.4.2. Zwischen Empathie und Effizienz: Die Perspektive der Ärzte.....	15
2.1.5. Problemfelder und Potentiale der Arzt-Patient-Beziehung.....	19
2.2. <i>Patienten und ihr Umgang mit Gesundheitsinformationen</i>	23
2.2.1. Motive – Warum Patienten Gesundheitsinformationen suchen.....	24
2.2.2. Quellen – Wo sich Patienten informieren.....	28
2.2.3. Themen – Worüber sich Patienten informieren.....	30
2.3. <i>Vorinformierte Patienten in der Sprechstunde</i>	32
2.3.1. Wirkungen in der Arzt-Patient-Beziehung.....	32
2.3.2. Wirkungen auf Therapie und Prävention.....	37
2.3.3. Problemfelder: Informationsqualität, Nutzerkompetenz und soziale Barrieren.....	39
2.4. <i>Zusammenfassung und Ableitung der Fragestellung</i>	43
3. Zur Methode der empirischen Untersuchung	47
3.1. <i>Begründung des qualitativen Ansatzes</i>	47
3.2. <i>Die Befragungsmethode: Leitfadengestützte Experten-Interviews</i>	48
3.3. <i>Entwicklung des Leitfadens</i>	51
3.4. <i>Rekrutierung der Befragten</i>	52
3.5. <i>Zur Auswertungsmethode</i>	54
4. Darstellung der Ergebnisse	59
4.1. <i>Beschreibung der Stichprobe und des Interview-Materials</i>	60
4.2. <i>Vorinformationen als Thema in der Sprechstunde</i>	61
4.3. <i>Bewertung der Qualität der Vorinformationen und der Quellen</i>	63
4.4. <i>Konflikträchtige Effekte der Vorinformationen</i>	65
4.4.1. Überforderung und Verunsicherung der Patienten.....	65
4.4.2. Misstrauen und Spannungen in der Arzt-Patient-Beziehung.....	68
4.4.3. Dissens über Diagnostik und Therapie.....	72
4.4.4. Höhere Ansprüche der Patienten – mehr Arbeit für Ärzte.....	75
4.5. <i>Positive Effekte der Vorinformationen</i>	79
4.5.1. Erleichterte Arzt-Patient-Kooperation.....	79
4.5.2. Selbstverantwortung und Kontrolle für Patienten.....	81

4.5.3. Anregung und Herausforderung für Ärzte	83
4.5.4. Ökonomische Potentiale	86
4.6. <i>Ambivalent beurteilte Effekte der Vorinformationen</i>	87
4.7. <i>Handlungsmuster: Wie Ärzte mit vorinformierten Patienten umgehen</i>	90
4.7.1. Handlungsmuster „selber informieren“	90
4.7.2. Handlungsmuster „steuern“.....	92
4.7.3. Handlungsmuster „korrigieren und streiten“	95
4.7.4. Handlungsmuster „deuten“	97
4.7.5. Handlungsmuster „integrieren“	99
4.8. <i>Patientenbild und berufliches Selbstverständnis</i>	102
5. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	108
6. Literaturverzeichnis	118
Anhang.....	131
<i>Informationspapier für die Interviewpartner</i>	<i>131</i>
<i>Merkmale der Befragten</i>	<i>132</i>
<i>Leitfaden für die Interviews.....</i>	<i>133</i>
<i>Beispiel-Interview Gyn D</i>	<i>136</i>
Versicherung	152

Verzeichnis der Tabellen:

Tabelle 1: Modelle der Arzt-Patient-Beziehung.....	12
Tabelle 2: Beispiel für die Schritte der Kategorienbildung.....	57
Tabelle 3a: Merkmale der Befragten Gyn B bis Gyn G.....	132
Tabelle 3b: Merkmale der Befragten HA H bis HA L.....	132

1. Einleitung

Der Wandel der Arzt-Patient-Beziehung ist in den vergangenen Jahrzehnten intensiv erforscht worden. Dabei wurde immer wieder deutlich, dass sich zum einen in der Interaktion von Mediziner¹ und Patient¹ wie in einem Brennglas die Wirkungen der vielfältigen sozialen, politischen und ökonomischen Einflüsse auf das Gesundheitssystem zeigen und dass zum anderen gesundheitspolitische Konzepte sich hier durchsetzen oder scheitern können. Den Ärzten selber kommt dabei eine Schlüsselposition zu, da sie als „wichtiges, wenn nicht das wichtigste Bindeglied zwischen dem Gesundheitssystem und den Bürgern bzw. Patienten“ gelten können (Schmöller 2008, 15).

Ein wichtiger Einfluss der letzten Jahrzehnte im beschriebenen Sinn ist die fortschreitende Medialisierung des gesellschaftlichen Lebens, die sich mit dem Siegeszug des Internets noch einmal massiv verstärkt hat. Diese Medialisierung hat auch den Umgang mit Gesundheit und Krankheit erfasst und – im Verbund mit anderen Einflüssen politischer und ökonomischer Natur – zu einer neuen Rollenvielfalt in der Arzt-Patient-Beziehung geführt.

Viele Akteure des Gesundheitswesens propagieren dabei mittlerweile partnerschaftliche Konzepte der Interaktion zwischen Mediziner¹ und Patient¹. Expertengremien wie der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen messen in diesem Zusammenhang dem Ideal des „informierten Patienten“ eine große Bedeutung bei und betonen die Notwendigkeit entsprechender Informationsangebote:

„Inhaltlich korrekte und verständliche Informationen zu allen Aspekten des Gesundbleibens, der Bewältigung von Krankheit und des Lebens mit ‚bedingter Gesundheit‘ sind notwendige (wenngleich meist nicht hinreichende) Bestandteile einer zeitgemäßen Prävention und Krankenversorgung sowie Voraussetzung für die Umsetzung von Konzepten, die auf ‚Selbstverantwortung‘, auf den ‚Patienten als Koproduzenten von Gesundheit‘ sowie auf ‚empowerment‘ abzielen.“ (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003, 103)

Der „informierte Patient“ ist in diesem Verständnis das Pendant zum mündigen Bürger und wird als eine wichtige Voraussetzung für ein modernes und zukunftsfähiges Gesundheitssystem bewertet. Zudem zeigen Studien, dass die Arzt-Patient-Beziehung einen wichtigen Faktor für Erfolg und Effizienz von Prävention und Therapie darstellt: So kann eine gelungene patientenorientierte

¹ Hier wie im ganzen folgenden Text sind in der männlichen Form weibliche Personen grundsätzlich mitgemeint. Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die doppelte Form verzichtet.

Kommunikation Outcomes wie Lebensqualität und Compliance der Patienten, aber auch ihr Inanspruchnahmeverhalten sowie einzelne physiologische Parameter und Krankheitssymptome positiv beeinflussen.

Damit wird aus gesundheitspolitischen wie versorgungspraktischen Erwägungen die Frage wichtig, wie sich das Ideal des „informierten Patienten“ im Versorgungsalltag realisiert. Dies hängt angesichts der erwähnten Schlüsselposition der Ärzte wesentlich davon ab, ob diese fähig und bereit sind, offen und kompetent mit den Informationen umzugehen, die sich Patienten außerhalb der Sprechstunde zu Diagnostik, Therapie, Prävention und zum Versorgungssystem verschaffen.

Allerdings zeigt der Blick auf die Forschung, dass die Perspektive der Patienten – ihre Erfahrungen, Erwartungen und Bewertungen im Zusammenhang mit Gesundheitsinformationen – bislang deutlich umfangreicher untersucht wurde als die der Ärzte. Der so genannte „physician factor“ ist vor allem in der deutschen Forschung zu versorgungsrelevanten Fragen wie der nach dem ärztlichen Umgang mit vorinformierten Patienten bislang eher unterbelichtet geblieben (vgl. Gothe et al. 2007; Lehmann et al. 2009; Rockenbauch 2009). Die vorliegende Arbeit verfolgt daher das Ziel, jene Erfahrungen, Einstellungen und Verhaltensweisen von Medizinerinnen genauer zu erfassen, die den Umgang mit eigenständig informierten Patienten prägen. Dabei geht es auch darum zu erkennen, welche Faktoren die Integration dieser externen Informationen in die Arzt-Patient-Interaktion fördern oder hemmen könnten.

Es darf als offene Frage gelten, ob sich im Umgang mit vorinformierten Patienten das Fazit einer aktuellen Untersuchung zum Selbst- und Rollenverständnis deutscher Mediziner bestätigt, in dem es heißt: „Den ‚neuen Patienten‘ treten (...) zunehmend ‚neue Ärzte‘ gegenüber.“ (Schmöller 2008, 58). Denn das Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten ist traditionell ein hierarchisches, in dem Veränderungen hin zu mehr Partnerschaftlichkeit eine nicht zu unterschätzende Herausforderung für *alle* Beteiligten bedeuten – ganz besonders aber für die Mediziner, weil der Wandel ihrer Expertenrolle auch einen potentiellen Machtverlust in sich trägt. Es ist vor diesem Hintergrund naheliegend, dass entsprechende Veränderungen auch Gegenkräfte mobilisieren. Daher dürfte es nicht überraschen, dass in der gesundheitspolitischen Diskussion neben den positiven auch kritische Bewertungen zum Phänomen des „informierten Patienten“ anzutreffen sind, in denen zum Beispiel beklagt wird, dass

„in den Laienköpfen akademisches Halbwissen [gedeiht], genährt durch Gesundheitsmagazine, Ratgebersendungen, Bücher, notorische Arztserien, Selbsthilfegruppen oder das Internet. Zugespitzt könnte man sagen: Viele Menschen wissen heute nicht zu wenig über Medizin, sondern zu viel – nur

leider das Falsche. Wo sich früher in der Praxis ein Studierter und ein Laie gegenübermaßen, begegnet man sich heute als Experte und Halbexperte. Diese Konstellation garantiert Missverständnisse und Enttäuschungen.“
(Albrecht 2006, 17)

Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen die Einschätzung erleichtern, ob solche Urteile der Mehrheitsmeinung derer entsprechen, die als behandelnde Ärzte in ihrem Berufsalltag mit allen Varianten des „informierten Patienten“ konfrontiert werden. Die Formulierung „in der Praxis“ aus dem Titel dieser Arbeit hat dabei eine doppelte Bedeutung: Zum einen soll das Ideal mit dem konfrontiert werden, was aus ärztlicher Sicht davon in der Alltagsrealität ankommt. Zum anderen geht es konkret um das, was sich im Rahmen der Sprechstunde in den Arzt-Praxen abspielt, denn im Mittelpunkt des empirischen Teils der Untersuchung stehen Interviews mit niedergelassenen Medizinerinnen.

Im Hintergrundteil wird aber zunächst mit Blick auf die einschlägige Forschung der Rahmen dargestellt, in den die Interaktion von Ärzten und vorinformierten Patienten eingebettet ist. Dazu gehört grundlegend der Wandel der Arzt-Patient-Beziehung in den vergangenen Jahrzehnten, seine Ursachen und Folgen (Abschnitt 2.1.). Daran anknüpfend steht der Forschungsstand zum Umgang der Patienten mit dem breiten, unterschiedlich qualitätvollen Angebot an Gesundheitsinformationen im Mittelpunkt, das ihnen mittlerweile zur Verfügung steht; dabei geht es um die Motive der Informationssuche, die Quellen und die bevorzugten Themen (Abschnitt 2.2.). Schließlich ist von Interesse, welche Wirkungen des eigenständigen Informationshandelns der Patienten auf die Arzt-Patient-Beziehung, sowie auf Therapie und Prävention in entsprechenden Studien nachzuweisen sind und welche Problemfelder sich dabei auftun (Abschnitt 2.3.).

Nach einer Zusammenfassung des bisherigen Forschungsstandes und der Ableitung der konkreten Fragestellungen der vorliegenden Arbeit (Abschnitt 2.4.) werden die Methoden des empirischen Teils beschrieben (3. Kapitel): Für diesen wurden qualitative leitfadengestützte Experten-Interviews mit insgesamt elf ambulant tätigen Gynäkologen und Hausärzten geführt und anschließend einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Als Resultat der Auswertung werden die aus den Interviews rekonstruierten Erfahrungen, Bewertungs- und Handlungsmuster der befragten Ärzte im Umgang mit vorinformierten Patienten ausführlich dargestellt (4. Kapitel). Die Ergebnisse werden zuletzt abschließend zusammengefasst, mit Aspekten des bisherigen Forschungsstandes in Beziehung gesetzt und mögliche praktische Konsequenzen beschrieben (5. Kapitel).

Mein besonderer Dank gilt den Interviewpartnern, die sich für die Gespräche in ihrem dicht gedrängten Alltag Zeit genommen haben und mir sehr offen und konzentriert Rede und Antwort standen.

2. Zum Hintergrund der Fragestellung: Arzt-Patient-Beziehung und vorinformierte Patienten

2.1. Ärzte und Patienten – eine Beziehung im Wandel

2.1.1. Komponenten der Arzt-Patient-Beziehung

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient entfaltet sich als soziale Beziehung unter dem Einfluss vielfältiger Einflussfaktoren und ihrer Wechselwirkungen (vgl. zum Folgenden Buddeberg 2004, 75-94, 330-359, 375-382, 557-559; Siegrist 2005, 225-272). Von außen auf diese Beziehung wirken etwa gesetzliche Vorgaben und vertragliche Vereinbarungen, aber auch ethische Prinzipien und Standesregeln der Ärzte. Darüber hinaus bilden die organisatorischen und finanziellen Strukturen des Gesundheitssystems den äußeren Rahmen, in dem sich die einzelne Arzt-Patient-Beziehung realisiert. Sowohl Ärzte als auch Patienten sind außerdem soziokulturellen Prägungen unterworfen, die ihre Interaktion beeinflussen, z.B. durch soziale oder ethnisch-kulturelle Unterschiede, die sich auf das Krankheitsverständnis, den Sprachcode und nicht zuletzt auch auf Kompetenzen im Bereich Kommunikation und Information auswirken.

Die Arzt-Patient-Beziehung ist weiter bestimmt durch die Rollen, die Ärzte und Patienten darin ausfüllen bzw. die ihnen zugewiesen sind. Kennzeichen dieser Rollen und der sie konstituierenden Anforderungen sind auf der Seite der Ärzte u.a. ihre fachliche Kompetenz, der ethisch verantwortungsvolle Umgang mit den Patienten und die Bereitschaft zu fachgerechter Hilfe unabhängig von Sympathie, Antipathie oder sozialer Stellung des Gegenübers. Die Rolle eines Patienten ist meistens, aber nicht immer die eines Kranken (im Bereich Prävention und Früherkennung geht es oft um gesunde Patienten). Dieser hat Recht auf Schutz bzw. Versorgung und ist befreit von bestimmten sozialen Pflichten (z.B. zur Arbeit). Gleichzeitig wird von ihm erwartet, zur Genesung beizutragen und Hilfe in Anspruch zu nehmen.

In der Arzt-Patient-Beziehung herrscht eine grundsätzliche Asymmetrie, die nicht vollständig und dauerhaft aufzulösen ist, aber sich verschieben kann. Sie speist sich aus strukturellen Macht-Diskrepanzen, die eng mit den beschriebenen Rollenverteilungen zusammenhängen. Wesentlich ist dabei die Expertenmacht des Arztes, die sich aus seinem fachlichen Wissensvorsprung ableitet, während der Patient als Laie wie als Hilfsbedürftiger latent in einer schwächeren Position ist. Doch auch die gesellschaftliche Definitionsmacht (u.a. durch die Zuweisung des Krankenstatus und damit zusammenhängender Rechte) und die Steuerungsmacht (durch die Ausgestaltung der konkreten Interaktionssituation z.B. im Sprechzimmer) verschaffen den Ärzten eine prinzipiell stärkere Machtposition als ihren Patienten.

Kommunikation spielt in der Arzt-Patient-Beziehung eine zentrale Rolle. Dabei verschränken sich Inhalts- und Beziehungsebene. Außerdem mischen sich verbale mit non-verbale, symmetrische mit asymmetrischen Formen der Kommunikation. Auch der für die vorliegende Arbeit zentrale Aspekt des Umgangs mit Informationen berührt sowohl die Inhalts- als auch die Beziehungsebene und entfaltet dabei emotionale, kognitive (d.h. verständnisbetonte) und pragmatische (d.h. handlungsbetonte) Effekte. Gleichzeitig unterliegt der Umgang mit Informationen all jenen Einflüssen auf die Arzt-Patient-Beziehung, die oben skizziert worden sind.

Die hier nur knapp dargestellten Komponenten der Arzt-Patient-Beziehung sind konstitutionell, d.h. sie bilden den Rahmen, der diese Beziehung grundsätzlich kennzeichnet. Doch gleichzeitig unterliegen diese Komponenten dem historischen Wandel (vgl. Hillebrand 2008, Schmöller 2008) und haben sich in ihrer konkreten Ausprägung in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Im Folgenden sollen diese Veränderungen und ihre Auslöser beschrieben werden.

2.1.2. Ursachen und Rahmenbedingungen des Wandels

Der Wandel der Arzt-Patient-Beziehung ist mit monokausalen Ursache-Wirkungs-Beschreibungen nicht zu erfassen. Denn ihm liegt ein ganzes Geflecht gesellschaftlicher, politischer und ökonomischer Ursachen zugrunde, aus dem sich vielfältige Effekte, Wechsel- und Rückwirkungen ergeben. Diese Vielfalt erschwert eine eindeutige Beschreibung des Wandels und seiner Folgen. Dabei ist diese Schwierigkeit selbst Abbild jener Entwicklung, die neben anderen gesellschaftlichen Systemen und Beziehungen auch die Arzt-Patient-Beziehung verändert hat.

Denn typisch dafür ist die abnehmende Eindeutigkeit von Wissen, Werten und Normen. Dieses „Ende der Eindeutigkeit“ (Baumann 1992) verbindet unterschiedliche gesellschaftliche Phänomene, die unter Schlagworten wie „Demokratisierung“, „Pluralisierung“ oder auch „Individualisierung“ vielfach beschrieben worden sind (z.B. Gumbrecht 1978; Beck 1986; Beck/Beck-Gernsheim 1994). In sozialen Beziehungen wie der zwischen Arzt und Patient vervielfältigen sich unter solchen Einflüssen die Gestaltungsoptionen – Rollen und Beziehungsmuster sind weniger vordefiniert, sondern verhandelbar, also immer neu auszuloten und zu begründen.

Phänomene dieser Art sind charakteristische Kennzeichen der Moderne und haben sich in verschiedenen Entwicklungsschritten historisch immer deutlicher herausgebildet (Gumbrecht 1978). In der Gesellschaft der Bundesrepublik bewirkte die 68er-Bewegung mit ihren demokratisierenden, autoritätskritischen Impulsen in diesem Sinn einen besonders deutlichen Modernisierungsschub. Parallel zum

Bildungssystem, der Familie, der Arbeitswelt und dem Verhältnis der Geschlechter änderte sich unter diesen Einflüssen auch das Gesundheitssystem nachhaltig (Dieterich 2006; Dierks et al. 2001; Klemperer 2003). In allen genannten Bereichen wurden hierarchische, asymmetrische Beziehungen hinterfragt, emanzipatorische Forderungen nach Mitbestimmung erhoben und in vieler Hinsicht auch nach und nach erfüllt. Für die Arzt-Patient-Beziehung ist dabei die Entwicklung von paternalistischen zu partnerschaftlicheren Konzepten zentral (dazu genauer in Abschnitt 2.1.3.).

Diesen Wandel haben auch veränderte Paradigmen innerhalb der Medizin selbst befördert. So ist das biomedizinische Modell, das von einem rein naturwissenschaftlichen, eher mechanistischen Verständnis von Krankheit und Gesundheit geprägt ist, durch das biopsychosoziale Konzept nicht ganz abgelöst, aber stark zurückgedrängt worden (Klemperer 2003, Egger 2005). Darin spielt die subjektive Perspektive der Patienten eine wichtige Rolle und erhält damit auch in der Arzt-Patient-Beziehung einen größeren Stellenwert.

Auch der medizinische Fortschritt hat der Arzt-Patient-Beziehung neue Ansprüche aufgeladen und paradoxerweise einen „partiellen Vertrauensverlust“ gegenüber der Medizin bewirkt (Klemperer 2003, 9). Denn die rasante Zunahme therapeutischer und diagnostischer, oft zunächst gleichwertig erscheinender Optionen führt immer wieder zur „Qual der Wahl“, bei der viele Entscheidungen mit Unsicherheit behaftet sind. Parallel und in Reaktion auf die Zunahme der Optionen haben Wissenschaftler exaktere Instrumente entwickelt, um medizinische Methoden kritisch zu bewerten. Die evidenzbasierte Medizin ist der deutlichste Ausdruck dieser Entwicklung (Klemperer 2003; Badura/Strodtholz 2003; Helou 2003; Perleth 2003; Sängler 2005; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002, 65-73). Auch sie ist Teil des medizinischen Fortschrittes – und hat ähnlich paradoxe Wirkungen: Denn ihre Methoden können (und sollen) neues Vertrauen schaffen, zerstören aber für Ärzte und Patienten auch traditionelle Sicherheiten – weil die Ansprüche an die Legitimation von medizinischem Wissen und medizinischen Entscheidungen steigen.

Weitere den Wandel der Arzt-Patient-Beziehung beeinflussende Faktoren aus dem engeren Bereich der Medizin selbst betreffen das veränderte Krankheitsspektrum: Der höhere Anteil alter und hochbetagter Menschen an der Bevölkerung und die damit verbundene wachsende Zahl multimorbider und chronisch Kranker (Robert-Koch-Institut 2009) bewirkt andere Beziehungen zwischen Ärzten und Patienten (auch wenn der Zuwachs möglicherweise moderater ausfällt als oft prognostiziert, vgl. Schwartz/Walter 2003, 172f.). Die kontinuierliche Begleitung nicht vollständig therapierbarer Krankheiten wird wichtiger – und wirft in der Arzt-Patient-Kommunikation immer neue Fragen zu präventiven und therapeutischen Optionen auf.

Einflüsse auf die Arzt-Patient-Beziehung aus dem medizinischen Feld selber ergänzen und verstärken sich durch solche aus der Politik. Patientenorientierung ist dabei zu einem Leitbild geworden, das mittlerweile die meisten gesundheitspolitischen Akteure propagieren und das zunehmend in die Gesetzgebung eingeflossen ist. (Dierks et al. 2001; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002, 20, 40-46, 80; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003, 87-130; Trojan 2003; Hart 2003; Härter et al. 2005, 53-135; Dieterich 2006). Wichtige konkrete Folgen sind erweiterte Patientenrechte, eine Aufwertung der Patientenperspektive im Rahmen der Qualitätssicherung, die Berufung einer Patientenbeauftragten der Bundesregierung seit 2004 und die verstärkte Beteiligung von Patientenvertretern in gesundheitspolitischen Gremien wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss. (Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium der Justiz 2007; zur Qualitätssicherung Sozialgesetzbuch 2008, V, §§ 135-139c).

Auch die seit 2000 gesetzlich vorgeschriebene Förderung von Patientenberatungsstellen durch die Krankenkassen (Sozialgesetzbuch 2008, V, § 65b) ist hier zu nennen. Darüber hinaus werden von allen Akteuren bessere Informationsangebote mittlerweile als wichtiger Schritt auf dem Weg zu verstärkter Patientenorientierung angesehen und bereitgestellt. Hinzu kommt ein vor allem durch das Internet gewachsenes Angebot in den Medien (Hurrelmann/Leppin 2001; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003, 96, 102f.; Dierks et al. 2001, 119-147; Dierks et al. 2003; Roski/Schikorra 2009;). Die somit stark erweiterten Informationsmöglichkeiten sind ein weiterer (und für diese Arbeit zentraler) Faktor für den Wandel im Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten.

Dabei ist auch die explizite Forderung nach einer veränderten Arzt-Patient-Beziehung zunehmend auf die politische Agenda gerückt. So formulierte bereits 1992 der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen: „An die Stelle des ‚benevolenten Paternalismus‘ muss als zeitgemäße Form der Arzt-Patient-Beziehung ein ‚Partnerschaftsmodell‘ treten“ (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1992, 363) und präziserte entsprechende Vorschläge in späteren Gutachten. Dabei spielte die verbesserte Information der Patienten eine wichtige Rolle (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002, 40-46, 80; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003, 91-94, 102-130).

Auffallend ist, dass die Demokratisierung der Arzt-Patient-Beziehung zunächst vor allem von den Betroffenen auf der Mikroebene – also vielen Patienten und wenigen besonders engagierten Ärzten – forciert wurde. Gesundheitspolitische Akteure der Meso- und Makroebene griffen diese Impulse erst auf, als der Kostendruck im Gesundheitswesen zunahm und dadurch die Ökonomisierung des Systems voran schritt. Ein wichtiger Grund dafür ist, dass Patienten sich seit Ende der achtziger

Jahre zunehmend an den steigenden Behandlungskosten beteiligen müssen (Robert-Koch-Institut 2009; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002, 20 f.)². Dadurch haben ihre Forderungen nach mehr Rechten, politischer Beteiligung und einer gleichberechtigteren Arzt-Patient-Beziehung eine neue Legitimation erfahren.

So sind mittlerweile im Zuge der Umstrukturierung des Gesundheitswesens demokratisierende mit ökonomischen Impulsen eng miteinander verzahnt. Die zunehmende Patientenorientierung und der Wandel der Arzt-Patient-Beziehung haben dadurch ein ambivalenteres Gesicht bekommen (Dierks et al. 2001, 14-21; Dieterich 2006): Neben vielen Chancen für eine qualitativ verbesserte Versorgung tragen die neuen Leitbilder die Gefahr in sich, für eine radikale Marktorientierung des Gesundheitssystems funktionalisiert zu werden, wenn die wachsende Mit-Verantwortung der Patienten nicht von strukturellen Maßnahmen unterstützt und damit zu stark individualisiert würde.

2.1.3. Modelle der Arzt-Patient-Beziehung

Modelle der Arzt-Patient-Beziehung sind zwar idealtypische Konstruktionen und beschreiben daher nicht die Realität. Dennoch sind sie hilfreich zum Verständnis des realen Wandels – denn die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit ihnen (und vor allem die Entwicklung neuer Modelle) ist gleichermaßen Abbild wie Motor der Veränderungen der Interaktionsmuster. Daher sollen die Grundzüge der wichtigsten in der Forschung diskutierten Modelle kurz dargestellt werden.

Auch wenn es in der Flut der Literatur zu diesem Thema mittlerweile diverse neue Varianten der Systematik gibt (z.B. Krones/Richter 2008; Klemperer 2005a)³, lassen sich – mit leichten Abwandlungen Charles et al. folgend – drei Grundmodelle beschreiben, die bezogen auf den Umgang mit Informationen und mit Entscheidungen am deutlichsten voneinander abzugrenzen sind (Charles et al. 1997, 1999a, 1999b; Klemperer 2003, 2005a)⁴:

- Das paternalistische Modell
- Das autonome (bzw. informative) Modell
- Das partnerschaftliche Modell bzw. Shared Decision Making (SDM; auch Partizipative oder Partnerschaftliche Entscheidungsfindung; PEF)

² Zwischen 1989 und 2004 wurden fünfmal neue Zuzahlungsmodalitäten für Patienten beschlossen, gleichzeitig aber immer wieder Leistungen der Gesetzlichen Krankenkassen reduziert (Robert-Koch-Institut 2009, 12 f.).

³ Klemperer 2005a beschreibt in seiner Systematik fünf Modelle und fasst dabei Konzepte von Emanuel/Emanuel 1992 (dargestellt bei Klemperer 2003, 13-16) und von Charles et al. 1997, 1999a zusammen. Die Trennschärfe dieser kombinierten Systematik ist aber zum Teil unbefriedigend.

⁴ Die Charakteristik und Bezeichnung der Modelle bei Charles et al. 1997 unterscheidet sich noch etwas von denen in den nachfolgenden Arbeiten, enthält aber bereits wesentliche Grundzüge.

Paternalistisches Modell

Dieses Modell entspricht am stärksten dem alten Bild des „Halbgottes in Weiß“. Die Beziehungskonstellation ist hierarchisch und extrem asymmetrisch: Der Arzt ist ganz Herr des diagnostischen und therapeutischen Geschehens. Entscheidungen fällt er allein und nur nach Maßgabe seines Experten-Wissens, der Patient ist passiver Empfänger der Hilfe, der Fürsorge⁵ und aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die der Arzt für richtig hält.

Implizit fußt dieses Modell besonders entschieden auf dem biomedizinischen Konzept – denn grundlegend ist hier die Annahme objektiv feststellbarer Krankheitsursachen und ebenso objektiver Kriterien für die daraus abzuleitenden Behandlungsschritte. Subjektive psychosoziale Faktoren von Patientenseite spielen ebensowenig eine Rolle wie die Werte und Präferenzen des Patienten. Dementsprechend liegt auch die Informationshoheit beim Arzt: Er wertet Informationen aus, die er für relevant hält und selektiert sie für den Patienten, wie es ihm sinnvoll erscheint. Insgesamt ist das Verhalten des Arztes direktiv.

Das paternalistische Modell gilt heute den meisten Akteuren angesichts der oben beschriebenen Entwicklungen als anachronistisch und hat somit als Leitbild ausgedient. Allerdings gibt es durchaus Patienten, die grundsätzlich oder situationsbezogen (z.B. je nach Behandlungsanlass und/oder Krankheitsverlauf) eine paternalistisch gestaltete Beziehung zu ihrem Arzt bevorzugen (Bertelsmann Stiftung/Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen 2005; vgl. dazu ausführlicher 2.1.4.1.). Nicht zuletzt gibt es für den Arzt in Nofallsituationen oft keine andere sinnvolle Möglichkeit, als paternalistisch zu entscheiden und zu handeln.

Autonomes (bzw. informatives) Modell

Das informative Modell nach Charles et al. (Charles et al. 1997, 1999a, 1999b) ist bezogen auf den Umgang mit Entscheidungen das spiegelbildliche Extrem zum paternalistischen Konzept: Der Arzt informiert, der Patient entscheidet allein. Wie im paternalistischen Modell fehlt also auch hier ein (Informations-)Austausch im eigentlichen Sinn.

Im Zentrum stehen dabei objektive wissenschaftlich-medizinische Informationen, die nicht in Beziehung gesetzt werden zur individuellen Situation des Patienten oder eventuell schwankender Werte und Präferenzen auf seiner Seite. Auch in diesem Modell dominiert also das biomedizinische Konzept. Auffallend ist zudem ein sehr idealisiertes, eindimensionales Verständnis der Effekte von Informationen: nämlich die Vorstellung, dass ein qualitatives und quantitatives Maximum an Information

⁵ Oft wird daher auch vom „benevolenten Paternalismus“ gesprochen (vgl. Dierks et al. 2001, 7-9)

automatisch zu klaren Entscheidungen des Patienten führt. Die Rolle des Arztes wird dabei stark auf die eines Technikers reduziert, der als eine Art Info-Broker im Dienste seines Patienten steht; Empathie und eine über das rein Medizinische hinausgehende Beratung sind dabei nicht vorgesehen.

Die Stellung des Patienten ist im informativen Modell dagegen durch sehr widersprüchliche Tendenzen charakterisiert: Seine Rolle im Entscheidungsprozess ist äußerst aktiv und autonom, im Umgang mit Informationen aber sehr passiv und von großem Vertrauen auf das Expertenwissen des Arztes geprägt. Doch ein Patient, der dem Arzt keine Autorität in Sachen Entscheidungen zugesteht, wird auch dessen Informationen kaum voll vertrauen und sie immer intensiv aus anderen Quellen ergänzen. Dieser Gegensatz scheint daher schon auf der theoretischen Ebene fragwürdig und dürfte praktisch eine besonders geringe Rolle spielen.

Realitätsnäher und damit präziser ist daher eine leichte, aber entscheidende Abwandlung des informativen Konzeptes, das als „autonomes Modell“ bezeichnet werden kann. Es geht von einem auch in Sachen Informationen autonom orientierten Patienten aus: Er entscheidet zwar allein, bedient sich dafür aber sowohl der ärztlichen als auch der Informationen Dritter (über die er sich allerdings mit dem behandelnden Arzt nicht weiter austauscht).⁶

Das partnerschaftliche Modell bzw. Shared Decision Making (SDM)

Das partnerschaftliche Modell stammt ursprünglich aus der Bildungsarbeit und wurde ab Mitte der achtziger Jahre auf die Medizin übertragen, wo es zunächst vor allem für Patienten mit chronischen Krankheiten weiter entwickelt wurde (Rockenbauch et al. 2009). Mittlerweile gilt Partnerschaftlichkeit grundsätzlich als Leitbild der Modernisierung im Gesundheitswesen im Allgemeinen und für den Umgang von Arzt und Patient im Besonderen (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003, 87-130).⁷

Was den Prozess der Interaktion und der Entscheidung angeht, steht das Konzept des Shared Decision Making zwischen den beiden bisher beschriebenen Modellen. Charles et al. beschreiben dafür vier grundsätzliche Charakteristika (Charles et al. 1999a, 685-688):

⁶ Vgl. zum Konzept des autonomen Patienten Dierks et al. 2001, 2-21; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003, 88f.; außerdem Dierks/Seidel 2005, 39 (dort wird deutlich, dass Patienten, die autonom entscheiden wollen, nicht-ärztliche Informationsquellen am intensivsten nutzen).

⁷ Das kam unter anderem in dem Förderschwerpunkt „Patient als Partner“ zum Ausdruck, mit dem das Bundesgesundheitsministerium ab 2001 eine Reihe von Modellprojekten zum Shared Decision Making initiierte (Härter et al. 2005); in anderen europäischen Ländern ist die politische Unterstützung für partnerschaftliche Konzepte allerdings größer (Coulter/Magee 2003).

1. Arzt (oder mehrere Ärzte) und Patient (und eventuell Angehörige bzw. andere Vertraute) sind gleichermaßen am Entscheidungsprozess beteiligt
2. Beide Seiten unternehmen aktiv Schritte, um zu einer Entscheidung zu gelangen⁸
3. Austausch von und über Informationen ist eine Grundvoraussetzung für SDM
4. Am Ende des Prozesses steht eine Entscheidung, der beide Seiten zustimmen

SDM ist prinzipiell das flexibelste der drei beschriebenen Beziehungsmuster. Denn situations- bzw. krankheitsbedingte Schwankungen der Patientenpräferenzen können und sollen hier auch in Bezug auf die Entscheidungsform berücksichtigt werden: Wünscht ein Patient prinzipiell, beteiligt zu werden und möchte trotzdem bei bestimmten Teilentscheidungen, dass der Arzt diese für ihn trifft, ist dies dennoch eine partnerschaftliche Entscheidung (sie bezieht sich nur auf die nächsthöhere Ebene, sozusagen auf die Entscheidung über die Entscheidungsform). In diesem Sinne ist im SDM-Prozess der Austausch darüber zentral, wieviel Beteiligung der einzelne Patient jeweils situations- und krankheitsbezogen wünscht. Da diese Präferenzen gerade bei längeren Krankheitsverläufen nicht konsistent sind, sollen sie immer wieder ausgelotet werden (Charles et al. 1999a; Dierks/Seidel 2005; Merten/Bührung 2007).

Für den Umgang mit Informationen sind im SDM-Konzept mehrere Punkte wichtig: Zum einen fließen die Informationen im partnerschaftlichen Entscheidungsprozess in beide Richtungen – vom Arzt zum Patienten, aber notwendig auch vom Patienten zum Arzt. Außerdem ist der Begriff der Information breiter gefasst: Relevant sind nicht nur medizinische Informationen im engeren Sinn, sondern auch solche über psychische oder soziale Fragen. Ausdrücklich nennen Charles et al. in diesem Zusammenhang auch einen Punkt, den man „Information über Informationen“ nennen könnte (Charles et al. 1999b, 654): Teil eines gelungenen SDM-Prozesses ist demnach, dass Patienten ihren Ärzten von den Informationen rund um ihr Beschwerdebild berichten, die sie aus anderen Quellen als der des behandelnden Arztes bezogen haben. Und auch die Vorstellungen, Ängste, Hoffnungen der Patienten in Bezug auf Behandlungsoptionen, Krankheitsursachen und -folgen sollen hier zur Sprache kommen.

Geteilte Informationen sind also ein wesentliches Merkmal der partnerschaftlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient, die dem Modell des SDM zugrunde liegt. Der Austausch darüber ist Dreh- und Angelpunkt der hier angestrebten größtmöglichen Gleichberechtigung beider Seiten, mit deren Hilfe die Asymmetrie der Beziehung so weit wie möglich reduziert werden soll.

⁸ Zu den Schritten im Einzelnen vgl. Charles et al. 1999b und Loh/Härter 2005.

Die folgende Tabelle fasst noch einmal die wichtigsten Merkmale der oben beschriebenen Modelle zusammen (Tabelle 1):

	Paternalistisches Modell	Shared Decision Making	Informatives bzw. autonomes Modell
Informationsfluss	hauptsächlich eine Richtung: Arzt → Patient	zwei Richtungen: Arzt → Patient, Patient → Arzt	Arzt → Patient (ergänzt durch Informationen Dritter auf Patientenseite)
Art der Information	wissenschaftlich-objektiv, medizinisch	wissenschaftlich-objektiv, medizinisch; subjektiv, psychosozial	wissenschaftlich-objektiv, medizinisch
Auswertung der Information	Arzt/Ärzte	Arzt/Ärzte und Patient (evt. mit Vertrauten)	Patient (evt. mit Vertrauten)
Entscheidung durch...	Arzt/Ärzte	Arzt/Ärzte und Patient (evt. mit Vertrauten)	Patient (evt. mit Vertrauten)
Medizinisches Konzept	biomedizinisch	biopsychosozial	biomedizinisch

Tabelle 1: Modelle der Arzt-Patient-Beziehung (ergänzt nach Charles et.al. 1999a, 781)

2.1.4. Alltag der Arzt-Patient-Beziehung: Erwartungen und Erfahrungen

Anhang der beschriebenen Modelle zur Arzt-Patient-Beziehung soll im Folgenden genauer beleuchtet werden, wie sich die Realität dazu verhält. Dabei wird sich zeigen, dass von *der* Realität hier nur eingeschränkt die Rede sein kann, weil sie sich für Ärzte und Patienten zum Teil sehr unterschiedlich darstellt. Im Mittelpunkt steht die Frage, was Ärzte und Patienten jeweils von der Arzt-Patient-Interaktion erwarten und inwiefern sie diese Erwartungen erfüllt oder nicht erfüllt sehen. Für das Thema dieser Arbeit sind dabei insbesondere mögliche Spannungsfelder im Umgang mit Informationen wichtig. Denn Defizite in diesem Bereich dürften einen wesentlichen Einfluss darauf haben, ob und wie Patienten Informationsquellen außerhalb der Arzt-Patient-Begegnung nutzen.

2.1.4.1. Zwischen Selbstverantwortung und Abhängigkeit: Die Perspektive der Patienten

In der Forschung zur Arzt-Patient-Beziehung nimmt das Konzept des SDM seit einigen Jahren breiten Raum ein. Im Mittelpunkt steht dabei meist die Frage: Wie viele und welche Patienten wünschen sich eine partnerschaftliche Beziehung zu ihren Ärzten und was verstehen sie darunter?

In den Antworten zeigt sich seit einigen Jahren eine gewisse Konstanz (Nebling/Fließgarten 2009; Coulter/Magee 2003, 46-48; Dierks/Seidel 2005; Isfort et

al. 2004; Isfort et al. 2007): Mehr als die Hälfte der deutschen Patienten – je nach Umfrage zwischen 57 und 77 Prozent – wünschen sich demnach eine Interaktion mit ihrem Arzt, in der sie in den Entscheidungsprozess einbezogen werden; im europäischen Vergleich sind diese Werte besonders hoch. Das autonome Modell der alleinigen Patientenentscheidung bevorzugen je nach Umfrage 11 bis 29 Prozent der Befragten, das paternalistische Modell des allein entscheidenden Arztes 6 bis 27 Prozent. Die Werte für das paternalistische Konzept haben dabei in den vergangenen Jahren deutlich abgenommen und liegen oft unter 10 Prozent, die Werte für das autonome Modell sind tendenziell gestiegen.

Jüngere und höher gebildete Befragte bevorzugen häufiger partnerschaftliche Konzepte als Ältere und Menschen mit schlechterer Bildung (Klemperer/Rosenwirth 2005a). Was den krankheitsspezifischen Einfluss angeht, sind die Ergebnisse uneinheitlich. Insbesondere die Frage, ob chronisch Kranke sich häufiger an Entscheidungen beteiligen wollen, ist nicht eindeutig geklärt. Hier spielt eventuell eine Rolle, dass Entscheidungspräferenzen schwanken und dabei abhängig sind vom Anlass für den jeweiligen Arztbesuch, vom Krankheitsverlauf und anderen situationsbezogenen Faktoren (Butzlaff et al. 2003; Klemperer/Rosenwirth 2005a, Dierks/Seidel 2005; Nebling/Fließgarten 2009; Simon/Härter 2009).⁹ Da bei chronisch Kranken diese Faktoren besonders stark variieren können (u.a. wegen der höheren Zahl an Arztbesuchen) sind eventuell auch die Entscheidungspräferenzen entsprechend variabel.

Grundsätzlich sind partnerschaftliche Modelle jedenfalls für die Mehrheit der Patienten attraktiv. Doch die Zahlen müssen auch anders herum gelesen werden: Eine relativ große Gruppe steht demnach partnerschaftlichen Konzepten zumindest reserviert gegenüber – nämlich ein Viertel bis knapp die Hälfte der jeweils Befragten. Wichtig ist außerdem, dass die jeweiligen Präferenzen in Sachen Informationen und Mitbestimmung nicht Hand in Hand gehen – der Wunsch nach Informationen ist deutlich verbreiteter als der nach Beteiligung an Entscheidungen (Krones/Richter 2008). Das heißt, auch Patienten, deren Präferenzen eher dem paternalistischen Modell entsprechen, wollen oft umfassende Aufklärung. Die am häufigsten genutzte Informationsquelle bleibt allerdings der Arzt selbst, und zwar unabhängig von der jeweiligen Entscheidungspräferenz: Drei von vier Patienten lassen sich (zumindest auch) von ihrem Arzt informieren; Informationen aus den Medien oder dem sozialen Umfeld werden dagegen weit weniger genutzt (Dierks/Seidel 2005).

Insgesamt zählen sowohl die gelungene Kommunikation als auch das Bedürfnis nach Informationen zu den wichtigsten Erwartungen, mit denen fast alle (also auch

⁹ Dies ist auch einer der Gründe, weshalb Aussagen über Präferenzen für bestimmte Interaktionsmodelle nicht immer identisch sind mit dem Verhalten in konkreten Arzt-Patient-Begegnung. Vor diesem Hintergrund geben diese Aussagen Tendenzen wieder, sind aber als Abbild der Realität vorsichtig zu bewerten (vgl. Dierks/Seidel 2005)

die autonom oder paternalistisch orientierten) Patienten in die Sprechstunde kommen. Die Zustimmungswerte zu den entsprechenden Aussagen schwanken in verschiedenen Befragungen zwischen 75 und 90 Prozent (Klemperer/Rosenwirth 2005a, Bertelsmann Stiftung/Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen 2005). Auch wenn dahinter je nach Patiententyp verschiedene konkrete Inhalte stecken dürften (z.B. was als „wissenswert“ beurteilt wird), drücken sich in solchen Ergebnissen Grundanliegen aus: Patienten wünschen sich von ihren Ärzten vor allem, dass sie genug Zeit haben, gut zuhören können, alles Wissenswerte über Krankheit, Behandlungsoptionen und Nebenwirkungen vermitteln und dem Patienten alle Fragen beantworten. Deutlich weniger Patienten empfinden offenbar die im engeren Sinn medizinischen Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion als zentral; so erwarten Umfragen zufolge nur 64 Prozent der Befragten eine körperliche Untersuchung und sogar nur 25 Prozent, dass der Arzt ihnen Medikamente verschreibt (Klemperer/Rosenwirth 2005a, Bertelsmann Stiftung/Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen 2005).

Die Erfahrungen der Patienten entsprechen nur zum Teil ihren Erwartungen an die Arzt-Patient-Beziehung. Dies beginnt bereits beim bevorzugten Entscheidungsmodell: Deutlich weniger als die Hälfte der Patienten gibt in Deutschland an, dass sie ihre Präferenz bei Arztbesuchen in den letzten 12 Monaten verwirklichen konnten; im europäischen Vergleich ist das ein relativ geringer Wert (Dierks/Seidel 2005).

Vor allem Information und Kommunikation bekommen in der realen Arzt-Patient-Interaktion nicht den gewünschten Stellenwert. Im internationalen Vergleich sind deutsche Patienten damit besonders unzufrieden, wobei Frauen die entsprechenden Defizite häufiger bemängeln (vgl. auch zum Folgenden Sawicki 2005): Schlecht oder gar nicht aufgeklärt fühlt sich deutlich mehr als die Hälfte aller Befragten (61 Prozent) über Behandlungsoptionen, fast jeder Zweite (46 Prozent) über Behandlungsziele und 38 Prozent über die Nebenwirkungen ihrer Medikamente. Andere Untersuchungen bestätigen Mängel vor allem in der ärztlichen Aufklärung über die Medikamenteneinnahme (Mühlhauser/Lenz 2008). Insgesamt zeigen sich nur 50 Prozent der deutschen Patienten wirklich zufrieden mit den Informationen, die sie von ihrem Arzt erhalten (Coulter/Magee 2003, 42). In einer Umfrage mit rund 3600 Teilnehmern in Bremen zu gesundheitlicher Beratung und Information geben zwei Drittel der Patienten an, sich gut informiert zu fühlen; der Rest beklagt auch hier vor allem fehlende Informationen zu Medikamenten und ihren Nebenwirkungen, aber auch über Krankheitsursachen und die Möglichkeiten, durch eigenes Verhalten Krankheiten zu vermeiden bzw. die Genesung zu fördern (Stroth et al. 2007).

Deutsche Patienten kritisieren, dass Ärzte zu wenig auf ihre individuelle Situation eingehen und wünschen sich, dass mehr gesprochen und weniger verschrieben wird. Außerdem beklagen sie den Zeitmangel in der Sprechstunde (Coulter/Magee 2003,

37f., 42). Tatsächlich behandeln deutsche Ärzte im internationalen Vergleich im Schnitt erheblich mehr Patienten pro Woche als die Kollegen anderswo (243 gegenüber 102 bis 154 in den verglichenen Ländern) und haben mit durchschnittlich acht Minuten deutlich weniger Zeit für den einzelnen Kontakt (Schnitt der Vergleichsländer elf bis neunzehn Minuten) (Koch et al. 2007). Auch die Zahl der Arztkontakte ist international gesehen überdurchschnittlich hoch; nach Auswertung der Daten des Jahres 2008 wird sie auf 18 Kontakte pro Versicherten pro Jahr geschätzt (Grobe et al. 2010). Eine Untersuchung von 137 Konsultationen zeigt die logische Konsequenz solcher Zahlen für die Arzt-Patient-Kommunikation: Je nach Gesprächsanlass wurden die Patienten bereits nach 11 bis 24 Sekunden von ihren Ärzten unterbrochen (Wilm et al. 2004).

2.1.4.2. Zwischen Empathie und Effizienz: Die Perspektive der Ärzte

Grundsätzlich hat die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung auch für Ärzte einen hohen Stellenwert: Für die Motivation und die Berufszufriedenheit spielt sie eine zentrale Rolle (Horowitz et al. 2003; Daghighi et al. 2003; Gothe et al. 2007). Im Vergleich zu den Erwartungen und Erfahrungen der Patienten ist allerdings die ärztliche Perspektive – vor allem im deutschsprachigen Raum – deutlich weniger erforscht, auch wenn in den letzten Jahren die Aufmerksamkeit für den „physician factor“ im Versorgungsgeschehen langsam wächst und dabei eine befriedigende Arzt-Patient-Beziehung als wichtigster nicht-monetärer Anreiz für Ärzte bewertet wird (Bundesärztekammer 2005, Gothe et al. 2007).¹⁰

In entsprechenden Studien wird klar, dass auch Ärzte heute mehrheitlich das partnerschaftliche Modell der Arzt-Patient-Beziehung bevorzugen: Rund zwei Drittel der Befragten geben dies in Umfragen zu Protokoll (Butzlaff et al. 2003, Klemperer/Rosenwirth 2005b, Schmöller 2008). Immerhin jeder fünfte Arzt möchte allerdings nach wie vor die Entscheidung allein treffen und nicht einmal jeder zehnte (8 Prozent) ist dafür, dass der Patient allein entscheidet (Butzlaff et al. 2003). Nur 4 Prozent der befragten Ärzte machen ihre Präferenz vom Einzelfall bzw. der spezifischen Situation abhängig, in der eine Entscheidung zu treffen ist (ebd.).

Vorbehalte gegen eine gemeinsame Entscheidung von Arzt und Patient haben vielfältige Gründe (Klemperer/Rosenwirth 2005b; Rockenbach et al. 2009): Viele Ärzte glauben, dass dieses Konzept nicht dem Willen ihrer Patienten entspricht. Zum Teil lassen Umfragen zu den Patientenpräferenzen diese Skepsis berechtigt erscheinen (vgl. Abschnitt 2.1.4.1.). Allerdings unterschätzen Ärzte dennoch in der Regel den Wunsch ihrer Patienten nach partnerschaftlicher Interaktion und

¹⁰ Gothe et al. weisen allerdings darauf hin, dass es immer noch erstaunlich wenig empirische Arbeiten gibt, die sich des Zusammenhangs zwischen Arzt-Patient-Beziehung, ärztlicher Berufszufriedenheit und Versorgungsqualität intensiver annehmen (Gothe et al. 2007, A1397).

Kommunikation (Klemperer/Rosenwirth 2005b; Krones/Richter 2008; Schmöller 2008). Aus Ärztesicht sind viele Patienten mit der Entscheidungsbeteiligung überfordert. Wichtigste Gründe für diese vermutete Überforderung: Ärzte glauben, dass ihre Patienten sich nur sicher fühlen, wenn der Arzt die volle Entscheidungsverantwortung übernimmt, dass sie intellektuell oder seelisch nicht fähig sind, selbst zu entscheiden und dass sie zu wenig oder zu schlecht informiert sind. Hinzu kommen rechtliche Bedenken angesichts der juristisch festgelegten ärztlichen Verantwortung für die Behandlungsfolgen (Caspari et al. 2003, Rockenbauch et al. 2009; zum informed consent vgl. Parzeller et al. 2007).¹¹

Aber Ärzte beschreiben auch eigene Barrieren (vgl. zum Folgenden Klemperer/Rosenwirth 2005b; Rockenbauch et al. 2009, Schmöller 2008; Caspari et al. 2003): So steht der kommunikationsintensive, abwägende partnerschaftliche Entscheidungsprozess in Spannung zu der stark ausgeprägten Handlungsorientierung, die zum Selbstbild der meisten Mediziner, aber auch zu den an sie heran getragenen Erwartungen gehört. Vor diesem Hintergrund kann der partnerschaftliche Stil als lähmendes Hemmnis empfunden werden. Einige Mediziner fühlen sich zudem angesichts der kommunikativen und emotionalen Kompetenzen, die eine stärkere Patientenbeteiligung von ihnen verlangt, überfordert und nicht dafür ausgebildet. Und auch die fachlich fundierte Bewertung aller aktuellen Therapieoptionen kann angesichts des rasanten medizinischen Fortschrittes zur Überforderung führen. Nicht zuletzt fehlt aus der Sicht einiger Ärzte geeignetes laienverständliches Material (Informationsbroschüren, Decision Aids etc.), mit dessen Hilfe sich das Arzt-Patient-Gespräch patientenorientierter gestalten ließe.

Als eines der größten strukturellen Hindernisse für eine partnerschaftlichere Interaktion zwischen Arzt und Patient sehen Mediziner den Zeitdruck, unter dem sie stehen (Klemperer/Rosenwirth 2005b; Koch et al. 2007; Schmöller 2008; Rockenbauch et al. 2009). Wie oben ausgeführt (Abschnitt 2.1.4.1.) ist dieser Zeitdruck objektiv vorhanden; bestimmte Faktoren können seine Wirkung allerdings noch verstärken: So überschätzen Ärzte häufig die Zeit, die sie für die Information ihrer Patienten brauchen und unterschätzen, dass sie mit entsprechenden kommunikativen Fertigkeiten auch Zeit sparen können (Geisler 2004; Krones/Richter 2008; Merten/Bühning 2007).

Zeitdruck ist für die Mediziner auf jeden Fall ein zentraler Konfliktpunkt in der Arzt-Patient-Beziehung: Jeder zweite deutsche Arzt beklagt, dass er dem einzelnen Patienten zu wenig Zeit widmen kann; international ist das ein überdurchschnittlicher Wert (Koch et al. 2007). Je stärker der Zeitdruck, desto geringer ist offenbar die Gesamt-Berufszufriedenheit betroffener Ärzte (Solomon 2008). Neben wachsendem

¹¹ Bedenkenswert ist dazu aber die bei Klemperer (2005b, 121) zitierte These von Coulter und Dunn, dass Patientenbeteiligung tatsächlich die Zahl der Rechtsstreitigkeiten vermindere, weil ihnen meist die unzureichende Kommunikation über mögliche Risiken zugrunde liege.

wirtschaftlichem Druck machen Mediziner für den Zeitmangel vor allem die Zunahme der bürokratischen Aufgaben verantwortlich, die ihnen abverlangt werden (Koch et al. 2007; Kassenärztliche Bundesvereinigung 2005).

Eine Umfrage von Schmöller unter knapp 700 niedergelassenen deutschen Mediziner zu ihrem Selbst- und Rollenverständnis und den damit zusammenhängenden Erfahrungen zeigt, dass gut zwei Drittel dieser Ärzte der Meinung sind, dass die Zeit für das persönliche Gespräch und damit der individuelle Bezug zu ihren Patienten in den letzten Jahren abgenommen hat (Schmöller 2008).¹² Weniger als ein Drittel der befragten Ärzte glaubt daher, dass sie künftig noch ausreichend auf Fragen und Sorgen ihrer (gesetzlich versicherten) Patienten eingehen bzw. sie gründlich beraten können (29,3 bzw. 26,1 Prozent); nicht einmal jeder fünfte sieht dann noch Spielraum für die individuelle Betreuung des einzelnen Patienten (18,1 Prozent).

Zentrale Ursache für diesen Pessimismus ist die zunehmende Regulierung durch inhaltliche und finanzielle Vorgaben aus der Gesundheitspolitik, durch die viele der an dieser Umfrage beteiligten Mediziner ihre Entscheidungsmöglichkeiten stark einschränkt sehen: 92,7 Prozent der Befragten bestätigen, dass sich dadurch in den vergangenen Jahren ihr Rollenverständnis grundlegend verändert hat.

Interessant ist dabei die Frage nach der Richtung dieser Veränderung. Dass diese nicht eindeutig ist, machen die deutlich ambivalenten ärztlichen Einstellungen zum mündigen Patienten anschaulich, die in Schmöllers Studie erkennbar sind (zum Folgenden Schmöller 2008; vgl. dazu Dieterich 2006; Dieterich 2007). Danach befürwortet einerseits eine große Mehrheit der Mediziner das Ideal des mündigen Patienten (87 Prozent) und charakterisiert dieses Ideal vor allem mit der Bereitschaft und Fähigkeit, sich an Entscheidungen zu beteiligen. Dementsprechend sehen die meisten der befragten Mediziner es als ihre Aufgabe an, die Autonomie der Patienten durch Aufklärung und Informationen zu stärken (88,8 Prozent).

Andere Antworten zeigen allerdings hinter diesen Idealen ein deutliche Skepsis: Immerhin 56,1 Prozent der Mediziner lehnen es ab, Patienten an „medizinischen Urteilen“ zu beteiligen.¹³ Grund dafür ist vor allem das Misstrauen gegenüber den Kompetenzen der Patienten: Die Informationsasymmetrie zwischen Experten und

¹² Von den für diese (im Folgenden mehrfach zitierte) Studie kontaktierten 3200 Haus- und Fachärzten beteiligten sich 687, die Responderquote lag damit bei 21,5 Prozent. Daher sind Bias-Effekte wahrscheinlich, z.B. dass sich eher die unzufriedenen Mediziner beteiligen, um „Dampf abzulassen“. Da die hier zitierten „Unzufriedenheits-Werte“ sehr hoch sind, ist aber anzunehmen, dass sie eine Grundtendenz in der Ärzteschaft wiedergeben. Vgl. zudem Koch et al. 2007 mit ähnlichen Tendenzen.

¹³ Allerdings ist für die Befragten der Begriff „medizinische Urteile“ eventuell zu unscharf – er kann sowohl Diagnosen als auch Behandlungsentscheidungen meinen. Skepsis gegenüber der Beteiligung an diagnostischen Urteilen wäre in Bezug auf die Einstellung zur partnerschaftlichen Interaktion aber anders zu bewerten als Skepsis gegenüber der Beteiligung an Entscheidungen.

Laien wird aus unauflösbar angesehen. Dazu passt, dass nur ein gutes Drittel der befragten Ärzte (35,5 Prozent) der Meinung ist, dass ihre Patienten zunehmend gut informiert über ihr Krankheitsbild sind.

Insgesamt sehen sich die in dieser Studie befragten Mediziner mit höheren Erwartungen ihrer Patienten konfrontiert, die sie auf ein verändertes Rollenverständnis auf Patientenseite zurückführen. Verantwortlich dafür ist aus Ärztesicht unter anderem die zunehmende finanzielle Eigenbeteiligung der Patienten, aber auch der Einfluss zusätzlicher Informationsangebote. Die große Mehrheit der Befragten ist der Meinung, dass die Patienten dadurch in den letzten Jahren fordernder geworden sind (68,7 Prozent) und ihre Ärzte stärker unter Druck setzen, Entscheidungen zu rechtfertigen (76,5 Prozent).

Befunde wie die aus der Studie Schmöllers stützen die These von Dieterich, dass mündige (bzw. durch ihr Informationsverhalten nach Mündigkeit strebende) Patienten in der Arzt-Patient-Beziehung zu neuen Konfliktmustern führen können, die durch den aus Medizinersicht „drohenden Bedeutungsverlust als Experten“ und den damit zusammenhängenden „ärztliche[n] Statusverlust“ entstehen (Dieterich 2006, 48-50, Zitat 49). Ergebnisse aus den wenigen empirischen Arbeiten zu diesen Fragen bestätigen diese Tendenz (Rockenbauch et al. 2009; Chisholm et al. 2006).

Zur „generellen Rollenverunsicherung“ (Rockenbauch et al. 2009, 7) trägt offenbar auch ein von vielen Ärzten empfundener Imageverlust bei. In mehreren Befragungen beklagen Mediziner das als zu kritisch empfundene Bild der Ärzte in Medien und Gesellschaft (Rockenbauch et al. 2009; Bestmann 2005). Tatsächlich ist in der öffentlichen Meinung eine Tendenz zu erkennen, vermeintliche oder tatsächliche Defizite ärztlicher Arbeit auf griffige Thesen zugespitzt zu skandalisieren (beispielhaft dafür Bartens 2007, Blech 2007). Korruption, ärztliche Kunstfehler, aber auch Burnout unter Mediziner sind öffentlich diskutierte Themen, die am Nimbus der Unantastbarkeit kratzen. Hinzu kommen auch von Ärzte-seite unterstützte Initiativen wie das Aktionsbündnis Patientensicherheit, das die Fehlbarkeit von Ärzten enttabuisiert und damit die (Selbst-)Kritik – wenn auch auf konstruktive Weise – unterstützt (Aktionsbündnis Patientensicherheit 2008; Stollorz 2009; Albrecht 2009).

Dennoch kann von einem pauschalen gesellschaftlichen Imageverlust der Ärzte bisher kaum die Rede sein. So genießen sie unter allen Berufsgruppen nach wie vor das höchste Ansehen (Allensbach 2008). Die forsche Thematisierung ärztlicher Fehlbarkeit in den Medien ist daher eher zu verstehen als „Rückseite der Medaille“ der traditionellen und teilweise fortbestehenden Idealisierung der Ärzte, aus der heraus an Mediziner besonders hohe Ansprüche an Integrität und Moral gestellt werden (und entsprechend heftige Reaktionen entstehen, wenn diese Ansprüche enttäuscht werden). Die ärztliche Klage über das schlechte öffentliche Image lässt

sich daher vor allem als Zeichen der beschriebenen Rollenverunsicherung deuten, weniger als Spiegel objektiver Realität.

Real sind die Rollen der Ärzte zwar heute sicher diffuser weil vielfältiger, die Autorität der Ärzte ist dadurch aber keineswegs automatisch verschwunden. Sie muss allerdings zunehmend mit neuen Formen und Inhalten gefüllt und begründet und dafür das Gleichgewicht zwischen Empathie und Effizienz neu austariert werden. Der Umgang mit patientenseitigen Informationen in der Arzt-Patient-Beziehung ist dabei ein Feld, in dem die damit verbundenen Konflikte, Chancen und Potentiale dieser Veränderungen sich konkret nachvollziehen lassen.

2.1.5. Problemfelder und Potentiale der Arzt-Patient-Beziehung

In den vorhergehenden Abschnitten ist bereits deutlich geworden, dass Patienten und Ärzte oft keine deckungsgleichen Erwartungen an die Arzt-Patient-Beziehung haben und ihre Wahrnehmungen der realen Interaktion voneinander abweichen. Problematisch werden solche Diskrepanzen vor allem, wenn sie nicht erkannt und also auch nicht thematisiert werden. Dies ist immer wieder der Fall.

So zeigen Butzlaff et al. deutlich, dass Ärzte und Patienten ihre Kontakte besonders im Bereich Kommunikation und Information oft sehr unterschiedlich wahrnehmen (Butzlaff et al. 2003): Bezogen auf die jeweils zuletzt erlebte Entscheidungssituation war die große Mehrheit der im Rahmen des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors befragten Ärzte überzeugt, Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsoptionen erklärt, Alternativen vorgeschlagen, die Vorstellungen der Patienten einbezogen und sie zu Fragen ermuntert zu haben (Werte zwischen 66 und 89 Prozent). Auf Patientenseite dagegen lagen die entsprechenden Werte alle (und zum Teil deutlich) unter der 50-Prozent-Marke. Noch weiter strebte die Wahrnehmung beider Seiten auseinander, wenn es darum ging, ob der Arzt den Patienten Informationsmaterial mitgegeben und sie ermuntert hätte, weitere Informationsquellen zu nutzen. In entsprechenden Auswertungen der Folgejahre des Gesundheitsmonitors fanden sich ähnliche Werte und entsprechende Diskrepanzen (Isfort et al. 2007). Andere Studien bestätigen diese auseinanderklaffenden Wahrnehmungen (Lehmann et al. 2009; Bürger 2003)

Dass Ärzte und Patienten auch in der Frage der partnerschaftlichen Entscheidung nicht immer überein stimmen, ist bereits dargestellt worden (Abschnitt 2.1.4.). Doch unterschiedliche Einstellungen gibt es nicht nur zur Form der Entscheidungsfindung sondern ebenso zu den Inhalten der zu treffenden Entscheidungen: Mehrere Studien zeigen, dass Ärzte und Patienten die Risiko-Nutzen-Abwägung und damit die Indikation für bestimmte Behandlungen oft sehr unterschiedlich beurteilen (Klemperer 2005b).

Je unterschiedlicher solche Einstellungen und Urteile ausfallen, umso wichtiger wäre es, sich darüber auszutauschen. Nur dann besteht für den Arzt eine Chance, als Grundlage des Arzt-Patient-Arbeitsbündnisses „eine gemeinsame Wirklichkeit mit seinem Patienten aufzubauen“ (Geisler 2004, 4). Vor diesem Hintergrund bekommen die Defizite im Bereich Information und Kommunikation noch größeres Gewicht.

Die „gemeinsame Wirklichkeit“ herzustellen, ist auch erschwert, weil Ärzte und Patienten in mehrfacher Hinsicht keine gemeinsame Sprache sprechen: Patienten verstehen oft medizinische Begriffe nicht oder deuten sie falsch (Lehmann et al. 2009). Dazu kommt, dass Mediziner und Patienten im Gespräch auf unterschiedliche Themen fokussiert sind (medizinisch objektive versus subjektivere Faktoren wie das Krankheitserleben) und oft nicht einmal übereinstimmen, welches das zentrale Gesundheitsproblem des Patienten ist (Geisler 2004; Krones/Richter 2008).

Zu den Spannungsfeldern der Arzt-Patient-Beziehung gehört heutzutage auch die Frage der Finanzen. Die bereits erwähnte zunehmende finanzielle Eigenbeteiligung bei gleichzeitigen Einschränkungen des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkassen (vgl. Abschnitt 2.1.2.) birgt auch für die Kommunikation neues Konfliktpotential. Besonders deutlich wird das an den Auswirkungen der individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), die vor allem präventiven Charakter haben und von den Patienten privat bezahlt werden müssen (Zok/Schuldzinski 2005). Der Anteil der Patienten, die angeben, in den jeweils vergangenen 12 Monaten solche Leistungen angeboten bekommen zu haben, stieg von 8,9 Prozent im Jahr 2001 auf 26,7 Prozent im Jahr 2008. Für die Arzt-Patient-Beziehung ein konflikträchtiger Anstieg: Rund ein Drittel dieser Patienten sieht dadurch das Vertrauensverhältnis zum Arzt gestört (Zok 2005, WIdO 2008). Dies dürfte sich auch auf den Umgang mit Informationen auswirken: Denn je mehr Patienten den Arzt als Unternehmer wahrnehmen, der etwas verkaufen will (oder muss), desto misstrauischer werden sie seine Informationen bewerten.

Was das Problembewusstsein der Ärzte für die beschriebenen Spannungsfelder und Defizite angeht, ergibt sich ein zwiespältiges Bild. Einerseits zeigen sich Mediziner selbstbewusst und zufrieden, was die Qualität ihrer Gespräche mit den Patienten angeht, sind sich also häufig der patientenseitig empfundenen Defizite nicht bewusst (Merten/Bühning 2007, Butzlaff et al. 2003, 50f.). Andererseits bekunden sie zumindest in Umfragen ein großes Interesse an Fortbildungen zum Thema Kommunikation und bewerten dementsprechend mehrheitlich die Vermittlung entsprechender Kompetenzen in ihrer Ausbildung als mangelhaft (Jungbauer et al. 2004).¹⁴ In der Realität spiegelt sich das bekundete Interesse allerdings nicht wider:

¹⁴ Mittlerweile gibt es allerdings an vielen medizinischen Fakultäten stark verbesserte Angebote im Bereich Kommunikation, in deren Rahmen mit Schauspielpatienten, Videokontrolle und anderen Methoden professioneller Kommunikationstrainings gearbeitet wird. Vgl. beispielhaft Petersen et al. 2005, Jünger 2007.

Für gezielte Fortbildungen zur Arzt-Patient-Kommunikation finden sich oft nur wenige Teilnehmer (Hepe 2007, Merten/Bühning 2007).

Die bisher beschriebenen Defizite und Spannungsfelder der Arzt-Patient-Beziehung vermindern mögliche positive Effekte einer gelungenen Interaktion zwischen Medizinerinnen und ihren Patienten. Zu diesen Effekten ist allerdings festzustellen, dass es nicht einfach ist, sie empirisch messbar nachzuweisen und dass die Frage, wie das methodisch überzeugend zu leisten wäre, nicht gelöst ist (Klemperer 2005b; Detmer et al. 2003; Berger et al. 2008; Hannover et al. 2000; Mühlhauser/Lenz 2008; Aust 1994; siehe dazu auch 2.3.2.). Klemperer führt es darauf zurück,

„dass innerhalb der stets komplexen Arzt-Patient-Beziehung eine große Zahl teils schwer zu messender und schwer zu isolierender Faktoren wirken. Methodisch ist es schwierig, kausale Zusammenhänge zwischen einzelnen Komponenten der Interaktion und einzelnen Komponenten des Behandlungsergebnisses herzustellen.“ (Klemperer 2005b, 119)

Zugleich zieht sich die Annahme, dass eine gelungene Arzt-Patient-Beziehung therapeutische Effekte hat, durch die Geschichte der Medizin und wird als Erfahrungswissen kaum prinzipiell in Zweifel gezogen (Klemperer 2005b; Hillebrand 2008).

Eine Metastudie von Di Blasi et al. spiegelt die methodischen Probleme, gibt aber doch Hinweise auf gesundheitsrelevante Effekte der Arzt-Patient-Beziehung: Die Autoren des systematischen Reviews stellen fest, dass zwar die Hälfte der von ihnen berücksichtigten 25 Studien (mit insgesamt rund 3600 Patienten) solche Effekte belegt, halten sich aber wegen der großen Unterschiede der Studiendesigns mit Aussagen zu eindeutigen Ursache-Wirkungs-Beziehungen zurück. Doch immerhin zeige sich, dass die Kombination sowohl emotionaler als auch kognitiver ärztlicher Zuwendung (zu letzterem zählen Informationen über Krankheit, Therapie usw.) am wirksamsten subjektive und zum Teil auch objektive Behandlungsergebnisse (etwa den Blutdruck) verbessere (Di Blasi et al. 2001).

Di Blasi et al. beziehen sich in ihrer Arbeit auf das Konzept unspezifischer Kontextfaktoren, das die Idee einer Placebo-Wirkung der „Droge Arzt“ aufnimmt und erweitert. Kontextfaktoren umfassen dabei alles, was über die rein (körper-)medizinische Behandlung hinaus geht: individuelle Charakteristika auf Arzt- und Patientenseite ebenso wie solche des Settings und der Beziehung zwischen beiden Seiten (Di Blasi et al. 2001, 757f.)

Den Effekt dieser Faktoren untersuchen auch Kaptchuk et al. Dabei zeigt sich in ihrer Studie mit 262 Patienten mit Reizdarmsyndrom nicht nur, dass eine empathiegeprägte und patientenorientierte Arzt-Patient-Beziehung die Ergebnisse

der körpermedizinischen Behandlung signifikant verbessert, sondern dass sich diese Wirkung auch ähnlich der Dosissteigerung eines Medikamentes verstärken lässt, wenn die Kontextfaktoren intensiviert werden – z.B. über größere Aufmerksamkeit und mehr zeitliche Zuwendung des Arztes (Kaptchuk et al. 2008). Einen ähnlichen Einfluss des Zeitfaktors bestätigten Howie et al.: Die Einschätzung der Patienten, mit Krankheit, Therapie und den Folgen gut umgehen zu können (*enablement*) wächst mit der Dauer der Arzt-Patient-Gespräche und der Kontinuität der Arzt-Patient-Beziehung (Howie et al. 1999).

In den letzten Jahren widmen sich Untersuchungen und Modellprojekte verstärkt den Effekten einer am SDM-Konzept orientierten partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung und entsprechender Behandlungsentscheidungen (Loh et al. 2007; Härter et al. 2005). Auch hier sind die Ergebnisse keineswegs einheitlich; es zeigt sich allerdings, dass neben der Zufriedenheit von Patienten und Ärzten¹⁵ offenbar vor allem informationsabhängige Faktoren durch die partnerschaftliche Interaktion positiv beeinflusst werden. Dazu gehören die Therapietreue (Klemperer 2005b), das krankheitsrelevante Wissen der Patienten und realistischere Erwartungen an die Therapie (Loh et al. 2007). Effekte können sich aber auch zeigen im sinkenden Bedarf an Analgetika nach Operationen, in verbesserten physiologischen Parametern wie Blutzucker- und Blutdruckwerten und einer geringeren Anzahl von Überweisungen und Laboruntersuchungen (Krones/Richter 2008; Klemperer 2005b, Klemperer 2003). Darüber hinaus steigt offenbar die Bereitschaft zur Teilnahme an präventiven Maßnahmen wie Screenings (Loh et al. 2007).

Die Ergebnisse von Studien, die speziell die konkreten Effekte von ärztlichen Informationen in der Arzt-Patient-Beziehung untersuchen, sind ebenfalls nicht eindeutig. Einige Studien zeigen, dass eine patientenorientierte ärztliche Aufklärung ängstliche und depressive Reaktionen vermindern und die Lebensqualität der Patienten erhöhen, andere Untersuchungen können diese Effekte nicht bestätigen (Lehmann et al. 2009). In einer besonders umfangreichen prospektiven Studie haben Kerr et al. allerdings belegt, dass der Umgang mit ärztlichen Informationen innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung die Lebensqualität stark beeinflussen kann: Knapp die Hälfte (45 Prozent) der fast 1000 von ihnen befragten Brustkrebspatientinnen waren unzufrieden mit den Informationen, die sie von ihren Ärzten im Lauf ihrer Behandlung erhielten; diese schlecht informierten Patientinnen hatten auch Jahre nach der Diagnose noch eine signifikant schlechtere Lebensqualität (Kerr et al. 2003). Interessant ist dabei, dass möglicherweise ein höheres Informationsbedürfnis korreliert mit stärkerer Ängstlichkeit und Depressivität (Lehmann et al. 2009).

¹⁵ In diesem Zusammenhang zeigen Grembowski et al. (2005), dass eine höhere Arztzufriedenheit wiederum die Zufriedenheit und das Vertrauen der Patienten erhöht.

2.2. Patienten und ihr Umgang mit Gesundheitsinformationen

Wie bereits dargestellt, ist die Arzt-Patient-Beziehung von gesellschaftlichen Faktoren beeinflusst, unter denen sich die Einstellungen zur Medizin und zum Gesundheitssystem ebenso wandeln wie die gegenseitigen Rollenerwartungen von Ärzten und Patienten. Einer dieser Faktoren ist die Medialisierung des Alltags, die auch den Umgang mit Gesundheit und Krankheit betrifft (vgl. Höflich 2009).

Patienten kommen daher heutzutage oft mit Vorstellungen in die Sprechstunde, die mit beeinflusst sind von Gesundheitsinformationen, die ihnen in kaum überschaubarem Umfang in Medien, aber auch in Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen und bei Krankenkassen zur Verfügung stehen.¹⁶ Parallel zum wachsenden Gesundheitsbewusstsein und zur zunehmenden Bereitschaft, für Wellness, Fitness und Prävention Geld auszugeben, ist das Interesse an Informationen über medizinische Themen gestiegen und hat sich in den letzten Jahren auf hohem Niveau stabilisiert: 80 bis 85 Prozent der erwachsenen Bevölkerung geben in Umfragen an, entweder gezielt nach Gesundheitsinformationen zu suchen oder diese zumindest interessiert zu nutzen, wenn sie darauf stoßen (Baumann 2006, Isfort et al. 2004, Coulter/Magee 2003).

Dass Frauen dabei ein größeres Interesse zeigen und aktiver Informationen suchen als Männer, ist in der Forschung unumstritten (u.a. Lehmann et al. 2009; Baumann 2006; Sawicki 2005; Isfort et al. 2004; Coulter/Magee 2003, 245).¹⁷ Nicht immer einheitlich ist dagegen die Bewertung des Einflusses von Faktoren wie dem Alter oder dem Gesundheitszustand. So suchen z.B. laut Coulter/Magee Jüngere besonders oft und gezielt nach Gesundheitsinformationen, Borch/Wagner zufolge sind es dagegen die Älteren, die diese Suche häufiger betreiben (Coulter/Magee 2003, 245; Borch/Wagner 2009).

Heterogene Befunde solcher Art zeigen die Schwierigkeit, das tatsächliche Informationsverhalten realitätsgerecht und differenziert genug zu erfassen. Diese Problematik ist unter anderem darin begründet,

„dass Informationsstrategien in der Realität immer als mehrdimensionale Konstrukte aus unterschiedlichen Einstellungen und Verhaltensweisen vorliegen und dass sich hinter den für die breite Masse gültigen Trends mitunter sehr unterschiedliche und sogar gegenläufige Handlungsmuster verbergen.“ (Baumann 2006, 128)

¹⁶ Ein umfassender Überblick über das Angebot ist im Rahmen dieser Arbeit nicht sinnvoll, siehe dazu z.B. Neverla et al. 2007b, 89-127; Hurrelmann/Leppin 2001; Dierks et al. 2001, 125-140.

¹⁷ Frauen zeigen sich außerdem unzufriedener mit den im Arzt-Patient-Gespräch erhaltenen Informationen (Sawicki 2005)

Diese Einstellungen und Verhaltensweisen gilt es im Folgenden anhand der Motive, Quellen und Themen der patientenseitigen Suche nach Gesundheitsinformationen genauer einzukreisen.

2.2.1. Motive – Warum Patienten Gesundheitsinformationen suchen

Wie oben beschrieben (Abschnitt 2.1.4.1.) sind viele Patienten nicht zufrieden mit den Auskünften und Erklärungen ihrer Ärzte. Diese empfundenen Defizite sind natürlich ein wichtiges Motiv für die selbstständige Suche nach weiteren Informationen, sie lassen sich aber nicht pauschal als Hauptauslöser identifizieren.

So zeigte sich in einer Befragung von rund 1300 Versicherten der Barmer Ersatzkasse, dass „Unzufriedenheit mit den Informationen des Arztes“ zwar für 35 Prozent der Befragten Anlass zu ergänzenden eigenen Recherchen war; doch dieser Grund wurde zugleich am seltensten (von sechs möglichen) genannt (Roski/Schikorra 2009; vgl. ähnlich Marstedt 2003). Dass enttäuschte Erwartungen an den Arzt nicht immer ausschlaggebend sind, wird zudem schon daran deutlich, dass die Zahl derer, die (auch) in anderen Quellen Gesundheitsinformationen suchen deutlich höher ist als der Anteil derer, die sich von ihren Ärzten unzureichend informiert fühlen (Isfort et al. 2004, Baumann 2006).

Welches sind also die wichtigsten Motive für die selbstständige Suche nach medizinischen Informationen? Wie zu erwarten, nutzen Patienten diese Möglichkeit am häufigsten und gezieltesten im Zusammenhang mit einem Arztbesuch, also wenn es um konkrete gesundheitliche Probleme geht. Die Erfahrung, dass für ein ausführlicheres Gespräch mit den Ärzten oft die Zeit fehlt, spielt dabei eine wichtige Rolle (Coulter/Magee 2003, 44). So recherchieren Patienten vor allem nach Arztbesuchen selber weiter, aber auch schon vorher – um besser vorbereitet in die Sprechstunde zu kommen und die Zeit dort besser zu nutzen (Isfort et al. 2004, Stroth et al. 2007, Neverla et al. 2007a).

In der bereits erwähnten Bremer Umfrage (vgl. S. 14) gibt mit 72 Prozent die deutliche Mehrheit der rund 3600 Befragten an, manchmal oder sehr häufig mit einer eigenen Diagnose und entsprechenden Vorstellungen zu Therapiemöglichkeiten zum Arzt zu gehen (Stroth et al. 2007). Mindestens ein Drittel der informationssuchenden Patienten hegt außerdem ein gewisses Misstrauen gegenüber den Ärzten und möchte deren Aussagen mit Hilfe eigener Recherchen überprüfen (33 Prozent bei Stroth et al. 2007; 40 Prozent bei Isfort et al. 2004). Ebenfalls gut ein Drittel hofft, eventuell eine Therapie zu entdecken, die der Arzt noch nicht kennt (Isfort et al. 2004).

Ein weiteres Motiv ist, möglicherweise unnötige Arztbesuche zu vermeiden und dazu eventuell zur Selbstmedikation zu greifen (36 Prozent der informationssuchenden Befragten bei Stroth et al. 2007, 40 Prozent bei Isfort et al. 2004). Die Suche nach Gesundheitsinformationen muss also nicht immer mit einem direkten Arztkontakt zusammenhängen. Dementsprechend spielt auch das Interesse an Prävention eine wichtige Rolle: Viele Informationssuchende wollen zum Beispiel wissen, wie man sich gesund ernährt (40 Prozent), wie sie mit Bewegung und Sport etwas für ihre Gesundheit tun können (rund ein Viertel) und wie sie grundsätzlich mit Hilfe des Lebensstils Krankheiten vorbeugen oder ihre Verschlimmerung verhindern können (Isfort et al. 2004; vgl. auch Roski/Schikorra 2009, Coulter/Ellins 2006).

Die bisher referierten Erkenntnisse lassen Tendenzen erkennen; es ist aber davon auszugehen, dass die Motive für die selbstständige Suche nach Gesundheitsinformationen beim einzelnen Nutzer oft nicht konsistent sind. Denn neben nicht oder eher gering veränderlichen Einflussfaktoren wie Geschlecht, Bildung, sozioökonomischer Status und Persönlichkeitsmerkmalen wechseln die Motive abhängig von der aktuellen Situation der Suchenden (vgl. hierzu Detmer et al. 2003; Baumann 2006). Vor allem der Gesundheitszustand fällt dabei ins Gewicht: Je nachdem, ob Informationssuchende ein akutes oder chronisches, kleineres oder schwerwiegendes Gesundheitsproblem haben oder ob sie prinzipiell gesund sind, wandeln sich Auslöser und Ziele der Suche. Sie sind also grundsätzlich sehr heterogen; allerdings sind Menschen mit schlechterem Gesundheitszustand offenbar in der Regel interessierter an medizinischen Informationen und suchen aktiver danach (Borch/Wagner 2009, Marstedt 2003).

Um der Komplexität der Suchmotive gerecht zu werden, unterscheidet Baumann anhand verschiedener Zielbündel drei verschiedene Informationsstrategie-Typen (Baumann 2006): Im Rahmen der Surveillance-Strategie zielt die Informationssuche dabei eher auf einen allgemeinen Überblick zu Gesundheitsthemen, Krankheiten und ihren Risiken und über das Gesundheitssystem. Mit der Empowerment-Strategie dient die selbstständige Recherche dazu, medizinische Zusammenhänge besser zu verstehen, um möglichst partnerschaftlich mit Ärzten zusammenzuarbeiten und selbst viel zur optimalen Versorgung beizutragen. Die Autarkie-Strategie entspringt dagegen einer deutlich ärztekritischen, auf autonome Beziehungsgestaltung ausgerichteten Einstellung und damit dem Ziel einer größtmöglichen Unabhängigkeit von Ärzten und ihren Urteilen bzw. Empfehlungen.

Anhand dieser Informationsstrategien und der Analyse dazugehöriger unterschiedlicher Medien-Präferenzen entwickelt Baumann eine Typologie von vier Nutzer-Gruppen (die fünfte Gruppe ist die der Nicht-Nutzer, die nach Baumann Studie rund 17 Prozent der Bevölkerung umfasst). Dabei kennzeichnet zwei dieser Nutzer-Gruppen ein deutlich überdurchschnittliches Interesse an Informationen, allerdings aus klar unterschiedlichen Motiven: Die „kommunikativen Co-Therapeuten“

(19 Prozent der Informationssuchenden) verfolgen im oben beschriebenen Sinn vor allem die partnerschaftlich orientierte Empowerment-Strategie. Sie sind älter, ihr Gesundheitszustand ist – oft durch chronische Krankheiten – unterdurchschnittlich, sie sind eher zufrieden mit ihren Hausärzten und vertrauen sowohl medizinischen Experten wie den verschiedenen nicht-ärztlichen Informationsquellen. Demgegenüber sind die „autarken Krankheitsexperten“ (16 Prozent der Informationssuchenden) jünger, haben einen höheren Bildungsstand, sind durchschnittlich gesund und sehen ihre Hausärzte überdurchschnittlich kritisch. Dem Namen entsprechend ist ihr strategisches Informationsziel vor allem die Autarkie.

Die größte Nutzergruppe stellen nach Baumann allerdings die „wellnessorientierten Medienkonsumenten“ (33 Prozent der Informationssuchenden): Sie sind überdurchschnittlich gesund und bei ihnen überwiegt mit der Surveillance-Strategie auch die Motivation zur primären Prävention. Bevorzugte Informationsquellen sind Publikums- bzw. Massenmedien (im Gegensatz zu Fachmedien), was auf eine weniger engagierte Suche schließen lässt. Ebenfalls relativ groß ist die Gruppe der „wenig interessierten Gelegenheitsnutzer“ (31 Prozent der Informationssuchenden), die nur im ernstesten Krankheitsfall Informationen suchen. Diese Gruppe ist überwiegend männlich, jünger, hat eine niedrigere Schulbildung und ist eher überdurchschnittlich gesund.

Andere Autoren kommen aufgrund der Unterschiede des Datenmaterials, der Indikatoren und der Kategorienbildung zwar auf im Detail abweichende Typologien und unterschiedliche quantitative Aussagen, in wichtigen Grundtendenzen sind die Ergebnisse aber durchaus vergleichbar (vgl. Marstedt et al. 2007, Roski/Schikorra 2009, Stroth et al. 2007).

Insbesondere zeigt sich wiederholt, dass Informationssuche und Ärztekritik nicht generell zusammenhängen. Allerdings gibt es eine tendenziell wachsende Minderheit, bei der dieser Zusammenhang sehr deutlich ist; Marstedt et al. rechnen jeden fünften Patienten (21,2 Prozent) dieser Gruppe der „Arztkritischen“ zu (Marstedt et al. 2007; vgl. ähnlich Stroth et al. 2007, Dierks/Seidel 2005 sowie Abschnitt 2.2.2.). Dabei handelt es sich um tendenziell jüngere, besser gebildete und (bisher) gesündere Menschen. Auffällig ist außerdem, dass sie als Patienten häufiger als andere den Arzt wechseln.

Interessant ist dabei die Frage, wie Informationssuche und arztkritische Haltung einander bedingen: Ist die Informationssuche eine Reaktion auf enttäuschende Erfahrungen mit Ärzten oder steigert die Informationssuche Ansprüche und Kritikfähigkeit, so dass daraus eine besonders arztkritische Einstellung entsteht (die dann auch zu häufigern Arztwechseln führen kann)? Diese Frage lässt sich anhand der zitierten Untersuchungen allerdings nicht beantworten.

Was das Informationsverhalten Erkrankter angeht, haben Neverla et al. in einer qualitativen Studie zur Nutzung des Internets durch Akromegalie-Betroffenen¹⁸ sehr differenziert analysiert, welche Motive und Bedürfnisse dabei handlungsleitend sind (Neverla et al. 2007a). Sie betonen dabei die Mehrdimensionalität der Motive, die auch bei der Informationssuche in anderen Quellen als dem Internet gelte:

„Mediennutzung im Krankheitsfall stellt einen Sinnkonstruktionsprozess des Individuums dar, der sich auf die situative Fragestellung konzentriert und daher rational und ökonomisch in der Wahl der Mittel vorgeht, dabei jedoch sachliche, emotionale und soziale Ziele umfasst.“ (Neverla et al. 2007a, 46)

Demzufolge gehe es den meisten Patienten in diesem Prozess über reine Fakten-Informationen hinaus auch darum, „ihre Krankheitsgeschichte im Rückblick zu rekonstruieren, den eigenen Entwicklungsgang im Lichte der Krankheit zu interpretieren und ein Stück Lebensgeschichte zu bewältigen“ (Neverla et al. 2007a, 58). Auch wenn dies sicher je nach Art und Schweregrad der jeweiligen Krankheit unterschiedlich ausgeprägt sein dürfte, ist doch anzunehmen, dass dieser Befund für viele Patienten gilt, die aus persönlicher Betroffenheit nach medizinischen Informationen suchen.

Dabei variieren laut Neverla et al. die jeweils im Vordergrund stehenden Motive in den verschiedenen Krankheits- und Behandlungsstadien charakteristisch, konzentrieren sich z.B. direkt nach der Diagnose auf die Interpretation der Symptome und das Verständnis der Krankheit, vor einer Operation dagegen auf Informationen zu Risiken, Erfolgchancen und möglichen Alternativen (Neverla et al. 2007a).

In diesem Sinne stelle sich die Informationssuche als ein „vielschichtiger und mehrstufiger Kommunikationsprozess“ dar, der nicht als Ersatz für die Informationen der Ärzte gedacht sei: „Es entsteht kein Konkurrenz-, sondern ein Komplementärverhältnis, jedenfalls aus Sicht der Patienten“. (Neverla et al. 2007a, 56). Für die Patienten gehe es auch darum, durch ihr Informationshandeln wenigstens einen Teil jener Ohnmacht, die zu einer ernsten Erkrankung gehört, zu überwinden und durch das angeeignete Wissen Ängste und Unsicherheiten zu reduzieren¹⁹ (vgl. ähnlich auch Charles et al. 1997).

¹⁸ Akromegalie ist eine komplexe, seltene und schwere Erkrankung, die durch einen Tumor der Hirnanhangsdrüse ausgelöst wird und durch eine Kombination aus Operation, Medikamenten und Bestrahlung mit unterschiedlichen Erfolgen behandelt werden kann, vgl. Neverla et al. 2007a, 44.

¹⁹ Interessant sind in diesem Zusammenhang die Motive jenes runden Drittels der Befragten, die keine zusätzlichen Informationen gesucht haben: Sie wollen nicht mehr wissen als das, was sie von ihrem Arzt erfahren – unter anderem, weil sie befürchten, auf beunruhigende Informationen zu stoßen (Neverla et al. 2007a, 50). Zum Teil sind also die Motive der Informationssucher und der Informationsmeider dieselben: Es geht um Sicherheit und Angstreduktion – aber es entspringt daraus ein jeweils gegensätzliches Verhalten. Vgl. ähnlich Leydon et al. 2000: Auch hier zeigen sich ein starkes Grundvertrauen in den Arzt und die Angst vor Verunsicherung als Hauptgründe, warum Krebspatienten nicht selbstständige weitere Informationen suchen.

Dabei betonen Neverla et al. die Verschränkung medialer Informationen (in diesem Fall: aus dem Internet) mit personaler Kommunikation im Familien- und Freundeskreis, der oft in die Informationssuche mit eingebunden ist. Ärztinformationen wirken in diesem Prozess als Ausgangspunkt weiterer Recherchen. Inwiefern Ärzte darüber hinaus durch ihren Umgang mit den aus verschiedenen Quellen stammenden Informationen diesen Prozess moderieren, bleibt in der Studie von Neverla et al. offen. Dies ist eine der Fragen, die den Hintergrund für den empirischen Teil der hier vorliegenden Arbeit bilden.

Diese Frage hängt eng zusammen mit der Beziehungsgestaltung zwischen Arzt und Patient. Denn wie im Abschnitt 2.1.3. gezeigt, bieten eine partnerschaftliche Arzt-Patient-Beziehung und das Konzept der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) potentiell den größten Raum für den Austausch von Informationen (und setzen ihn voraus). In diesem Zusammenhang schließt die folgende These zu den Bedürfnissen der Patienten an das Verständnis der Informationssuche als Teil eines Sinnkonstruktionsprozesses an: Deinzer et al. bezweifeln als Fazit ihrer Studie zur PEF in der Behandlung arterieller Hypertonie, „ob es Patienten tatsächlich, wie von Forschenden vorkonstruiert, explizit um die aktuelle therapeutische Mitentscheidung bzw. den geteilten Entscheidungsprozess geht“ und nehmen an, das Bedürfnis sei eher „die Konstruktion eines Sinnzusammenhangs der Erkrankung und ihrer Therapie gemeinsam mit dem Arzt“ (Deinzer et al. 2005, 198).

2.2.2. Quellen – Wo sich Patienten informieren

Für die große Mehrheit der Bevölkerung sind Ärzte nach wie vor die wichtigste Quelle für Informationen zu Gesundheitsfragen (Lausen et al. 2008, Coulter/Magee 2003, Dierks/Seidel 2005, Roski/Schikorra 2009). Dies gilt natürlich vor allem dann, wenn ein konkretes Gesundheitsproblem der Anlass für das Informationsbedürfnis ist (und eben auch für den Arztbesuch). Ist dies nicht der Fall, sind oft andere Quellen wie Medien, aber auch Verwandte, Freunde oder Kollegen wichtiger als der Arzt (vgl. Baumann 2006; Isfort et al. 2004). Zu beachten ist jedenfalls, dass unterschiedliche Motive für das Interesse an Informationen auch unterschiedliche Quellenpräferenzen bewirken.

Die Rangfolge der – neben den Ärzten – bevorzugten Informationsquellen differiert in den einzelnen Untersuchungen erheblich, so dass dazu keine verallgemeinerbaren Aussagen möglich sind (vgl. Isfort 2004, Roski/Schikorra 2009, Lausen et al. 2008, Dierks/Seidel 2005, Baumann 2006)²⁰. Klar wird in den einschlägigen Studien, dass Massenmedien wie Zeitungen, Zeitschriften und Fernsehen auch im Internet-Zeitalter eine wichtige Rolle im Bereich der Laieninformation spielen, aber oft ein eher

²⁰ Vgl. zum Überblick über das Angebot an Gesundheitsinformationen außerdem Fußnote 15

unspezifisches Interesse am Thema Gesundheit bedienen, aus dem heraus nicht zielgerichtet Informationen etwa zu bestimmten Krankheitsbildern oder Therapieformen recherchiert werden. Für diese gezieltere Suche werden eher Internetangebote genutzt, aber auch Fachzeitschriften, Apotheken (persönliche Beratung und Apotheken-Zeitschriften), Selbsthilfegruppen, Verbraucherschutz- und Patientenberatungsstellen sowie Angebote von Krankenkassen,.

Interessant ist ein Blick auf den Zusammenhang zwischen den Präferenzen für die unterschiedlichen Entscheidungsmodelle in der Arzt-Patient-Beziehung und den Präferenzen für die Informationssuche (Dierks/Seidel 2005). Dabei zeigt sich, dass Patienten, die möglichst autonom entscheiden wollen, zwar ebenfalls den Arzt als wichtigste Informationsquelle nutzen, aber parallel dazu im Vergleich zu anderen Patienten am häufigsten und am vielfältigsten andere Quellen zu Rate ziehen. Gleichzeitig sind sie zwar mit dem Zeitquantum zufriedener, das ihnen in der Sprechstunde für Fragen zur Verfügung steht, berichten aber insgesamt eher von negativen Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem.²¹ Erneut taucht hier die Frage auf, wie Informationssuche und eine ausgeprägt kritische Haltung dem Versorgungssystem und seinen Akteuren gegenüber einander bedingen (vgl. Abschnitt 2.2.1.).

Während die Bedeutung der traditionellen Medien als Quelle für Gesundheitsinformationen in den letzten Jahren deutlich abgenommen hat, wächst die des Internets sehr schnell (Lausen et al. 2008): Der Anteil so genannter „etablierter“ Nutzer an der Bevölkerung, die charakterisiert, dass sie im Web mindestens einmal monatlich zu medizinisch-gesundheitlichen Themen recherchieren, ist allein zwischen 2005 und 2007 um 42 Prozent auf mittlerweile 32 Prozent gestiegen.²² Und bereits mehr als jeder zweite Befragte (56,6 Prozent) hat in den letzten 12 Monaten mindestens einmal oder häufiger im Netz nach Medizin-Informationen gesucht.

Das kräftige Wachstum dieser Zahlen sollte aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Internet einschlägigen Umfragen zufolge noch keineswegs die meist genutzte Quelle für Gesundheitsinformationen darstellt – in den meisten Studien rangiert es bislang sogar eher auf hinteren Plätzen, was seine Bedeutung für die gesamte Gruppe der Gesundheitsinformations-Suchenden angeht (Coulter/Magee 2003, Isfort 2004, Dierks/Seidel 2005, Baumann 2006, Lausen et al. 2008). Demgegenüber scheint die Nutzung des Webs für Gesundheitsfragen in der Forschung deutlich überrepräsentiert (vgl. auch Abschnitt 2.3.). Dies spiegelt zwar nicht die aktuelle Nutzerverteilung wider, die Ergebnisse sind aber für die

²¹ Das zeigt, dass zusätzliche Informationsbedürfnisse nicht automatisch als Reaktion auf erlebten Zeitmangel interpretierbar sind. Es ist allerdings gut möglich, dass diese Patienten sich ihr erwünschtes Zeitbudget erst erkämpft haben (bzw. nur noch zu entsprechenden Ärzten gehen), nachdem sie negativere Erfahrungen gemacht haben. Die zusätzliche Informationssuche könnte das dafür nötige Selbstbewusstsein mit gestärkt haben.

²² Neuere aussagekräftige Zahlen dazu lagen zum Zeitpunkt der Recherche nicht vor.

Einschätzung der künftigen Entwicklung wichtig, weil es als sicher gelten kann, dass die Bedeutung des Internets weiter zunehmen wird.²³

Insofern sind Studien zur gesundheitsbezogenen Internetnutzung zum einen aktuelle Bestandsaufnahmen der Informationssuche einer bestimmten Nutzergruppe (und eines noch jungen Mediums für Gesundheitsinformationen), zum anderen aber auch ein Ausblick in die Zukunft.

Dieser Ausblick ist umso interessanter, als die Analyse der gesundheitsbezogenen Internetnutzung einige Spezialitäten aufweist. Denn das Alter und das Bildungsniveau haben hier einen Einfluss, der so deutlich bei anderen Informationsquellen nicht vorhanden ist und der stärker wirkt als der Gesundheitszustand: Ob krank oder gesund – je jünger und je besser gebildet die an Gesundheitsinformationen Interessierten sind, desto eher nutzen sie für ihre Recherchen das Internet (Stroth et al. 2007; Marstedt 2003, Borch/Wagner 2009, Roski/Schikorra 2009). Auffallend ist außerdem, dass die gesundheitsbezogenen Internetnutzer sich besonders stark überschneiden mit der Gruppe der grundsätzlich eher arztkritisch Eingestellten (Dierks/Seidel 2005, Marstedt et al. 2007).

Wenn also – siehe oben – davon auszugehen ist, dass die Gruppe der gesundheitsbezogenen Internetnutzer weiter wachsen wird, stellt sich die Frage, ob damit auch die Gruppe der „Arztkritischen“ zunimmt und wie es sich auswirken könnte, wenn diese bisher jüngeren (und daher gesünderen) Nutzer im Alter mehr von Krankheiten betroffen und dadurch mehr auf das Versorgungssystem und seinen Akteuren angewiesen sein werden. Es ist gut möglich, dass das bereits eingeübte Informationsverhalten und die kritische Grundhaltung sich dann nochmals intensiviert und daraus entsprechende Konfliktpotenziale entstehen, auf die nicht zuletzt die Ärzte im Versorgungsalltag reagieren müssen

2.2.3. Themen – Worüber sich Patienten informieren

Wie zu erwarten, sind die Themen, über die sich Patienten informieren möchten, stark abhängig vom Gesundheitszustand: Akut und chronisch Erkrankte sind in erster Linie an Informationen über Krankheitsbilder und Behandlungsmaßnahmen interessiert, gefolgt von alternativen Heilmethoden, Möglichkeiten zur Gesundheitsvorsorge und Informationen über Ärzte. Akut schwer Erkrankte zeigen dabei an nahezu allen Themen das stärkste Interesse, was ebenfalls einleuchtet, weil in diesen Fällen der aktuelle Handlungsbedarf meistens am dringlichsten ist und wichtige Entscheidungen zu fällen sind (Isfort et al. 2004).

²³ So nutzen auf die Gesamtbevölkerung bezogen derzeit rund zwei Drittel der über 14-Jährigen das Internet – unter den 14- bis 29-Jährigen liegt diese Quote aber bereits bei 96 Prozent. Vgl. Eimeren van/Frees 2009.

Dabei verändern sich die Themen, die auf das intensivste Interesse stoßen, in den verschiedenen Stadien einer Krankheit, des Diagnose- und Behandlungsprozesses (vgl. Neverla et al. 2007a). Detmer et al. skizzieren dabei die Stationen einer *Patient Journey*, die vom Wahrnehmen oft noch unspezifischer Symptome, dem ersten Kontakt mit Ärzten über die Diagnose, Behandlung, Erholung/Heilung, die eventuelle Rehabilitation und den möglichen Umgang mit chronischen Beschwerden reicht (Detmer et al. 2003, 21). Auf diesem Weg werden jeweils spezifische Themen wichtig, die sich um Symptome, Krankheitsbilder, Fragen zum Versorgungssystem, Behandlungsmöglichkeiten und -folgen, Fragen des Lebensstils und der seelischen, körperlichen und sozialen Krankheitsbewältigung drehen (ebd.; vgl. ähnlich Coulter/Ellins 2006; Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2006).

Kurative Fragen stehen also im Vordergrund, sind aber nicht alles beherrschend: Themen rund um die Gesundheitsvorsorge etwa stoßen auch bei chronisch und akut Erkrankten auf großes Interesse (Isfort et al. 2004). Es gibt Hinweise darauf, dass in den vergangenen Jahren das Interesse an Informationen über Prävention generell zugenommen hat: In den repräsentativen Umfragen des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors (die also Gesunde und Kranke umfassen) lagen in den Jahren 2001 bis 2003 in der Themen-Rangliste Behandlungsmaßnahmen und Krankheitsbilder noch auf den beiden ersten Plätzen (Bertelsmann Stiftung/Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen 2005). In einer weiteren Gesundheitsmonitor-Untersuchung im Jahr 2005 landeten dagegen auf den vordersten drei Rängen präventive Themen (Baumann 2006). Auch andere Studien zeigen, dass insbesondere Fragen zu vorrangig primärpräventiven Themen wie Ernährung, Fitness und die Vermeidung von Erkrankungen zu den wichtigsten Interessen derjenigen zählen, die Gesundheitsinformationen suchen (Roski/Schikorra 2009; Borch/Wagner 2009).

Auffallend ist auch der hohe Stellenwert, den alternative Methoden bei der Informationssuche haben: Ein Viertel bis gut ein Drittel der Informationssuchenden geben an, dazu mehr wissen zu wollen (Isfort et al. 2004; Bertelsmann Stiftung/Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen 2005; Baumann 2006; Stroth et al. 2007). Gleichzeitig ist dies einer der Bereiche, in dem Informationssuchende offenbar besonders unzufrieden bleiben: In der Bremer Patientenstudie zu gesundheitlicher Information und Beratung (vgl. S. 14) kritisiert deutlich mehr als die Hälfte (57 Prozent) der komplementärmedizinisch interessierten Befragten die entsprechenden Informationsmöglichkeiten (Stroth et al. 2007). Ebenfalls als unbefriedigend bewerten in dieser Studie viele Informationsinteressierte die Möglichkeiten, sich über Medikamente und ihre Nebenwirkungen kundig zu machen – jeder Zweite findet nicht, was er dazu sucht.

Deutlich besser sieht es beim Thema Früherkennung aus: Hier bemängeln nur 22 Prozent der Befragten ein unzureichendes Informationsangebot. Gleichzeitig wird die

Frage nach dem Verhältnis von Nutzen und Risiko einer Früherkennungs-Untersuchung am häufigsten genannt, wenn es um konkrete medizinische Problem-situationen geht, in denen sich die Befragten in den letzten zwölf Monaten befanden: 45 Prozent der Frauen und 39 Prozent der Männer haben diesen Konflikt erlebt. Im Bereich Früherkennung wird also das Verhältnis zwischen dem Interesse an Informationen und dem entsprechenden Angebot als besonders positiv wahrgenommen (gerade in diesem Bereich gibt es aber große Probleme mit der Qualität der Informationen und dem Verständnis der Nutzer, vgl. unten 2.3.3.)

2.3. Vorinformierte Patienten in der Sprechstunde

2.3.1. Wirkungen in der Arzt-Patient-Beziehung

Eine grundsätzliche Frage im Zusammenhang mit vorinformierten Patienten in der Sprechstunde ist, ob der Arzt überhaupt etwas von eventuellen Vorinformationen erfährt.²⁴ In einschlägigen Umfragen geben von den Patienten, die sich eigenständig medizinische Informationen besorgt haben, nur 28 bis 50 Prozent der Befragten an, dies ihren Ärzten gegenüber zum Thema gemacht haben (Murray et al. 2003b, Isfort et al. 2004, Bylund et al. 2007). Das heißt im Umkehrschluss, eine große Gruppe²⁵ derjenigen, die sich selbst zu medizinischen Themen informiert, spricht *nicht* darüber mit ihren Ärzten und ebenso wenig über die eventuell damit auftauchenden Fragen, Zweifel und Ängste.

Die Gründe dafür sind vielfältig. Am wichtigsten scheint zu sein, wie die Patienten selber die gefundenen Informationen bewerten (Murray et al. 2003b, Imes et al. 2008, Bylund et al. 2009): Beurteilen sie die Qualität oder die Relevanz der Informationen negativ, wollen viele die Zeit in der Sprechstunde nicht damit verschwenden, darüber zu reden. Aber auch als qualitativ empfundene Information wird nicht immer mit dem Arzt diskutiert, z.B. weil sie (bei längeren Behandlungen) nicht neu ist und nur bestätigt, was die Mediziner vermittelt haben oder weil es nur darum ging, Gehörtes noch einmal in Ruhe nachzuvollziehen.

Andere Gründe für das Nicht-Thematisieren von Vorinformationen haben eher mit der Beziehungsebene zu tun und deuten auf Defizite in der Arzt-Patient-Interaktion hin (Imes et al. 2008, Bylund et al. 2009). Dazu gehört die Wahrnehmung oder Vermutung, dass keine Zeit ist, über die patientenseitigen Informationen zu sprechen ebenso wie die Furcht, der Arzt könne negativ reagieren, sich persönlich oder in

²⁴ Da es in den Ärzte-Interviews für den empirischen Teil dieser Arbeit naturgemäß nur um die Vorinformationen der Patienten gehen kann, von denen die Ärzte etwas erfahren, ist es wichtig zu wissen, wie oft diese Informationen *nicht* zur Sprache kommen (aber vielleicht dennoch auf die Arzt-Patient-Beziehung wirken). Die Interviews können gerade hier nicht das tatsächliche Informationsverhalten der Patienten abbilden.

²⁵ Nach Isfort et al. 2004 gibt jeder Fünfte an, selbst recherchierte Informationen *nicht* mit dem Arzt zu besprechen; die anderen hier erwähnten Studien machen dazu keine quantitativen Aussagen.

seinem Status als Experte angegriffen fühlen und in der Konsequenz den Patienten schlecht(er) behandeln. Auch negative Vorerfahrungen dieser Art führen eher dazu, dass Patienten eigene Informationen nicht mehr ansprechen. Rechnet man alle diese auf der Beziehungsebene liegenden Gründe zusammen, fallen sie quantitativ mehr ins Gewicht als die informationsbezogenen Motive für das Nicht-Ansprechen, auch wenn die einzelnen Aussagen (z.B. zur Angst, den Expertenstatus des Arztes in Frage zu stellen) jeweils nur Zustimmungsraten von unter 10 Prozent erreichen (Imes et al. 2008, Bylund et al. 2009).

Wenn Patienten ihre eigenen Informationen thematisieren, empfindet den Ergebnissen diverser Studien zufolge die Hälfte bis drei Viertel der jeweils Befragten die Reaktion der Mediziner als positiv, interessiert und offen (Murray et al. 2003b, Isfort et al. 2004, Bylund et al. 2007, Stroth et al. 2007, Kirschning et al. 2004; Kirschning/von Kardorff 2008).²⁶ Negative Reaktionen beziehen sich demnach oft auf inhaltliche Aspekte; Ärzte warnen dann zum Beispiel vor der ihrer Ansicht nach schlechten Qualität der genutzten Quellen oder raten Patienten von Behandlungen ab, auf die diese bei ihren Recherchen gestoßen sind. In diesen Fällen konzentriert sich die negative Reaktion also nicht auf die Tatsache an sich, dass Patienten selbstständig nach zusätzlichen Informationen suchen.

Doch eine Minderheit der Mediziner zeigt offenbar darüber hinaus, dass sie es prinzipiell nicht für hilfreich hält, wenn Patienten sich zusätzlich selber informieren und pocht auf das notwendige Vertrauen in den Arzt als Experten: In einer amerikanischen Umfrage mit 770 Teilnehmern berichten 15 Prozent der Patienten von solchen Erfahrungen (Bylund et al. 2007). Diese Wahrnehmung scheint realistisch, wie eine Studie mit rund 1050 ärztlichen Befragten zur patientenseitigen Informationssuche im Internet und der Thematisierung der Ergebnisse in der Sprechstunde zeigt: 17 Prozent der Ärzte geben an, sich dadurch von den Patienten in Frage gestellt und teilweise provoziert zu fühlen (Murray et al. 2003a).

Eine weitere mögliche negative Reaktion ist auch, dass Ärzte einfach darüber hinweggehen, dass Patienten ihre Vorinformationen ansprechen – in der Bremer Umfrage von Stroth et al. berichten 30 Prozent der Teilnehmer, dies erlebt zu haben. Interessant ist, dass jüngere Patienten insgesamt deutlich häufiger von negativen Ärzte-Reaktionen berichten (Stroth et al. 2007), was ein mögliches Zeichen für die bei Jüngeren häufiger anzutreffenden arztkritischen Haltung sein könnte (vgl. Abschnitte 2.2.1. und 2.2.2.)

²⁶ Dabei ist aber zu beachten, was ein grundsätzliches Problem bei Zufriedenheitsbefragungen von Patienten darstellt: Die Bewertungen der konkreten Erfahrungen verzerren sich leicht ins Positive, weil das Eingeständnis der Unzufriedenheit mit dem eigenen Arzt leicht auf die Patienten selber zurückfällt (die z.B. nicht fähig oder zu bequem sein könnten, sich einen besseren Arzt zu suchen oder sich mit ihren Bedürfnissen durchzusetzen). Ein Zeichen für diese Verzerrung ist, dass generell das Urteil über den eigenen Arzt sehr viel positiver ausfällt als Urteile über die Ärzte insgesamt. Vgl. dazu Stroth et al. 2007, 35; Berger et al. 2008; Hannover et al. 2000; Aust 1994).

Eines der wichtigsten Motive der Patienten, ihr Vorwissen in die Sprechstunde einzubringen, ist offenbar die Erwartung, dass der Arzt helfen kann, gefundene Informationen einzuordnen und das individuell Nützliche herauszufiltern (Murray et al. 2003b). Nach einer Studie von Bylund et al. mit knapp 240 Krebspatienten spielt aber auch der Wille eine zentrale Rolle, selber etwas zur Heilung oder Linderung von Beschwerden beizutragen und in diesem Sinn Kontrolle über die Krankheit und den eigenen Körper zu behalten oder zurück zu gewinnen. Wichtig ist außerdem das Bedürfnis, dem Arzt im Gespräch auf möglichst gleicher Augenhöhe begegnen zu können (Bylund et al. 2009).

Im Vergleich zu diesen konstruktiven bzw. partnerschaftlich orientierten Motiven wird ein ausgesprochenes Misstrauen dem Arzt gegenüber eher selten geäußert: In der Studie von Bylund et al. geben nur 6,7 Prozent der Teilnehmer an, ihre Ärzte damit überprüfen oder auf die Probe stellen zu wollen (Bylund et al. 2009)

Aufschlussreich ist ein genauerer Blick auf die Charakteristika jener Patienten, die ihre Informationen in der Sprechstunde thematisieren (Murray et al. 2003b). Zu ihnen zählen häufiger Patienten mit schlechterem Gesundheitszustand als der Durchschnitt, aber auch jene, die sich für kompetenter im Umgang mit diesen Informationen halten und dementsprechend der Meinung sind, dass sie Quellen und Inhalte mit guter Qualität finden, wenn sie selber recherchieren. Dieses größere Selbstbewusstsein in Bezug auf die eigene Informationskompetenz kennzeichnet erwartungsgemäß eher Patienten mit höherem Bildungsstand.

Wie zu Beginn dieses Abschnittes bereits erwähnt, werden die gefundenen Informationen allerdings keineswegs immer mit selbstbewusster Offenheit in das Arzt-Patient-Gespräch eingebracht: In der Untersuchung von Bylund et al. von 2007 räumt mit 44,2 Prozent ein großer Teil der 770 Befragten ein, entsprechende Inhalte nur indirekt und versteckt in das Gespräch einfließen zu lassen, indem etwa entsprechende Fakten erwähnt, Fragen gestellt oder Therapieempfehlungen gemacht werden (Bylund et al. 2007). Oft können Ärzte daher nur durch aufmerksames Zuhören oder direkte Fragen erfahren, dass, wo und worüber Patienten sich außerhalb der Sprechstunde aktiv informiert haben.²⁷

Nimmt man zusammen, dass – wie oben dargestellt – viele Patienten ihre Informationen erst gar nicht ansprechen und der Teil, der sie in das Arzt-Gespräch einbringt, dies oft auf sehr indirekte und unvollständige Art versucht, erscheint das Verhalten der Patienten durchaus widersprüchlich, wie Kivits es beschreibt:

²⁷ Ähnlich verhalten thematisieren Patienten, wenn sie von einer ärztlichen Therapieempfehlung nicht überzeugt sind: Bei Stroth et al. berichten 57 Prozent der Befragten, einen solchen Dissens mit einem Arzt schon erlebt zu haben, aber weniger als die Hälfte (25 Prozent), dass sie dies dann auch angesprochen hätten (dabei wurde allerdings nicht danach gefragt, ob der Dissens aufgrund von zusätzlichen, nicht vom Arzt stammenden Informationen zustande kam) (Stroth et al. 2007).

„While manifestly active when searching for health information on their own, informations seekers give up the searcher attitude to endorse an informations reciever role once in the consultation situation.“ (Kivits 2006, 279)

Die selbstständige und selbstverantwortliche Haltung, die sich in einer aktiven Informationssuche ausdrückt, ist offenbar für viele Patienten im direkten Arzt-Patienten-Kontakt nicht oder nur unvollständig aufrecht zu halten.

Auch wenn sie das Gespräch über die eigenen Vorinformationen also nicht immer direkt suchen, bewertet eine deutliche Mehrheit der Patienten dennoch die Wirkung dieses Vorwissens auf die Arzt-Patient-Beziehung und das Arzt-Patient-Gespräch als positiv (Murray et al. 2003b, Isfort et al. 2004, Baumann 2006). Der Arztbesuch wird dadurch oft als konstruktiver erlebt, weil das Gespräch leichter fällt, ärztliche Aussagen besser zu verstehen sind und zusätzliche Informationen zudem von der Mehrheit der Befragten als hilfreich empfunden werden, wenn Entscheidungen zu Diagnostik und Therapie zu treffen sind (Kirschning/von Kardorff 2008).

Im Vergleich zu den Patienten beurteilen Ärzte in den wenigen dazu vorliegenden Untersuchungen die Wirkungen der Vorinformationen auf die Arzt-Patient-Beziehung deutlich ambivalenter. So sind die im Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung befragten Mediziner zwar zu knapp 70 Prozent der Meinung, dass die informationsbezogene Eigeninitiative ein Interesse der Patienten ausdrückt, an dem man positiv ansetzen kann, mehr als die Hälfte sieht sich dadurch aber auch Erwartungen ausgesetzt, die als Belastung empfunden werden. Die Einschätzung, dass Vorinformationen den Patienten das Verständnis erleichtern und somit ärztliche Erklärungen ersparen, findet eine ähnlich hohe Zustimmung wie die, dass die Informationen die Patienten verwirren und so die Arbeit erschweren – auch weil das Vertrauensverhältnis gestört wird. Dabei fällt auf, dass Hausärzte die Wirkung der patientenseitigen Vorinformationen etwas negativer beurteilen als Fachärzte. (Streich 2004, Bertelsmann Stiftung/Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen 2005).

Auch ein kanadisches Review von 37 Studien zur Wirkung von Internet-Informationen beschreibt zwiespältige Einschätzungen der Ärzte zum Effekt dieser Angebote auf ihre Patienten (Jacobson 2007). Die Qualitätsfrage scheint dabei ein Dreh- und Angelpunkt der Bewertungen zu sein (vgl. ähnlich Murray et al. 2003a): Seriöse, fachlich korrekte Informationen können nach Meinung vieler Mediziner die Arzt-Patient-Beziehung eher stärken und das Krankheits- und Therapieverständnis der Patienten verbessern. Unseriöse, falsche oder halbrichtige Informationen sorgen dagegen eher für Verwirrung, Ängste und falsche Hoffnungen. Hinzu kommen Patienten, die als überinformiert und deshalb als besonders schwierig erlebt werden, vor allem wenn die Informationen eine Neigung zur Hypochondrie verstärken oder zu unpassenden Selbstdiagnosen und Therapie-Ideen führen.

Jacobsons Review zufolge machen die meisten Mediziner außerdem die Erfahrung, dass es sie mehr Zeit kostet, wenn Patienten über Vorinformationen verfügen – auch bei diese qualitativ sind. Die Ergebnisse des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors zeigen allerdings, dass daraus nicht automatisch abzuleiten ist, dass der Zeitmangel als wichtigstes Problem im Umgang mit Vorinformationen angesehen wird: Unter den befragten Ärzten sind nur knapp ein Drittel der Ansicht, dass sie auf solche Informationen nicht eingehen können, weil sie dafür keine Zeit haben (Streich 2004, vgl. auch Murray 2003a).

Auch in einer qualitativen Befragung von 51 deutschen Hausärzten zu den Vorinformationen ihrer Patienten aus dem Internet bestätigt sich das bisher hier referierte zwiespältige Bild (Stadler et al. 2009): Fast alle interviewten Mediziner glauben, dass ihre Patienten von Fülle und Inhalt der gefundenen Informationen überfordert seien (96 Prozent) und diese oft nicht korrekt interpretieren können (86 Prozent). Auf der anderen Seite ist eine ebenfalls große Mehrheit der Ansicht, dass diese Informationen die Kommunikation erleichtern (80 Prozent) und die Patienten eher in der Lage sind, gezielte Fragen zu stellen (88 Prozent). Die Autoren kommen zu dem Schluss,

„(...) dass die befragten Hausärzte mit der patientenseitigen Informationsbeschaffung im Internet nicht entweder Chancen oder Risiken verbinden. Und es zeigt auch, dass es nicht zwei Lager (Internetgegner und Befürworter) gibt, sondern von den meisten Befragten Chancen und Risiken der Internetnutzung durch Patienten gleichermaßen gesehen werden.“
(Stadler et al. 2009, 258)

Bei aller Ambivalenz bleibt dennoch festzuhalten, dass Ärzte die Wirkung der von Patienten eigeninitiativ gesuchten medizinischen Informationen auf die Arzt-Patient-Beziehung den bisher vorliegenden Untersuchungen zufolge skeptischer beurteilen als die Patienten selber.

Dies zeigt auch eine internationale Umfrage der „Health on the Net“ (HON)-Foundation, in der Ärzten und Patienten im Wesentlichen identische Fragen zum Einfluss zusätzlicher Informationen auf die Arzt-Patient-Beziehung gestellt wurden. Einerseits zeigt sich eine sehr positive und zudem zwischen Ärzten und Patienten erstaunlich übereinstimmende Bewertung von Aspekten wie der Verbesserung des Wissensstandes der Patienten und der partnerschaftlicheren Zusammenarbeit von Arzt und Patient (Zustimmungsraten zwischen gut 75 und mehr als 90 Prozent). Andererseits gehen die Bewertungen bei wichtigen Punkten auseinander, etwa bei der Frage, ob die Vorinformationen Gesprächszeit sparen (Patienten: knapp 80 Prozent Zustimmung, Ärzte 55,6, Prozent) und ob Informationen Patienten

ermutigen, die Autorität der Ärzte herauszufordern (Patienten: knapp 50 Prozent, Ärzte: 60 Prozent).²⁸

Möglicherweise hegen viele Mediziner trotz allen Willens, die eigenständige Informationssuche der Patienten positiv zu sehen und zu nutzen, doch einen Verdacht, dass damit eine Art Misstrauensantrag gegen den Arzt und seine Rolle als Experte verbunden sein könnte. Scheibler et al. sind allerdings in einer Studie mit Brustkrebspatientinnen dieser Frage nachgegangen (erneut ging es dabei um das Internet) und konnten keinen Zusammenhang zwischen der selbstständigen Suche nach krankheitsbezogenen Informationen und der Stärke des Vertrauens (oder Misstrauens) in die behandelnden Ärzte feststellen (Scheibler et al. 2006).

2.3.2. Wirkungen auf Therapie und Prävention

Lassen sich Effekte auf Outcomes wie den Gesundheitszustand, die Krankheitsbewältigung, die Therapietreue oder das Inanspruchnahmeverhalten feststellen, wenn Patienten sich zusätzlich zur Aufklärung durch ihren Arzt selbstständig medizinische Informationen beschaffen? Die diesbezügliche Studienlage erlaubt bisher keine abschließende eindeutige Antwort auf diese Frage. Zum einen, weil dazu bislang wenige, zudem widersprüchliche und unterschiedlich qualitätvolle Studienergebnisse vorliegen (vgl. zur Übersicht v.a. Coulter/Ellins 2006, Detmer et al. 2003), zum anderen aber auch, weil die Frage, ob und wie solche Effekte methodisch überzeugend zu erfassen sind, sehr komplex und umstritten ist (vgl. Klemperer 2005b; Detmer et al. 2003; Berger et al. 2008; Hannover et al. 2000; Mühlhauser/Lenz 2008; Aust 1994 und oben Abschnitt 2.1.5.).

Problematisch ist dabei unter anderem die Frage, wie subjektive (also vom Patienten empfundene Einschätzungen zur eigenen Gesundheit und Lebensqualität) und objektive Outcomes (z.B. die messbare Änderung gesundheitsrelevanter physiologischer Werte wie Blutdruck, Blutzucker u.ä.) zu bewerten sind und wie ihr Zusammenwirken erfasst werden kann. Hinzu kommt, dass ein einzelner Faktor wie die Vorinformation eines Patienten im gesamten Wirkungsgeflecht rund um Krankheit, Gesundheit und Behandlung nur schwer so überzeugend zu isolieren ist, dass sich eindeutige Ursache-Wirkungs-Beziehungen zwischen den Informationen und möglichen gesundheitsrelevanten Effekten nachweisen lassen.

Vorliegende Studien untersuchen zudem höchst heterogene Formen und Inhalte von zusätzlichen Informationen (von ausführlichen Schulungsprogrammen über

²⁸ Die sehr positive Bewertung könnte auch in der Rekrutierung der Teilnehmer begründet sein: es handelt sich um Nutzer der HON-Foundation-Website (oder damit verlinkter Seiten) und Bezieher des HON-Newsletters. Durch die damit überdurchschnittliche Internet-Affinität ist ein Selektions-Bias wahrscheinlich. Dieser dürfte sich allerdings auf die hier mehr interessierenden Unterschiede der Bewertung durch Patienten und Ärzte weniger auswirken.

Beipackzettel von Medikamenten und Patientenbroschüren bis hin zu interaktiven Computermodulen), die kaum miteinander vergleichbar sind.

Trotz solcher Einschränkungen gibt es Hinweise darauf, dass sich bei informierten Patienten die Chancen auf bessere Behandlungsergebnisse erhöhen. Dies gilt, wie Mühlhauser/Lenz in einer systematischen Übersichtsarbeit zu Patientenschulungsprogrammen darstellen, vor allem für Krankheitsbilder wie z.B. Diabetes, Asthma und Hypertonie, bei denen zwei Bedingungen erfüllt sind: 1. Das durch Informationen erweiterte Patientenwissen kann in konkretes Handeln (z.B. in den Bereichen Bewegung, Medikation, Ernährung) umgesetzt werden. 2. Die Wirkung dieses Handelns ist für die Patienten besonders gut nachvollziehbar, weil sie selbst krankheitsrelevante Werte messen können und dadurch die Möglichkeit einer direkten Kontrolle ihres Zustandes (und damit auch eine Erfolgskontrolle) haben. Umgekehrt gelte, so Mühlhauser/Lenz: Je krankheitsunspezifischer Informationen für Patienten ansetzen, desto weniger Wirkung haben sie auf Behandlungsergebnisse und Krankheitsbewältigung (Mühlhauser/Lenz 2008).

Bei Krankheitsbildern, bei denen die direkte Beeinflussung und Kontrolle krankheitsrelevanter Werte durch die Patienten nicht oder kaum möglich ist (wie z.B. meist in der Onkologie), beschreiben einige Studien dennoch subjektive und psychologische Effekte von Informationen: Besser informierte Patienten sind demnach weniger ängstlich und depressiv, mit ihren Behandlungsentscheidungen und der gesamten Therapie zufriedener und bewerten ihre Lebensqualität und ihren Gesundheitszustand positiver (Detmer et al. 2003, Coulter/Ellins 2006). Auch hier sind die Ergebnisse allerdings nicht eindeutig; die Zusammenhänge bestätigen sich nicht in allen Studien zu diesem Thema (vgl. Lehmann et al. 2009).

Generell gilt, dass sich eher Effekte zeigen, wenn Informationen in möglichst individualisierter Form zur Verfügung stehen und wenn sich dabei persönliche verbale Kommunikation und Quellen anderer Art (wie Printmedien oder Internetangebote) ergänzen (Coulter/Ellins 2006). Vor diesem Hintergrund taucht erneut die bereits oben (Abschnitt 2.2.1.) aufgeworfene Frage auf, ob Ärzte in diesem Sinn eine Rolle als moderierende Begleiter im Umgang mit den Vorinformationen spielen können und wollen.

Auch was die Compliance²⁹ angeht weisen die vorhandenen Studienergebnisse nicht in eine Richtung. Doch deutlicher als etwa bei den physiologischen Parametern zeigt sich hier ein tendenziell positiver Einfluss zusätzlicher Patienteninformationen (Detmer et al. 2003). Eine Mehrheit der Patienten fühlt sich durch selbstständig

²⁹ Zur Diskussion um das Konzept der Compliance und zur Kritik des zugrunde liegenden latent patriarchalen Verständnisses der Arzt-Patient-Beziehung siehe Klemperer 2005b, Mühlhauser/Lenz 2008, Schmacke 2009. Da das Compliance-Konzept aber nach wie vor in Forschung und Praxis gängig ist (und sich alternativ vorgeschlagene Konzepte wie das der Adherence noch nicht durchgesetzt haben), wird im Rahmen dieser Arbeit darauf zurückgegriffen.

recherchierte Informationen in ihrer Therapiewahl bestätigt oder ergänzt eine bestehende und weitergeführte Therapie durch weitere, bei den eigenen Recherchen neu kennengelernte Maßnahmen. Allerdings entscheidet sich Studien von Kirschning et al. zufolge immerhin rund ein Fünftel der Patienten aufgrund der zusätzlichen Informationen gegen die ärztlich empfohlene Therapie bzw. für eine andere Behandlung (Kirschning et al. 2004, Kirschning/Michel 2007, Kirschning/von Kardorff 2008).

Keine Aussagen erlaubt die Studienlage, wenn es um gesundheitsökonomische Auswirkungen arztergänzender Informationen geht. Zwar zeigen einige Untersuchungen, dass Behandlungen früher begonnen und häufiger nicht-invasive Therapien oder solche mit niedrigerem Risiko gewählt werden (Detmer et al. 2003). Daraus lässt sich allerdings nicht erkennen, ob dieses veränderte Verhalten Ausgaben senkt oder erhöht. Unklar ist ebenfalls, ob und in welche Richtung sich das Inanspruchnahmeverhalten durch zusätzliche eigenständig recherchierte Informationen der Patienten verändert.

Obwohl also nur beschränkte Aussagen über objektiv messbare Wirkungen eigenständig gesuchter Informationen für Patienten möglich sind, ist die subjektive Bewertung des krankheitsrelevanten Nutzens durch die Patienten selber sehr positiv: In mehreren Studien gibt eine große Mehrheit (80 bis 90 Prozent) der Befragten an, dass diese Informationen meistens hilfreich seien (Isfort 2004, Baumann 2006, Stroth et al. 2007), weil sie nach Meinung der meisten Patienten das Krankheitsverständnis verbessern (75 Prozent) und dazu motivieren, durch das eigene Verhalten die Genesung zu beschleunigen (68 Prozent) (Stroth et al. 2007; ähnlich Isfort 2004). Auch ein Teil der Ärzte nimmt die Wirkungen als positiv wahr; allerdings fällt die Einschätzung hier deutlich verhaltener aus: In der Umfrage von Murray et al. unter 1050 amerikanischen Medizinerinnen stimmt jeder vierte Arzt der Aussage zu, dass die zusätzliche Informationssuche der Patienten die Versorgungsqualität verbessert, rund jeder fünfte (21 Prozent) führt Verbesserungen des Gesundheitszustandes darauf zurück. Doch mit rund drei Vierteln (70 bzw. 75 Prozent) sieht die große Mehrheit der befragten Ärzte diese Effekte nicht (Murray et al. 2003a).

2.3.3. Problemfelder: Informationsqualität, Nutzerkompetenz und soziale Barrieren

Im den vorangegangenen Abschnitten ist zum Teil bereits deutlich worden, dass die Qualität der von Patienten recherchierten Informationen einen Einfluss darauf hat, wie diese Informationen bewertet und genutzt werden und wie sie sich auswirken. Um diese Qualität beurteilen zu können, müssen die Kriterien klar sein, nach denen gute und schlechte Qualität zu unterscheiden sind. Solche Kriterien unterliegen notwendigerweise einem kontinuierlichen Prozess der Diskussion (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003, 116ff.),

dennoch hat sich in der Forschung bzw. bei den einschlägigen kommerziell unabhängigen Institutionen mittlerweile ein Grundkonsens darüber herausgebildet, welche Mindestkriterien qualitätvolle Informationen für Patienten erfüllen sollten (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2006, Deutsches Netzwerk für evidenzbasierte Medizin 2009). Dazu gehören unter anderem:

- Konzentration auf evidenzbasierte Forschungsergebnisse
- Aktualität
- Orientierung an patientenrelevanten Behandlungsergebnissen (inclusive Lebensqualität und Therapie-Nebenwirkungen)
- optimale Verständlichkeit auch für weniger gebildete Zielgruppen
- unverzerrte, unmissverständliche Darstellung der Nutzen-Risiko-Abwägung (auch für die Nicht-Behandlung bzw. den Verzicht auf Diagnostik oder Früherkennungsmaßnahmen)
- Benennung von Wissenslücken bzw. Unsicherheiten in der Forschung
- Wiedergabe aller relevanten Informationen (unabhängig davon, in welche Richtungen sie die Patienten lenken könnten)
- Offenlegung eventueller Interessenkonflikte oder kommerzieller Interessen der Informationsanbieter

Diverse Untersuchungen zeigen, dass diese Kriterien häufig nicht oder nur unvollständig erfüllt werden (Detmer et al. 2003). Die Qualitätsfrage stellt damit ohne Frage ein Problemfeld im Bereich der Gesundheitsinformationen dar. Das belegt umfangreich das Projekt „The Informed Patient“ der Cambridge University, in dessen Rahmen 600 Studien zum Thema Patienteninformationen ausgewertet wurden (ebd.). Fazit: Die Informationen sind meist lückenhaft, wenig (laien-)verständlich, nicht auf die Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe abgestimmt und schwer auf die Situation und die Fragen der einzelnen Nutzer anwendbar. Hinzu kommt, dass Information und Werbung (z.B. von pharmazeutischen Unternehmen oder von Krankenkassen) oft nicht zu unterscheiden sind, also weder die notwendige Unabhängigkeit gewährleistet ist, noch entstehende Interessenkonflikte offen gelegt werden (vgl. dazu auch Klemperer 2005b; Mühlhauser/Lenz 2008; Spielberg 2008). Auch von einer Mehrheit der Patienten wird diese mangelnde Transparenz der kommerziellen Interessen bemängelt (Marstedt 2003).

Der Qualität von Gesundheitsinformationen im Internet kommt besondere Bedeutung zu, weil – wie in Abschnitt 2.2.2. beschrieben – zu erwarten ist, dass sich gerade dort künftig immer mehr Nutzer über medizinische Themen informieren werden. Bislang ist davon auszugehen, dass die meisten Recherchen über die Suchmaschine Google starten (vgl. Neverla et al. 2007a). Google aber gewichtet und ordnet die Such-Ergebnisse eben gerade nicht nach der Qualität der Informationen, sondern nach Methoden, die nicht zuletzt kommerzielle Anbieter nutzen, um unter die Treffer auf den ersten Seiten zu gelangen.

Auch die „freie Enzyklopädie“ Wikipedia ist eine besonders häufig genutzte Informationsquelle; die Qualität der hier bereit gestellten Gesundheitsinformationen haben Mühlhauser/Oser anhand von 22 Fragestellungen aus den verschiedensten medizinischen Fachgebieten und der Prävention untersucht (Mühlhauser/Oser 2008). Sie stellen fest, dass die Informationen bei Wikipedia nur selten falsch, aber durch Unvollständigkeit verzerrt sind und dass sie elementare Kriterien evidenzbasierter Aufklärung nicht erfüllen. Im Vergleich der Wikipedia-Informationen mit den Angeboten zweier großer Krankenkassen (AOK und Techniker-Krankenkasse) ließen sich keine wesentlichen Qualitätsunterschiede feststellen – das heißt, auch die Krankenkassen-Informationen waren in vieler Hinsicht mangelhaft.

Besonders intensiv untersucht sind Informationen und Wissensstand zum Thema Früherkennung. Und obwohl in diesem Feld ein hohes Informationsbedürfnis auf ein großes Angebot an Informationen trifft (siehe Abschnitt 2.2.3.) ist sowohl die Qualität der Informationen als auch der Wissensstand von Patienten wie Ärzten dürftig (Wegwarth/Gigerenzer 2008; Koch/Scheibler 2007, Fromm/Bente 2008). In einer Studie zur Einschätzung der Reduktion der Brustkrebs-Sterblichkeit durch ein Mammographie-Screening interpretierten nur sieben Prozent der gut 1000 befragten Frauen (im für das Screening relevanten Alter) die in den meisten Patienteninformationen als relative Risikoreduktion angegebenen Zahlen annähernd richtig (die exakt richtige Antwort gab keine der Befragten).³⁰ Der Rest überschätzte den Nutzen des Screenings in der Mehrheit drastisch (Wegwarth/Gigerenzer 2008).

Eine internationale europäische Studie mit gut 10000 Befragten bestätigte diese Ergebnisse (Gigerenzer et al. 2009): 92 Prozent der Frauen überschätzten auch hier den Nutzen des Screenings, und für 89 Prozent der Männer galt das Gleiche in Bezug auf den PSA-Test zur Früherkennung von Prostata-Krebs. Hinzu kam der Befund, dass die häufige Nutzung verschiedener Quellen für medizinische Informationen (inclusive der Ärzte) zu keiner realistischeren Einschätzung des Nutzens führte, sondern die Tendenz zur Überschätzung eher verstärkte.³¹

Gerade was die Darstellung von Risikorelationen und anderen Zahlen zur Bewertung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses von therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen angeht, weisen nicht nur Informationsmedien für Laien (darunter

³⁰ Richtig ist, dass von 1000 Frauen, die 10 Jahre lang regelmäßig am Screening teilnehmen, statt vier Frauen noch drei Frauen an Brustkrebs sterben. Die absolute Risikoreduktion lässt sich also mit einer von 1000 Frauen beziffern. In den meisten Patienteninformationen wird aber die relative Risikoreduktion von 25 Prozent angegeben (wiedergegeben bei Wegwarth/Gigerenzer 2009).

³¹ Das Resultat dieser verbreiteten (Fehl-)Einschätzungen schlägt sich auch in den Ausgaben der GKV nieder: Im 1. bis 3. Quartal 2008 stiegen die Ausgaben für Früherkennungsuntersuchungen im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 15,9 Prozent je Versicherten und im 1. bis 3. Quartal 2009 noch einmal um 21,5 Prozent. In der Pressemitteilung 2009 bezeichnete das Bundesministerium für Gesundheit diesen Anstieg als „gesundheitspolitisch gewollt“. Angesichts des geringen Kenntnisstandes auf Seiten der Leistungserbringer und Patienten ist dieser politische Wille fragwürdig, wenn Kriterien evidenzbasierter Information ernst genommen werden.

durchaus angesehene wie die Broschüren der Deutschen Krebshilfe), sondern auch Fachpublikationen vielfältige Mängel auf (Wegwarth/Gigerenzer 2008). Vor diesem Hintergrund überrascht nicht, dass auch Ärzte weder immer über die bestmöglichen Informationen verfügen, noch sie in jedem Fall sicher interpretieren können, wie Wegwarth/Gigerenzer zeigen (ebd.): So interpretierten unter 150 befragten Gynäkologen ein Drittel die Angaben zur Risikoreduktion durch das Mammographie-Screening ähnlich falsch wie die Patientinnen. Ebenso mangelhaft ist das Wissen um die Aussagekraft positiver Tests (bei Vorliegen aller dafür relevanten Zahlenwerte). In einer entsprechenden Befragung anhand eines konkreten Beispiels kamen von 160 Gynäkologen nur 21 Prozent zum richtigen Schluss (ebd.).

Die Autoren folgern aus ihren Ergebnissen, dass „der Traum von informierten Ärzten und Patienten noch weit von der Realität entfernt ist“ (Wegwarth/Gigerenzer 2008, 136). Der Grund dafür seien vor allem irreführende, intransparente Informationen (für Laien wie Ärzte) die oft auf suggestive Einflussnahme statt auf die objektive Darstellung relevanter Fakten abzielten. Hinzu kämen Mängel in der ärztlichen Ausbildung, was die richtige Interpretation von Informationen und Zahlen angeht.

Eine weitere Untersuchung zum Gesundheitswissen in der Bevölkerung zeigt, dass oft bereits grundlegende anatomische Kenntnisse fehlen (Weinman et al. 2009): In einer Befragung Gesunder und Kranker, bei der jeweils vier verschiedene Bilder die mögliche Lage der wichtigsten inneren Organe zeigten, wählten bei fast allen Organen weniger als die Hälfte der Befragten die korrekte Alternative (auch die Gruppe derer, die am jeweiligen Organ erkrankt waren).³² Eine ähnliche Umfrage vor knapp 40 Jahren brachte ähnliche Ergebnisse – trotz des größeren Angebotes an Gesundheitsinformationen hat sich hier der Wissensstand also nicht verbessert.

Neben der Qualität ist die Frage des Zugangs zu Gesundheitsinformationen ein weiteres Problemfeld in diesem Bereich. Noch entscheidender und ebenfalls als problematisch einzuschätzen ist die Frage, wie kompetent Nutzer von Gesundheitsinformationen mit diesen umgehen können und wie sich diese Kompetenz in der Bevölkerung verteilt. Neverla et al. beschreiben die Lage auf das Internet bezogen so:

„Hierbei ist jedoch zu beachten, dass das Konzept des ‚Digital Divide‘ nicht im Sinne von statischen Kategorien von ‚Usern‘ und ‚Nichtusern‘ gesehen werden kann. (...) Es ist vielmehr im Speziellen die Interpretation, Einordnung und persönliche Relevanzzuweisung dieser häufig komplexen medizinischen Informationen, an der Patienten scheitern können und bei der sie Hilfe benötigen“ (Neverla et al. 2007a, 47)

³² Ausnahmen waren bei Kranken wie Gesunden Darm und Blase (richtige Antwort zwischen 75 und 85 Prozent) und bei den Erkrankten Leber (richtige Antwort von Leberkranken 75 Prozent) und Pankreas (richtige Antwort von Diabetikern 54 Prozent).

Dieser Befund dürfte auch für die Nutzung anderer Medien gelten. Dabei zeigt sich, dass der wichtigste Einflussfaktor auf den in diesem Sinn kompetenten Umgang mit Gesundheitsinformationen sozialer Natur ist: Menschen mit niedrigerem Bildungsabschluss nutzen das Angebot zusätzlicher Informationen über Krankheit, Gesundheit und das Versorgungssystem in geringerem Umfang, thematisieren entsprechende Inhalte seltener gegenüber ihren Ärzten und haben größere Schwierigkeiten, medizinische Informationen zu verstehen, zu bewerten und auf die eigene Situation zu übertragen. Dadurch verfügen sie über ein nur unterdurchschnittliches Gesundheitswissen und nutzen Möglichkeiten wie die freie Arztwahl deutlich weniger als Menschen mit höherem Bildungsabschluss (Kickbusch/Marstedt 2008, Marstedt/Amhof 2008).

Auch bei vorsichtiger Bewertung der dargestellten Wirkungen eines aktiven Informationsverhaltens der Patienten auf Therapie und Prävention ist daher davon auszugehen, dass soziale Faktoren wie ein niedrigerer Bildungsabschluss (und auch ein niedrigeres Einkommen und der entsprechende berufliche Status, deren Einfluss aber schwächer ist) die Chancen von Patienten auf eine optimale Versorgung und Krankheitsbewältigung mindern. Auch für Ältere ab 60 Jahren ist in diesem Sinne die gesundheitliche Chancen-gleichheit reduziert, da auch für sie die beschriebenen Einschränkungen hinsichtlich Zugang und Kompetenz gelten – insbesondere für das Internet.

Allerdings gilt im Umkehrschluss nicht, dass ein hoher Bildungsgrad oder ein niedrigeres Alter generell mit überdurchschnittlichem Gesundheitswissen verbunden ist (vgl. auch 2.2.1.): Auch jeder Fünfte mit höherem Bildungsabschluss verfügt nur über unterdurchschnittliches Gesundheitswissen. Verantwortlich ist dafür vor allem die Art der genutzten Informationsquellen: Wer sein Gesundheitswissen besonders häufig aus populären Quellen wie Zeitungen, Publikumszeitschriften, Radio und Fernsehen bezieht, ist oft schlecht bzw. verzerrt informiert – auch wenn er oder sie einen hohen Bildungsabschluss hat (Kickbusch/Marstedt 2008).

2.4. Zusammenfassung und Ableitung der Fragestellung

In den vorangehenden Kapiteln wurde zunächst mit dem Blick auf die Arzt-Patient-Beziehung und ihrem Wandel der Rahmen dargestellt, in dem sich die Wirkung der von den Patienten selbst gesuchten Gesundheitsinformationen entfaltet.

Dabei wurde klar, dass – als Resultat vielfältiger gesellschaftlicher und ökonomischer Einflüsse – die Mehrheit der Patienten mittlerweile eine partnerschaftliche Gestaltung dieser Beziehung erwartet und dabei großen Wert auf eine gelungene Kommunikation legt. Dafür ist aus ihrer Perspektive ein als adäquat empfundener Umgang mit Aufklärung und Information zentral; dies betrifft sowohl Informationen

durch den Arzt als auch dessen Umgang mit den Vorinformationen der Patienten. Die Wünsche der Patienten nach einer partnerschaftlichen Beziehungsgestaltung und der entsprechenden Kommunikation werden aber oft nur unzureichend erfüllt.

In Bezug auf die Arzt-Patient-Beziehung weichen Einstellungen und Wahrnehmungen von Ärzten und Patienten in wichtigen Punkten voneinander ab: Ärzte zeigen sich skeptischer, was die partnerschaftliche Beziehungsgestaltung und das Ideal des mündigen Patienten angeht. Zudem unterschätzen sie tendenziell die Wichtigkeit der Kommunikation für ihre Patienten und überschätzen eher, wie die Qualität ihrer Informationen und ihrer kommunikativen Kompetenzen bei den Patienten ankommt. Diskrepanzen in der Arzt-Patient-Beziehung werden offenbar von Ärzten nicht immer wahrgenommen oder eher auf Zeitdruck und die kritisch beurteilten Regulierungen durch die Gesundheitspolitik zurückgeführt als primär auf Defizite im Bereich Kommunikation und Information.

Die Probleme, die sich damit im sich wandelnden Verhältnis von Ärzten und Patienten zeigen, können die Versorgungsqualität mindern. Denn trotz der angesprochenen methodischen Probleme und Einschränkungen (vgl. 2.1.5. und 2.3.2.) zeigt sich, dass eine als gelungen empfundene Arzt-Patient-Beziehung wichtige subjektive und objektive Parameter des Versorgungsgeschehens positiv beeinflussen kann (u.a. Krankheitsbewältigung, Patientenzufriedenheit, Compliance).

Vor diesem Hintergrund gewinnt der Umgang mit Informationen in der Arzt-Patient-Interaktion an grundsätzlicher Bedeutung. Denn das zunehmende Interesse von Patienten und Gesunden an Informationen zu Gesundheit, Krankheit und dem Versorgungssystem könnte die ohnehin bestehenden Spannungsfelder in der Arzt-Patient-Beziehung weiter aufladen, sie aber auch entschärfen.

Wie dargestellt, zeigen zahlreiche Studien, dass die Nutzung des wachsenden Angebots an Gesundheitsinformationen stark zugenommen hat und dass diese Entwicklung so gut wie sicher fortschreiten wird, vor allem durch das Internet. Die Art der Nutzung ist dabei sehr vielfältig; wichtigste Einflussfaktoren sind der Gesundheitszustand, der Bildungsstatus, das Geschlecht und das Alter. Die Motive der Patienten erweisen sich dabei als wenig konsistent und dem Einfluss zahlreicher, auch beim einzelnen Patienten situationsabhängig variabler Faktoren unterworfen.

Hervorzuheben sind hierbei dennoch zwei grundsätzliche Aspekte, die für den Umgang mit Vorinformationen von Patienten in der Arzt-Patient-Beziehung wesentlich erscheinen: Zum einen *kann* eine ausgeprägt ärztekritische Haltung mit einer aktiveren eigenständigen Informationssuche von Patienten zusammenhängen – meistens ist dies aber nicht der Fall. Zum anderen ist der Ansatz von Neverla et al. einleuchtend, der die patientenseitige Informationssuche als wichtigen Teil eines

Sinnkonstruktionsprozesses beschreibt, der für die Krankheitsbewältigung zentral ist (Neverla et al. 2007a, vgl. oben Abschnitt 2.2.1.)

Aus beiden Aspekten zusammen ergibt sich die Frage, ob die Ärzte bereit und in der Lage sind, auf das Kommunikationsangebot, als das sich die Informationssuche der Patienten auch verstehen lässt, nicht mit Abwehr, sondern offen zu reagieren und damit den potentiellen Sinnkonstruktionsprozess der Patienten zu begleiten. Diese Frage ist ein wesentlicher Ausgangspunkt für die vorliegende Arbeit leitende Interesse an der ärztlichen Perspektive auf vorinformierte Patienten und auf die daraus resultierende Dynamik in der Arzt-Patient-Beziehung.

Von Patienten-Seite ist das Interesse groß, gerade durch und über ihre Vorinformationen mit dem Arzt ins Gespräch zu kommen: Neben der Absicht, Selbstverantwortung zu übernehmen und eine gewisse Kontrolle über die eigene Gesundheit (zurück) zu gewinnen, ist dies das wichtigste Motiv für die Informationssuche und ihre Thematisierung in der Sprechstunde. Zudem wird auch von den meisten vorinformierten Patienten der Arzt weiter als wichtigste Informationsquelle angesehen.

In den raren Studien, die es bisher – zumal in Deutschland – zur Perspektive der Ärzte auf vorinformierte Patienten gibt, zeigt sich (ähnlich wie gegenüber partnerschaftlichen Konzepten) ein diffuses, von ambivalenten Bewertungen geprägtes Bild. Die Bewertung der Qualität der patientenseitigen Informationen spielt dabei offenbar eine wichtige Rolle; offen bleibt allerdings meist, welche konkreten Kriterien diesen Bewertungen zugrunde liegen. Darüber hinaus werden weitere Motive für (positive wie negative) Bewertungen ebenso unbefriedigend beleuchtet wie die den Urteilen zugrunde liegenden Erfahrungen der Ärzte.

Die Effekte von Vorinformationen auf die Patienten, den therapeutischen Versorgungsalltag und die Prävention sind zwar ähnlich vorsichtig zu bewerten wie jene einer guten Arzt-Patient-Beziehung, sind aber – mit vergleichbaren Einschränkungen, was Methodik und Studienlage betrifft – ebenfalls teilweise nachweisbar. Das gilt vor allem für subjektive Faktoren, die für die Krankheitsbewältigung als zentral einzustufen sind.

Vor diesem Hintergrund ist es ein wichtiges Anliegen, jene Faktoren möglichst genau zu kennen, die einen gewinnbringenden Umgang mit den Vorinformationen der Patienten innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung fördern oder hemmen. Die Erkenntnisse aus der bisherigen Forschung – vor allem was die Qualität der Informationen, die Kompetenzen im Umgang mit ihnen und die Defizite der Arzt-Patient-Kommunikation angeht – werfen hier Schlaglichter, erhellen das Feld aber nicht in ausreichender Weise.

Insbesondere die in der Versorgungsforschung als „physician factor“ bezeichnete Perspektive der Ärzte ist bislang nur unbefriedigend erfasst (Bundesärztekammer 2006, Gothe et al. 2007). Die Kenntnis dieser Perspektive ist aber ebenso wesentlich wie die bereits besser und umfangreicher erforschte Perspektive der Patienten – insbesondere für die Frage, wie Vorinformationen der Patienten hilfreich in die Arzt-Patient-Beziehung integriert werden können. Denn mögliche Barrieren auf Seiten der Ärzte werden notwendigerweise diesen zweiseitigen Prozess hemmen oder verhindern. Der empirische Teil dieser Arbeit wird sich daher mit Hilfe einer qualitativen Befragung niedergelassener Ärzte auf deren Perspektive konzentrieren, um einen kleinen Beitrag zur genaueren Kenntnis dieser Perspektive zu leisten.

Dabei stehen folgende Forschungsfragen im Mittelpunkt:

- Welche Erfahrungen machen Ärzte im Versorgungsalltag mit vorinformierten Patienten und wie gehen sie mit deren Vorinformationen um?
- Welche positiven und negativen Effekte haben aus ärztlicher Sicht die Vorinformationen auf die Patienten, die Arzt-Patient-Beziehung und das Versorgungsgeschehen?
- Welche Faktoren hemmen oder fördern aus ärztlicher Sicht einen konstruktiven Umgang mit Vorinformationen in der Sprechstunde?
- Lassen sich typische Erfahrungs-, Bewertungs- und Handlungsmuster der Ärzte und sie bedingende Einflussfaktoren beschreiben?
- Wie sehen die Ärzte ihre Rolle im Umgang mit den Vorinformationen ihrer Patienten und wie ist diese Sichtweise eingebettet in ihr Selbstverständnis als Ärzte?

3. Zur Methode der empirischen Untersuchung

Die folgenden Abschnitte widmen sich dem methodischen Vorgehen im empirischen Teil der vorliegenden Untersuchung. Dazu wird zunächst der qualitative Ansatz der durchgeführten Studie und anschließend die gewählte Methode der leitfadengestützten Experteninterviews erläutert und begründet. Darauf aufbauend geht es darum, wie die methodischen Vorgaben im Einzelnen ausgestaltet wurden. Dazu gehört die Entwicklung des Leitfadens als zentrales Instrument der Untersuchung, die Auswahl der Befragten und die konkrete Durchführung der Interviews. Am Ende des methodischen Teils wird schließlich die angewendete Auswertungsmethode vorgestellt und begründet.

3.1. Begründung des qualitativen Ansatzes

Der empirische Ansatz der vorliegenden Arbeit ist qualitativ orientiert. Dies erscheint dem Gegenstand der Untersuchung angemessen, in deren Fokus – wie oben dargelegt – die Erfahrungen, Handlungs- und Bewertungsmuster der Ärzte im Umgang mit den Vorinformationen ihrer Patienten stehen. Wie bereits aus der Darstellung der bisherigen Forschung zu diesem Thema deutlich wurde, handelt es sich hier um ein sehr komplexes Feld. Die Komplexität entsteht durch die Vielzahl an Einflussfaktoren auf die Arzt-Patient-Beziehung und damit auf den Umgang mit Patienteninformationen. Zudem sind die zu erfassenden Erfahrungs-, Bewertungs- und Handlungsmuster sehr eng miteinander verwoben.

Standardisierte quantitative Methoden können hier an Grenzen stoßen, weil sie notwendigerweise die zu untersuchende Realität im Vorfeld auf eine Weise systematisch vereindeutigen müssen, die den realen Prozessen nicht immer gerecht wird (vgl. Lamnek 1995a, 6-21). Ein Beispiel für mögliche Folgen sind die bislang vereinzelt durchgeführten quantitativen Befragungen von Ärzten zu ihrer Sicht auf vorinformierte Patienten (wie in Abschnitt 2.3.1. dargestellt). Paradoxe Weise produziert die stärker vereindeutigende standardisierte Methode dabei teilweise Ergebnisse, die diffus bleiben, weil sich in ihnen die Ambivalenz der Einstellungen nur widerspiegelt, ohne die dazu gehörigen Kontextbedingungen und Motive ausreichend zu erfassen. Dies reduziert die Erklärungskraft und damit den Erkenntnisgewinn solcher Ergebnisse.

Demgegenüber ist eines der Hauptanliegen qualitativer Forschung, dem Forschungsgegenstand gegenüber größtmögliche Offenheit zu bewahren, um gerade komplexe Forschungsfelder möglichst differenziert zu erfassen (Lamnek

1995a, 21-30; Flick et al. 2008).³³ Die zu erforschende Realität wird dabei als Resultat sozialer Interaktion verstanden:

„In diesem Verständnis erscheinen soziale Wirklichkeiten als Ergebnis beständig ablaufender sozialer Konstruktionsprozesse. Für die Methodologie der qualitativen Forschung folgt daraus als erster Ansatzpunkt die Konzentration auf die Formen und Inhalte dieser alltäglichen Herstellungsprozesse über die Rekonstruktion der subjektiven Sichtweisen der Deutungsmuster ihrer Akteure.“ (Flick et. al. 2008, 20)

Soziale Wirklichkeit hat aus dieser Perspektive Prozesscharakter, stellt sich also in der Interaktion der Akteure immer wieder neu her und wird nicht als statisch zu erfassender Forschungsgegenstand begriffen. Vielmehr geht es darum, die Prozesse zu erkennen, in denen sich soziale Wirklichkeit konstruiert und die zugrunde liegenden Deutungs-, Erfahrungs- und Handlungsmuster zu analysieren. In diesem Sinn ist es ein zentrales Anliegen qualitativer Forschung, die Konstruktion sozialer Wirklichkeit zu rekonstruieren und sich dabei stark am Alltagsgeschehen zu orientieren (Lamnek 1995a, 21-38; Flick et al. 2008). Auf den in dieser Arbeit zentralen Gegenstand bezogen geht es darum nachzuvollziehen, welche Alltagsrealität dem gesundheitspolitisch propagierten Ideal vom „informierten Patienten“ entspricht und welche ärztlichen Einstellungen und Verhaltensweisen dabei zum Tragen kommen.

Qualitative Forschung versteht sich vor dem skizzierten Hintergrund als „entdeckende Wissenschaft“ (Flick et al. 2008, 24): Eines ihrer Ziele ist die Exploration, um „eine sinnvolle Erkundung neuer und theoretisch noch wenig strukturierter Gegenstandsbereiche zu leisten“ (Lamnek 1995a, 100). In diesem Sinne sind qualitative Methoden oft die Basis für weitere quantitative Forschungen, können sie aber auch „differenzierend und vertiefend ergänzen“ (Flick et al. 2008, 26). Die Interviews im Rahmen der vorliegenden Arbeit verfolgen beide Ziele, da es – wie dargestellt – zur ärztlichen Perspektive auf (vor-) informierte Patienten zum einen wenige, zum anderen teils inhaltlich unbefriedigende Untersuchungen gibt.

3.2. Die Befragungsmethode: Leitfadengestützte Experten-Interviews

Die Gespräche mit den Medizinern sind als leitfadengestützte Experteninterviews angelegt. Leitfaden-Interviews (vgl. dazu Flick 2002, 117-145; Helfferich 2005, 19-41, 158-160) sind als Forschungsinstrument besonders geeignet, wenn

³³ Während also quantitative Forschung in Gefahr steht, die Realität zu sehr zu vereindeutigen (und dabei erkenntnismindernd wesentliche Zusammenhänge auseinanderzureißen), droht qualitativen Forschern, sich in der Offenheit und der damit verbundenen maximalen Nähe zum Gegenstand zu verlieren und dadurch die Realität nicht mehr systematisch durchdringen zu können.

„einerseits subjektive Theorien und Formen des Alltagswissens zu rekonstruieren sind und so maximale Offenheit gewährleistet werden soll, und wenn andererseits von den Interviewenden Themen eingeführt werden sollen und so in den offenen Erzählraum strukturierend eingegriffen werden soll“.
(Helfferrich 2005, 159)

Ein Leitfaden gewährleistet also schon während der Befragung die Balance zwischen den Polen „Offenheit“ und „Führung“, erleichtert aber darüber hinaus auch die Auswertung. Denn die Interview-Texte sind so zum einen bereits auf den Forschungsgegenstand und die dafür relevanten Aspekte konzentriert, zum anderen eignet sich der Leitfaden auch als erstes Kategoriengerüst für die Auswertung.

Die Definition der Befragungen als Experten-Interviews folgt im Wesentlichen den Konzepten von Meuser/Nagel und von Bogner/Menz (Meuser/Nagel 2002, Bogner/Menz 2002). Meuser und Nagel verstehen den Expertenstatus als „relationale[n] Status“, der vom Forschenden „verliehen“ wird (Meuser/Nagel 2002, 73), weil die Befragten auf eine Weise innerhalb des zu erforschenden Handlungsfeldes agieren, der ihre Äußerungen erkenntnisrelevant werden lässt:

„Von Interesse sind ExpertInnen als FunktionsträgerInnen innerhalb eines organisatorischen oder institutionellen Kontextes. Die damit verknüpften Zuständigkeiten, Aufgaben, Tätigkeiten und die aus diesen gewonnenen exklusiven Erfahrungen und Wissensbestände sind die Gegenstände des ExpertInneninterviews. ExperInneninterviews beziehen sich mithin auf klar definierte Wirklichkeitsausschnitte, darüber hinausgehende Erfahrungen, vor allem solche privater Art, bleiben ausgespart.“ (Meuser/Nagel 2002, 74)

In diesem Sinne sind die befragten Ärzte als Experten innerhalb des medizinischen Versorgungssystems und insbesondere in Bezug auf den Alltag der Arzt-Patient-Beziehung zu verstehen. Wie in der Einleitung bereits zitiert, beschreibt Schmöller Mediziner in diesem Sinn als „wichtiges, wenn nicht das wichtigste Bindeglied zwischen dem Gesundheitssystem und den Bürgern bzw. Patienten“ (Schmöller 2008, 15). Dies gilt im Konkreten auch für den Umgang mit (vor-)informierten Patienten und damit für die Frage, wie das Ideal mündiger(er) Patienten im Alltag umgesetzt wird.

Meuser und Nagel ziehen eine Grenze zwischen dem Status des Experten und eines „Betroffenen“, die sie allerdings theoretisch nicht genauer definieren.³⁴ Wesentlich scheint ihnen dafür zu sein, ob die Interview-Partner selbst von den Prozessen

³⁴ Sie illustrieren die Unterscheidung lediglich mit einem Beispiel: „Ein Lehrer, der zu Konzentrationsschwierigkeiten von Schülern interviewt wird, wird als Experte angesprochen. Liegt das Forschungsinteresse auf der psychischen Belastung, die der Lehrerberuf verursacht, ist derselbe Lehrer als Betroffener, als Einzelfall, als Teil eines repräsentativen sample oder was auch immer, jedenfalls nicht als Experte, Gegenstand der Forschung.“ (Meuser/Nagel 2002, 73)

betroffen sind, die erfasst werden sollen, so dass ihre Äußerungen auf eine Weise subjektiv gefärbt wären, die ihren Experten-Status untergraben würden (dem damit implizit eine gewisse Objektivität zugerechnet wird). Für die vorliegende Studie ist eine solche Unterscheidung allerdings nicht sinnvoll.

Denn die befragten Mediziner sind in Sachen Arzt-Patient-Beziehung einerseits durchaus im von Meuser und Nagel beschriebenen Sinn Experten. Sie sind aber als Teil dieser Beziehung andererseits auch „Betroffene“ der dazu gehörigen Dynamik, die eben nicht nur der Gestaltungsmacht der Ärzte unterliegt, sondern – gerade durch den weiter oben beschriebenen Wandel – zunehmend auch dem Einfluss der Patienten und externer Faktoren (vgl. Abschnitt 2.1.). Die befragten Ärzte können diese Beziehung daher sicher nicht „von außen“ und in diesem Sinne objektiv beschreiben und beurteilen. Als Experten in Bezug auf die Arzt-Patient-Beziehung sind sie dennoch zu bewerten, und zwar nicht obwohl, sondern *weil* sie auch „Betroffene“ sind. Entscheidend ist, dass in der Interpretation berücksichtigt wird, dass die Mediziner-Äußerungen dazu eben nicht *die* Realität, sondern ihre *Sichtweise* dieser Realität oder auch entsprechende Ideale wiedergeben.

Hilfreich ist in dieser Frage der Ansatz von Bogner und Menz, die drei verschiedene Dimensionen des Expertenwissens beschreiben, das im Experteninterview erfasst werden soll: Neben rein *technischem Wissen* zählen dazu das *Prozesswissen*, das sich aus den praktischen Erfahrungen speist, und das *Deutungswissen*, in dem sich die „subjektiven Relevanzen, Regeln, Sichtweisen und Interpretationen des Experten“ sammeln (Bogner/Menz 2002, 43f.). Das, was man den „subjektiven Faktor“ des Expertenwissens nennen könnte, bekommt hier also einen expliziteren Stellenwert als bei Meuser/Nagel.

Bogner und Menz betonen außerdem noch einen weiteren, wesentlichen Aspekt des Expertenwissens: Experten seien als Interviewpartner von besonderem Interesse, weil

„ihre Handlungsorientierungen, ihr Wissen und ihre Einschätzungen die Handlungsbedingungen anderer Akteure in entscheidender Weise (mit-)strukturieren und damit das Expertenwissen die Dimension sozialer Relevanz aufweist“. (Bogner/Menz 2002, 45)

Auf diese Weise werde das Wissen der Experten erst „praxiswirksam“ (ebd.). Diesem Ansatz folgend geht es in der vorliegenden Studie darum, mit Hilfe der leitfadengestützten Experteninterviews jenes Expertenwissen der befragten Mediziner zu rekonstruieren, das den Umgang mit den (Vor-)Informationen der Patienten prägt und so das Versorgungsgeschehen, die Arzt-Patient-Beziehung und damit die „Handlungsbedingungen“ der Patienten entscheidend beeinflusst.

3.3. Entwicklung des Leitfadens

Den oben geschilderten Prinzipien entsprechend geht es beim Einsatz eines Leitfadens darum, den Interviewpartnern Anreize zu geben, ihre Alltagserfahrungen und ihre damit zusammenhängenden Bewertungen möglichst frei zu schildern, gleichzeitig aber dafür zu sorgen, dass das entstehende Material sinnvoll fokussiert bleibt. Die Konstruktion eines Leitfadens ist damit wie auch die Interview-Durchführung selber immer eine Gratwanderung zwischen Offenheit und strukturierenden Eingriffen. Genau diese Gratwanderung kann aber fruchtbar sein, wie Meuser und Nagel ausführen:

„Auch wenn dies paradox klingen mag, es ist gerade der Leitfaden, der die Offenheit des Interviewverlaufs gewährleistet. Durch die Arbeit am Leitfaden macht sich die Forscherin mit den anzusprechenden Themen vertraut, und dies bildet die Voraussetzung für eine lockere, unbürokratische Führung des Interviews. Erfüllungsbedingung ist allerdings, dass (...) der Leitfaden nicht als zwingendes Ablaufmodell des Diskurses gehandhabt wird.“ (Meuser/Nagel 2002, 78)

In diesem Sinne wurde der Leitfaden für die Ärzte-Interviews in mehreren Schritten entwickelt (vgl. dazu Helfferich 2005, 158-169):

- *Kontinuierliche Sammlung möglicher Fragen* bereits während der Recherchen zum Forschungsstand
- *Ergänzung* durch weitere Fragen, die sich aus der Reflektion des Forschungsstandes und den zentralen Forschungsfragen ergaben
- *Selektion*: Fragen wurden gestrichen oder umformuliert, z.B. wenn sie für die zentralen Forschungsfragen nicht relevant genug, zu suggestiv, zu wenig gezielt oder zu abstrakt (d.h. zu wenig an der Alltagserfahrung der Befragten orientiert) waren. Weiter wurde entschieden, welche Fragen jeweils Haupt- und untergeordnete Zusatzfragen sein sollten
- Ordnung der einzelnen Fragen zu *Themenblöcken*
- Ordnung der Themenblöcke und Fragen in einer sinnvollen *Reihenfolge*

Der so entstandene Leitfaden (siehe Anhang, S. 133) folgt zwei zentralen Ordnungsprinzipien: Zum einen wurde angestrebt, Fragen nach Erfahrungen und nach Bewertungen so weit wie möglich zu trennen, zum anderen war es ein Ziel, den Fokus der Interviewpartner jeweils entweder auf die Patientenseite oder auf die Ärzteseite zu lenken. Ein weiterer Block sollte die Perspektive erweitern auf das Selbstverständnis der Ärzte und ihre Einschätzungen zu den Rahmenbedingungen des Umgangs mit vorinformierten Patienten. Daraus ergaben sich die folgenden Themenblöcke:

- Erfahrungen mit Patienten, die sich selbstständig informieren
- Einschätzung der Wirkungen der Vorinformationen auf die Patienten
- Einschätzung der Wirkungen der Vorinformationen auf die Ärzte und ihre Arbeit
- Einschätzungen zum Leitbild des „informierten, mündigen Patienten“
- Selbstverständnis als Arzt/Ärztin

Eine absichtlich sehr offen gehaltene Frage am Anfang des Leitfadens wurde in jedem Interview als eröffnende Erzählaufforderung eingesetzt. Darüber hinaus diente der Leitfaden lediglich als Gerüst für die Gespräche, das je nach Verlauf flexibel gehandhabt wurde – sowohl was die konkrete Ausformulierung der Fragen als auch was die Reihenfolge anging. Die eigeninitiative Erzählung der Interviewpartner sollte Vorrang haben vor dem Fragenkatalog; daher wurden vor allem untergeordnete Einzelaspekte (im Leitfaden durch Unterpunkte gekennzeichnet) in der Regel nur abgefragt, wenn diese Inhalte nicht von selber angesprochen wurden.

Der Fragenkatalog wurde in einem Pretest mit einer niedergelassenen Gynäkologin überprüft (Kürzel Gyn A; die ausgewerteten Interviews beginnen daher mit dem Kürzel Gyn B) und danach noch einmal überarbeitet. Auch nach dem ersten in die Auswertung eingegangenen Interview gab es noch einmal leichte Modifizierungen, danach wurde der Leitfaden nicht mehr verändert.

3.4. Rekrutierung der Befragten

Im Gegensatz zu quantitativen Befragungen zielen solche qualitativer Art nicht auf die Repräsentativität der gewählten Stichproben und damit der Ergebnisse. Dennoch streben auch qualitative Untersuchungen in der Regel an, dass die gewonnenen Erkenntnisse über die Einzelfälle hinaus aussagekräftig sind, z.B. durch die Rekonstruktion typischer Muster, von denen begründet anzunehmen ist, dass sie nicht nur in der Gruppe der Befragten, sondern im gesamten Feld anzutreffen sind. Ob eine solche nicht-quantitative Generalisierung möglich ist, hängt entscheidend von der befragten Stichprobe ab (vgl. hierzu Merrens 1997; Helfferich 2005, 152-156). Für ihre Zusammenstellung sollte statt des Kriteriums der statistischen Repräsentativität nach Merrens jenes der inhaltlichen Repräsentation leitend sein:

„Eine angemessene Repräsentation in diesem Sinne ist immer dann erreicht, wenn einerseits der Kern des Feldes in der Stichprobe gut vertreten und andererseits auch die abweichenden Vertreter hinreichend in die Stichprobe aufgenommen worden sind.“ (Merrens 1997, 100)

Es geht also darum, „maximal unterschiedliche und ebenso als typisch geltende Fälle“ zu rekrutieren (Helfferich 2005, 154). Ausgehend von diesen methodischen

Vorgaben wurde die Stichprobe für die vorliegende Befragung nach folgenden Kriterien rekrutiert:

- Die befragten Mediziner sollten ambulant tätig sein, weil es in der ambulanten Versorgung vielfältigere Anlässe für den Arzt-Besuch und damit unterschiedlichere Rahmenbedingungen für den Umgang mit Vorinformationen der Patienten gibt als im stationären Bereich (dies betrifft z.B. die Mischung von kurz- und langfristigen Arzt-Patient-Beziehungen, von präventiven und therapeutischen Konsultationsanlässen sowie von akuten und chronischen Krankheitsbildern der Patienten).
- Es sollten etwa zur Hälfte Hausärzte (Allgemeinmediziner und Internisten) und Gynäkologen interviewt werden. Beide Arztgruppen eint, dass in ihrer Arbeit mit Patienten neben der Therapie die Prävention eine besondere Rolle spielt, womit sich das Feld möglicher Varianten erweitert. Mit der Gruppe der Gynäkologen ist außerdem die Perspektive fachärztlicher Spezialisten einbezogen. Weiter suchen Frauen aktiver nach Gesundheitsinformationen als Männer (vgl. oben 2.2.); in der gynäkologischen Praxis müsste demnach der Umgang mit diesen Informationen eine besonders große Rolle spielen, was wiederum die potentielle Vielfalt anzutreffende Varianten erweitert.
- Die befragten Ärzte sollten vom Alter und ihren Zusatzqualifikationen her ein möglichst breites Feld abdecken und vom Geschlecht her etwa gleich verteilt sein.
- Die Befragten sollten aus dem großstädtischen Raum stammen, um das Feld der Untersuchung sinnvoll zu begrenzen (in ländlichen Regionen wirken zum Teil grundsätzlich andere Versorgungsstrukturen soziokulturelle Faktoren und auf die Arzt-Patient-Beziehung, die daher u.a. häufig noch traditioneller geprägt sein dürfte)

Auf Grundlage dieser Vorentscheidungen wurde die Gruppe der Befragten nach der Methode des *theoretical sampling* zusammengestellt (vgl. Lamnek 1995b, 92-94). Für den Zugang zu Interviewpartnern wurde auf *gate-keeper* (an Kliniken tätige Mediziner) und das Schneeballprinzip (d.h. Vermittlung weiterer Gesprächspartner durch bereits interviewte Befragte) zurückgegriffen. Dabei wurden berufliche und in geringem Maß private Kontakte der Interviewerin genutzt. Diese Kontaktpersonen selbst waren als Interviewpartner ausgeschlossen, um dabei zu erwartende Verzerrungen zu vermeiden. Zudem wurde bei den beruflichen Kontakten (aus der journalistischen Arbeit der Interviewerin) darauf geachtet, dass diese nichts mit den expliziten Themen Arzt-Patient-Beziehung und informierte Patienten zu tun hatten.

Dennoch ist anzunehmen, dass die Interviewten dem Thema „Informierte Patienten“ gegenüber offener sind als der Durchschnitt der Mediziner bzw. der Gynäkologen

und Hausärzte. Diese Verzerrung ließ sich aber im Rahmen dieser Untersuchung und der zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht komplett verhindern. Sie entsteht zudem bereits dadurch, dass vermutlich nur solche Mediziner sich Zeit für ein längeres Interview nehmen, die dem Thema eine zumindest teilweise positive Bedeutung beimessen. Es dürfte daher auch in einem größeren Untersuchungsrahmen und mit entsprechend erweiterten Ressourcen schwierig sein, Ärzte qualitativ zu interviewen, die vorinformierte Patienten grundsätzlich negativ beurteilen. Die Offenheit gegenüber den Themen der Untersuchung hat zudem auch Vorteile, denn Interesse am Thema und Lust auf einen Gedankenaustausch dazu können als wesentliche Voraussetzungen für aufschlussreiche qualitative (Experten-) Interviews gewertet werden (vgl. Meuser/Nagel 2002).

Alle Gesprächspartner bekamen vor dem Interview ein Informationspaper zu Inhalt und Zweck der Studie (siehe Anhang, S. 131). Es enthielt auch eine Vorstellung der Interviewerin und ihres beruflichen Hintergrundes. Die Interviewpartner wussten daher, dass die Interviewerin medizinjournalistisch für Publikumsmedien und Anbieter von Patienteninformationen gearbeitet hatte. Mögliche Antwortverzerrungen (z.B. zur Beurteilung von Patienteninformationen) wurden hier in Kauf genommen, weil es wichtiger schien, durch persönliche Offenheit Vertrauen zu schaffen. Diese Entscheidung folgt der Einschätzung von Bogner und Menz, die dem Ideal eines neutralen Interviewers in qualitativen (Experten-)Interviews misstrauen:

„Das Offenlegen der eigenen Position, d.h. sowohl des Erkenntnisinteresses wie auch des eigenen thematischen bzw. fachlichen Standpunktes, kann für das erfolgreiche Gespräch wesentlich fruchtbarer sein als ein Versteckspiel.“
(Bogner/Menz 2002, 64)

Im Übrigen entspricht dieses Vorgehen einem der Prinzipien qualitativer Forschung, nach dem die Subjektivität des Forschers eben nicht als Störfaktor zu tilgen, sondern als Teil des Forschungsprozesses zu verstehen und reflektierend zu kontrollieren ist (Flick 2002, 12-20; Flick 2008).

3.5. Zur Auswertungsmethode

Die Auswertung qualitativer Interviews verfolgt das Ziel, das Gesprächsmaterial zum einen zu reduzieren und zu verdichten, zum anderen vergleichbar zu machen (vgl. zum Folgenden Lamnek 1995b, 107-110, 203-218; Meuser/Nagel 2002; Mayring 2003, 20-23, 29-34, 42-71). Die Vergleichbarkeit dient dem Zweck, typische Erfahrungen, Handlungs- und Bewertungsmuster beschreiben zu können. Für das leitfadenorientierte Experteninterview erläutern Meuser und Nagel diese Strategie wie folgt:

„Anders als bei der Einzelfallanalyse geht es hier nicht darum, den Text als individuell-besonderen Ausdruck einer allgemeinen Struktur zu behandeln. Das Ziel ist vielmehr, im Vergleich mit den anderen ExpertInnen-Texten das Überindividuell-Gemeinsame herauszuarbeiten, Aussagen über Repräsentatives, über gemeinsam geteilte Wissensbestände, Relevanzstrukturen, Wirklichkeitskonstruktionen, Interpretationen und Deutungsmuster zu treffen. Es sind die Texte des Aggregates „ExpertInnen“, die wir als Ganzes zum Objekt der Interpretation machen; auf der Suche nach der Typik des Objekts behandeln wir die einzelne Expertin von vorneherein als Repräsentantin ihrer ‚Zunft‘.“ (Meuser/Nagel 2002, 80)

Neben dem Erkennen typischer Muster kann es auch wichtig sein, relevante Abweichungen zu erfassen, um Unterschiede nicht unangemessen zu homogenisieren (Lamnek 1995b, 92-94, 109). Ob diese Abweichungen über das bloße Einzelphänomen hinaus relevant sind, hängt dabei vor allem davon ab, ob die Auswahl der Befragten sowohl den Kern, als auch den Rand eines Feldes adäquat widerspiegelt (vgl. Abschnitt 3.4.). Es geht insgesamt darum, den Gesamtklang zu hören, aber trotzdem auch einzelne Stimmen oder Stimmgruppen und ihren Bezug zum gesamten „Chor“ wahrzunehmen.

Um die beschriebenen Auswertungsziele zu erreichen, wurden die Interviews einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Diese, betont Mayring, „ist kein Standardinstrument, das immer gleich aussieht; sie muss an den konkreten Gegenstand, das Material angepasst sein und auf die spezifische Fragestellung hin konstruiert werden“ (Mayring 2003, 43). Entscheidend ist, dass dabei systematisch vorgegangen wird und dieses Vorgehen für Außenstehende nachzuvollziehen und zu kontrollieren ist. Diesem Zweck dient ein Ablaufmodell, in dem die einzelnen Schritte der Auswertung im Detail zu beschreiben sind.

Für die leitfadenorientierten Experten-Interviews im Rahmen dieser Arbeit wurde ein Verfahren entwickelt, dessen einzelne Schritte im folgenden Ablaufmodell dargestellt werden. Es enthält vor allem Elemente der bei Meuser und Nagel beschriebenen Auswertungsstrategie, aber auch der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring und der bei Lamnek beschriebenen Grundstruktur für die Auswertung qualitativer Interviews (Lamnek 1995b, 107-110; Meuser/Nagel 2002; Mayring 2003, 59-71).

Erster Schritt:

Die digital aufgezeichneten Interviews werden vollständig transkribiert. Da im Fokus der Gespräche die Expertenfunktion der Interviewpartner steht, wird größtenteils auf spezielle Notationen (von Pausen, veränderten Stimmlagen u.ä.) verzichtet, die nur nötig wären, wenn persönlichere Themen oder Einzelfälle im Mittelpunkt stünden.

Zweiter Schritt:

Ein erster Lesedurchgang durch das gesamte Material, dient dazu, einen Überblick über den ganzen Textkorpus zu bekommen und erste Beobachtungen zu notieren. Danach werden in jedem Einzelinterview die für die Interpretation relevanten Textpartien ausgewählt und gekennzeichnet (bei Mayring als „Analyseeinheiten“ bezeichnet, Mayring 2003, 61; bei Meuser/Nagel als „thematische Einheiten“, Meuser/Nagel 2002, 81). Zentrales Kriterium für die Auswahl ist der thematische Bezug zu den zentralen Forschungsfragen und zum Leitfaden. Ausschlaggebend für die Wertung als zusammenhängende Texteinheit ist der thematische Zusammenhang einer Aussage, egal ob es um Wertungen, Argumentationen, die Schilderung von Erfahrungen oder eigenem Handeln geht.

Dritter Schritt:

Die ausgewählten Textstellen werden paraphrasiert. Die Paraphrasen sind dabei „protokollarisch auf den Inhalt gerichtet“ (Meuser/Nagel 2002, 84), fassen ihn also möglichst nah am Gesprochenen zusammen, ohne seine Komplexität bereits hier zu stark zu reduzieren. Ziel ist, das Material deutlich zu verdichten, dabei thematische Verbindungen und Trennlinien und erste Erfahrungs-, Deutungs- und Handlungsmuster zu erkennen.

Vierter Schritt:

Die paraphrasierten Passagen werden mit Überschriften versehen, die anders als die Paraphrasen nicht mehr der Wortwahl der Interviewten folgen und den Inhalt des Gesagten abstrahieren. Die einzelnen Überschriften werden unter übergeordnete Kategorien zusammengefasst. Im Lauf der Auswertung der ersten Interviews (in der konkreten Auswertung: nach drei der Interviews) entsteht auf diese Weise ein Kategoriengerüst. Die Kategorien sind dabei unterschiedlich stark aufgefächert: Die Kategorie „Qualität“ (Beurteilung der Qualität der Vorinformationen von Patienten durch die Ärzte) enthält keine weiteren Unter-Kategorien, die Kategorie „Wirkung“ (Einschätzung der Wirkungen der Vorinformationen) gliedert sich dagegen weiter auf, z.B. in „Verunsicherung“, „bessere Kooperation“ usw. Für Textpassagen, die den vorhandenen Überschriften nicht zuzuordnen sind, werden neue Überschriften generiert (auf deren Vorkommen hin die bisher ausgewerteten Interviews erneut durchgesehen werden). Tabelle 2 (S. 57) zeigt an einer ausgewählten Textpassage ein Beispiel für die Kategorienbildung nach den Ablaufschritten 2 bis 4.

Fünfter Schritt:

Die Textpassagen der jeweiligen Einzelinterviews werden nach Kategorien und Unter-Kategorien geordnet. So entsteht pro Einzelinterview ein neues, nach Kategorien geordnetes Dokument, das eine Art Konzentrat darstellt. Erst hier wird die ursprüngliche Chronologie der Gespräche aufgelöst. Passagen, die zwei oder mehreren verschiedenen Kategorien bzw. Unter-Kategorien zugeordnet sind, werden mehrfach verwendet.

Sechster Schritt:

Die den Kategorien bzw. Unter-Kategorien zugeordneten Textblöcke der Einzelinterviews werden nochmals durchgesehen. Dabei werden Wiederholungen und bedeutungsgleiche Passagen gestrichen. Dann werden die Textblöcke aus den Einzelinterviews in neuen Dokumenten zusammengeführt. Dabei entsteht für jede Kategorie ein neues Dokument mit den jeweils zugehörigen Textpassagen aus allen Einzelinterviews.

Siebter Schritt:

Das so reduzierte und neu geordnete Gesamtmaterial aller Interviews lässt sich nun auf typische gemeinsame Erfahrungen, Bewertungs- und Handlungsmuster hin analysieren. Entscheidend ist dabei der thematische Vergleich: wo und wie sich Aussagen decken oder unterscheiden, welche Muster bei allen Gesprächspartnern auftauchen, welche nur bei einigen oder einzelnen. Es ist zudem möglich, die nach Kategorien geordneten Einzelinterviews in ihren Grundtendenzen in diese Gesamtschau einzuordnen. Da die Transkripte der ursprünglichen Interviews als Ausgangsdateien gespeichert blieben, kann in Zweifelsfällen der Interpretation auf den Ur-Kontext der einzelnen Aussage zurückgegriffen werden.

Interview-Text	Paraphrasen	Überschriften	Kategorien
[Frage nach der Wirkung der Vorinformationen:] <i>Große allgemeine Verunsicherung an vielen Stellen.... das liegt an dieser großen Brandbreite. Welche Patientin kann, wenn sie nicht Medizinerin ist, das auswählen, was für sie persönlich zutrifft? Also, man muss diese Dinge ja mit den Befunden, die vorliegen, auch zusammenführen und sagen: Das trifft jetzt auf Sie zu und das hier können Sie alles weglassen, das brauchen Sie jetzt nicht, das trifft auf Sie nicht zu.</i> (Gyn D, 731ff.)	Vorinformationen verunsichern oft, weil Informationen zu breit und zu vielfältig sind Patientinnen können Vorinformationen nicht für ihren Einzelfall auswerten Ärzte müssen Vorinformationen im Gespräch sortieren, mit Befunden der Patienten zusammenführen	Verunsicherung durch Vielfalt der Informationen Fehlende Kompetenzen der Patientinnen Ärzte als Moderatoren im Umgang mit Vorinformationen	Wirkung – negativ: Verunsicherung Wirkung – negativ: Verunsicherung; Barrieren – fehlende Kompetenzen Patienten Handlungsmuster „integrieren“

Tabelle 2: Beispiel für die Schritte der Kategorienbildung

Ein Problem der in den einzelnen Schritten beschriebenen Auswertung besteht darin, dass sie von einer Einzelperson vorgenommen wurde. Im Rahmen dieser Arbeit war dies nicht anders möglich, ist aber als limitierender Faktor anzusehen, weil die vielfältigeren Perspektiven mehrerer Auswerter und der Austausch darüber wichtige Kontrollmechanismen im Forschungsprozess darstellen.

Ein weiteres Problem der Auswertung, das hier nicht umfassend behandelt aber angesprochen werden soll, betrifft die bereits im Vorhergehenden aufgetauchte Frage, inwieweit die Äußerungen der Ärzte die Realität widerspiegeln. Denn Interviewpartner stellen zum einen natürlich ihre subjektive Sicht dar (was im Rahmen qualitativer Forschung ja erwünscht ist), können aber dabei auch eigene Verhaltensweisen oder Einstellungen schildern, die der Realität überhaupt nicht entsprechen (z.B. berichten, dass sie jeden Patienten nach seinen nicht-ärztlichen Vorinformationen fragen, obwohl sie dies nicht praktizieren oder dass sie vorinformierte Patienten positiv bewerten, obwohl sie diese im Alltag oft als lästig empfinden).³⁵ Dieses Problem lässt sich nicht vollständig auflösen, aber verringern, z.B. indem Aussagen im Gesamtzusammenhang des in einem Interview Gesagten beurteilt und interpretiert werden.

Meuser und Nagel sind dennoch überzeugt: „Wir müssen damit rechnen, dass sie [die Experten, J.B.] uns nicht die ‚ganze Wahrheit‘ sagen.“ (Meuser/Nagel 2002, 91) Sie sind aber aufgrund ihrer Erfahrung der Ansicht, dass die Gesprächspartner den Interviewer selten absichtlich täuschen, sondern oft etwas wiedergeben, wovon sie tatsächlich überzeugt sind (was auch bei Antworten der Fall sein kann, die einen Bias durch soziale Erwünschtheit aufweisen – sie bilden dann ab, was Gesprächspartner für ein Idealbild halten). Weiter gehen Meuser und Nagel davon aus, dass weniger gelogen als häufiger etwas verschwiegen wird; es ist daher wichtig auch zu beachten, was *nicht* gesagt oder angesprochen wird, obwohl es eventuell zu erwarten wäre.

³⁵ Unbefriedigend ist hier die bei Lamnek wiedergegebene Position, nach der qualitative Forscher davon ausgehen, „dass kommunikative Akte die Bedeutungszuweisungen einer Handlungssituation auch dann repräsentieren, wenn nicht gehandelt, sondern retrospektiv oder fiktiv über einen Handlungsverlauf gesprochen wird. Daher reicht es zur Generierung von Wirklichkeit aus, wenn ein kommunikativer Akt über einen vergangenen oder fiktiven Handlungsablauf initiiert wird.“ (Lamnek 1995b, 200). Es scheint fragwürdig, die Realität auf diese Weise gleichzusetzen mit ihrer retrospektiven sprachlichen Schilderung durch die Handelnden. Spätestens, wenn wie in der Arzt-Patient-Beziehung verschiedene Akteure handeln, gerät dieses Konzept durch die verschiedenen Perspektiven an seine Grenzen.

4. Darstellung der Ergebnisse

Im Folgenden geht es darum, die Ergebnisse der Interview-Auswertung systematisch darzustellen. Da das Studienkonzept gemäß der qualitativen Ausrichtung primär darauf zielte, den Umgang von Ärzten mit vorinformierten Patienten und die zugrunde liegenden Einstellungen und Erfahrungen in möglichst vielen Varianten tiefgehend zu erfassen, zeigen die Ergebnisse ein dementsprechend vielfältiges Bild. Dieses eignet sich – auch angesichts der Größe der Befragtengruppe – nicht dazu, voneinander trennscharf abgrenzbare, modellhafte Typen des ärztlichen Umgangs mit den externen Informationen der Patienten zu konstruieren. Dagegen lassen sich im Querschnitt durch das Textmaterial typische ärztliche Erfahrungen und ausgeprägte, sich wiederholende Bewertungs- und Handlungsmuster identifizieren.

In den folgenden Abschnitten werden diese Erfahrungen und Muster ausführlich beschrieben und mit den entsprechenden Interview-Aussagen illustriert. Zunächst geht es dabei um die Frage, wie die Ärzte die Vorinformationen in der Sprechstunde überhaupt thematisieren und welche Schwerpunkte der Informationssuche ihrer Patienten sie wahrnehmen (4.1.). Danach steht die ärztliche Bewertung der Informationsqualität (4.2.) im Mittelpunkt, um schließlich ausführlich auf die Bewertungsmuster einzugehen, nach denen die befragten Mediziner die verschiedenen Effekte des selbstständigen Informationshandelns der Patienten wahrnehmen, einordnen und beurteilen (4.3. bis 4.5.).

Naturgemäß hängen die Handlungsmuster, die im anschließenden Abschnitt (4.6.) beschrieben werden, eng mit den von den Ärzten wahrgenommenen Effekten zusammen, denn sie lassen sich teilweise als Reaktionen auf diese Effekte verstehen. Dennoch sind diese Handlungsmuster nicht als Verhaltensweisen einzustufen, die bewusst systematisch eingesetzt und entsprechend reflektiert wären; dies ist nur ausnahmsweise der Fall. Stattdessen gilt für die dargestellten Handlungs- ebenso wie für die Bewertungsmuster, dass es sich dabei um Rekonstruktionen handelt, die erst durch die Interpretation aus dem empirischen Material entstehen. Dies entspricht im Übrigen dem qualitativen Paradigma, wie es weiter oben beschrieben wurde (vgl. vor allem Abschnitt 3.1.)

Auf quantitative Angaben wird in der folgenden Darstellung nicht vollständig verzichtet, sie dienen aber lediglich dazu, Tendenzen innerhalb der hier befragten Ärztegruppe aufzuzeigen und sind daher auch nicht immer konkret beziffert. Wie im Kapitel zur Methodik beschrieben, stehen quantitative Auswertungen nicht im Zentrum des Erkenntnisinteresses, u.a. weil keine Repräsentativität beansprucht werden kann.

4.1. Beschreibung der Stichprobe und des Interview-Materials

Die Gruppe der Befragten umfasst insgesamt elf niedergelassene Mediziner, die in den Großstädten Hamburg und Berlin ambulant tätig sind (vgl. zum Folgenden Tabellen 3a/3b im Anhang, S. 132).³⁶ Bis auf einen Interviewpartner, der nur Privatpatienten behandelt, verfügen alle über eine Kassenzulassung. Sechs der Interviewten sind Gynäkologen, die anderen fünf sind hausärztlich tätig (von diesen fünf Hausärzten sind drei Allgemeinmediziner, einer ist Internist und ein weiterer hat sowohl eine internistische als auch eine allgemeinmedizinische Facharztausbildung).

Die Geschlechter sind etwa gleich verteilt: Sechs der Befragten sind männlich, fünf weiblich.³⁷ Das Alter liegt zwischen 39 und 68 Jahren, der Altersdurchschnitt bei 48,5 Jahren.³⁸ Die Interviewten sind im Durchschnitt seit 20 Jahren approbiert und seit 12 Jahren niedergelassen. Vier der Ärzte arbeiten in einer Einzelpraxis, drei in einer Gemeinschaftspraxis (gemeinsame Abrechnung mit den Krankenkassen) und vier in einer Praxismgemeinschaft (reine Organisationsgemeinschaft, getrennte Abrechnung mit den Krankenkassen). Die verschiedenen Organisationsformen ambulanter ärztlicher Tätigkeit sind somit etwa gleichmäßig repräsentiert.³⁹

Die Praxisschwerpunkte und Zusatzqualifikationen sind wie beabsichtigt breit gestreut (siehe genauer Tabelle 3a/b im Anhang), so dass die Erfahrungen mit vorinformierten Patienten eine entsprechende Varianz hinsichtlich der Motive, der Patiententypen, der Art ihres Informationsverhaltens, der Themen und spezifischen Problemlagen aufweisen müssten. Insbesondere sind auch präventive Schwerpunkte vertreten, z.B. durch Mediziner mit Zusatzbezeichnungen wie Pränataldiagnostik oder Ernährungsmedizin. Zudem haben drei der interviewten Hausärzte die Zusatzbezeichnung Naturheilkunde, sodass der Bereich komplementärmedizinischer Verfahren ebenfalls in gewissem Umfang repräsentiert ist.

³⁶ Vergleichszahlen, mit denen die Verteilung in der Stichprobe zu Verteilungen in der Ärzteschaft sinnvoll in Beziehung gesetzt werden kann, liegen nur in geringem Umfang vor. Vgl. dazu die folgenden Fußnoten.

³⁷ Dieser Anteil der Ärztinnen entspricht mit 45,5 Prozent annähernd der Quote aller weiblichen niedergelassenen Ärztinnen in Hamburg, die im Januar 2009 bei 43 Prozent lag (Kassenärztliche Vereinigung Hamburg 2009); die Kassenärztliche Vereinigung Berlin konnte dazu keine Auskunft geben. Da einer der befragten (männlichen) Ärzte nur Privatpatienten behandelt, liegt die zu vergleichende Quote (der befragten Vertragsärzte) allerdings genau genommen bei 50 Prozent.

³⁸ Auch hier liegen keine wirklich befriedigenden Vergleichszahlen vor: In Hamburg lag der Altersdurchschnitt aller niedergelassenen Ärzte im Januar 2009 bei 52,1 Jahren (Kassenärztliche Vereinigung Hamburg 2009), von der Berliner KV waren Zahlen zum Altersschnitt nicht zu erhalten. Bundesweit lag der Altersdurchschnitt der Vertragsärzte 2008 bei 51,7 Jahre (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010). Beide Zahlen lassen vermuten, dass der Altersdurchschnitt der Stichprobe leicht unterdurchschnittlich ist; zudem liegt der Median mit 45 unter dem Mittelwert.

³⁹ Die Kassenärztliche Bundesvereinigung gibt den Anteil der Gemeinschaftspraxen an allen vertragsärztlichen Praxen mit 21,2 Prozent an (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010). Der Anteil an der Stichprobe wäre im Vergleich dazu leicht überdurchschnittlich (27 Prozent in der gesamten Stichprobe, 30 Prozent unter den befragten Vertragsärzten).

Auch die Anzahl der Krankenscheine pro Quartal wurde abgefragt; allerdings ist die Vergleichbarkeit hier gering, weil die Umrechnung der Scheine auf den einzelnen Arzt in Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften komplex ist und exakte Daten hierzu für das Interview teilweise nicht zur Verfügung standen. So zeigt sich hier in erster Linie, wie groß die Spannweite ist, was allein der Blick auf die vier Einzelpraxen zeigt, bei denen die Zahl der von den Ärzten angegebenen Krankenscheine pro Quartal zwischen 500 und 1300 liegt.

Von Interesse ist ferner, ob die Ärzte (oder die jeweiligen Gemeinschaften) eine eigene Praxis-Homepage haben – denn dies könnte einen Hinweis auf die eigene Affinität zum zunehmend einflussreichen Kommunikationsmedium Internet geben. Knapp die Hälfte der Befragten (6 von 11) ist mit einer eigenen Homepage im Internet präsent. Dabei fallen die Angebote allerdings sehr unterschiedlich aus, was Umfang, Vielfalt und das Ausmaß der kontinuierlichen Pflege der Inhalte angeht.

Die Interviews wurden in den Praxis- oder Büroräumen der Ärzte durchgeführt und mit Einverständnis der Befragten digital aufgezeichnet. Die Interviewpartner zeigten sich sehr kooperativ und nahmen sich ausreichend Zeit für die Interviews. Im Durchschnitt dauerten die Gespräche 66 Minuten, wobei die Länge zwischen 45 Minuten und 1 Stunde 33 Minuten variierte. Die Transkripte umfassen zwischen 35500 und 68000 Zeichen, der Schnitt liegt hier bei 53400 Zeichen.

4.2. Vorinformationen als Thema in der Sprechstunde

Es gehört nicht zu den Standards der Anamnese bzw. der ärztlichen Gesprächsführung, mögliche Vorinformationen der Patienten zu thematisieren bzw. explizit danach zu fragen. Nur vereinzelt berichten die Interviewpartner, dass sie ihre Patienten direkt darauf ansprechen. Dies geschieht offenbar eher ausnahmsweise und eher in besonderen Phasen einer Behandlung wie z.B. direkt nach der Diagnose einer bedrohlichen Erkrankung:

„Bei Krebserkrankungen frage ich nach, bei Erstdiagnosen: Haben Sie schon recherchiert? Haben Sie selber schon geguckt? Wie geht's Ihnen damit, wie fühlen Sie sich? Einfach... um so zu gucken, wo steht der Patient.“ (HA K, 424ff.)⁴⁰

Eine Aussage dieser Art ist die Ausnahme; die meisten der befragten Ärzte handeln hier weniger aktiv, sondern reagieren, wenn Patienten von sich aus ihre

⁴⁰ Zitate aus den Interviews werden mit dem Kürzel des jeweiligen Gesprächspartners (siehe Tabellen 3a/3b im Anhang, S. 132) und mit der jeweiligen Zeilenangabe im Transkript (in Klammern) nachgewiesen. Wird die Bezeichnung des Interviewpartners in den Lauftext eingebaut, wird aus Gründen der Lesbarkeit das Kürzel ausgeschrieben; in Klammern wird die Abkürzung verwendet

Vorinformationen zur Sprache bringen oder Andeutungen machen, sich selber informiert zu haben. Dennoch gehen die Mediziner in der Regel davon aus, dass sie den Wissensstand der Patienten gut einschätzen können. Exemplarisch ist hier Gynäkologe G, der überzeugt ist, „dass ich immer einen Eindruck habe über den Informationsstand der Patientinnen“ (Gyn G, 450ff.), weil er im Gespräch – z.B. an entsprechenden Fragen – merke, was sie schon wissen oder zu wissen glauben.

Wenn Patienten ihre Vorinformationen thematisieren, geschieht das nach den Schilderungen der Interviewpartner meistens rein verbal, doch einige Patienten bringen auch entsprechendes Material wie Zeitungsausschnitte oder Beipackzettel mit. Besonders Internetartikel erhalten die Mediziner mittlerweile auch per Mail, wenn sie ihren Patienten diesen Kommunikationsweg anbieten.

Das Internet wird von den Interviewpartnern als Informationsquelle der Patienten am intensivsten wahrgenommen. Am häufigsten besuchte Einstiegsseiten sind ihrem Eindruck nach *Google* und *Wikipedia*. Auffallend ist, dass acht von elf Befragten Betroffenen-Foren und -Chats besonders hervorheben und sie als oft genutzte Möglichkeit für Information und Austausch einstufen. Andere häufig genannte Patienten-Informationsquellen sind Zeitschriften (auffallend oft wird hier namentlich die *Apotheken-Umschau* erwähnt), Zeitungen, Fernsehen und das soziale Umfeld. Jüngere und Gebildetere präsentieren den Interviewäußerungen zufolge häufiger Informationen und häufiger solche aus dem Internet, die anderen Quellen werden häufiger von älteren Patienten erwähnt. Als einflussreich nehmen die Interviewpartner auch die Informationen durch andere Ärzte wahr – entweder Kollegen in der Klinik oder niedergelassene Mediziner anderer Fachrichtungen. Auffallend ist ferner, dass offenbar auch Angehörige oft für die Patienten recherchieren, insbesondere, wenn diese nicht über die entsprechenden Kompetenzen oder Möglichkeiten wie z.B. einen Internet-Zugang verfügen.

Was die Themen der Informationssuche und die besonders informationsaktiven Patiententypen angeht, spiegelt sich in den berichteten Erfahrungen eine große Vielfalt wider, in der nur wenige Schwerpunkte auszumachen sind. Besonders häufig informieren sich demnach Patienten mit schweren, bedrohlichen, sehr seltenen und/oder besonders komplexen und kompliziert zu behandelnden Krankheiten. Ein weiteres Schwerpunktthema scheinen komplementärmedizinische, „alternative“ Methoden und Medikamente zu sein sowie Leistungen, die Patienten selber zahlen müssen. Bei diesen Selbstzahlerangeboten handelt es sich oft um so genannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IgeL) aus dem Bereich der Diagnostik und Früherkennung. Auch Informationen zu weiteren präventiven Themen wie Pränataldiagnostik, Impfungen oder zu Fragen gesunder Ernährung begegnen den Ärzten häufiger. Darüber hinaus wird wiederholt die Lotsenfunktion von Arztsuchmaschinen erwähnt.

Die befragten Mediziner sind einhellig der Ansicht, dass sich Patienten heute sehr viel mehr informieren als früher, dazu vielfältigere Quellen nutzen, dass sie diese Vorinformationen viel häufiger in der Sprechstunde thematisieren und die Patienten zum Teil auch besser informiert sind als in vergangenen Zeiten:

„Also früher haben Patienten nicht so gewusst, was sie alles nehmen, ja. Und jetzt können die sogar die Wirkstoffgruppe einteilen. Also wenn ich als Klinikarzt Patienten aufgenommen habe, wo ich nicht wusste, was die genommen haben – die haben jedes Medikament aufgezählt und wussten genau: Ist es ein Beta-Blocker, sind es ACE-Hemmer, Calcium-Blocker... Also, das sind Informationen, die ich eigentlich erst im Studium gelernt habe, wusste ich ja vorher nicht. Und die sind keine Mediziner und die wissen's aber.“ (HA I, 1277ff.)

Generell bewerten die befragten Mediziner den Wissensstand ihrer Patienten allerdings nicht durchweg so positiv (auch diese Interviewpartnerin nicht), sondern bemängeln viele Fehlinformationen und -einschätzungen, wie sich im Folgenden zeigen wird.

4.3. Bewertung der Qualität der Vorinformationen und der Quellen

Die Qualität der Informationen, die für Patienten zur Verfügung stehen, sehen die Ärzte sehr kritisch, beurteilen sie aber auch nicht durchgängig als schlecht. Das Angebot im Internet bewerten allerdings alle Befragten zumindest teilweise negativ. „Früher hat man gesagt, Papier ist geduldig,“ sagt Gynäkologin B, „inzwischen ist das Internet geduldiger. Da ist ja alles Mögliche drin.“ (Gyn B, 125ff.) Die Rede ist vom „Wildwuchs“ und vom „Informationschaos“ (HA J, 273/274), vom „Wust der Informationen“ (HA H, 1096), die Internet-Angebote seien „zu unselektiert“ (Gyn G, 25) und es sei meist kontraproduktiv, wenn die Patienten „wild mal irgendwo rumgooglen“ (HA H, 144f.) und dann über zahlreiche Links „im Irgendwo landen“ (Gyn D, 303).

Mit besonderem Argwohn werden Foren und Chats Betroffener betrachtet. Hausärztin K berichtet, es sei gängige, auf Fortbildungen oft weitergegebene „Lehrmeinung“ (HA K, 167), dass Foren selten geeignete Informationen bieten können. Sie teilt diese Einschätzung, wie der Großteil der Befragten:

„Weil sich da einfach die Leute melden, bei denen was schief lief, sei es medizinisch-fachlich, meistens aber was schief lief in der Kommunikation, die sich... die sich dann in den Foren austoben und einfach auskotzen. Und die Leute, denen es gut geht und bei denen ja alles gut verlief und die jetzt keine Probleme mehr haben, die kommen ja gar nicht auf die Idee, da was reinzuschreiben.“ (HA K, 176ff.)

Informationen aus Foren werden in diesem Sinn als zu subjektiv und ins Negative verzerrt eingestuft. Doch auch sonst bekommen Informationen aus dem Netz oder anderen Medien häufig die Bewertung mangelhaft, weil sie verzerrt, unvollständig, „einseitig“, „völlig falsch“ (Gyn F, 137/138), „reißerisch“ (Gyn C, 449), „sehr verfremdet dargestellt“ (Gyn D, 477f.) seien.

Drei der elf Interviewpartner gehen ausführlicher auf das Problem fehlender Neutralität vieler Informationsangebote ein (auch hier wird wieder die *Apotheken-Umschau* erwähnt), hinter denen oft verdeckte kommerzielle Interessen vor allem der Pharmabranche stünden. Einzelne kritisieren in diesem Zusammenhang auch Kollegen, die z.B. auf ihren Homepages oder in den Medien bestimmte Therapien oder Diagnosemethoden propagierten; dabei gehe es oft um Leistungen, die Patienten selber zahlen müssten. Selbst in Arztbriefen, sagt Hausarzt H, seien die kollegialen Informationen nicht immer seriös. Er schildert als Beispiel den Brief eines Klinik-Chefarztes für Chirurgie:

„Da war die Hälfte dieses Arztbriefes... war nur die Empfehlung eines Produktes, wo sie also die Vorteile, die Nachteile geschildert haben. Habe ich erst mal gedacht: Prima, ist ja toll. Guck mal, die schreiben nicht nur auf, das soll sozusagen rezeptiert werden, sondern die schreiben auch auf, welche Informationen es dazu gibt. Aber das waren gefilterte Informationen - total gefiltert.“ (HA H, 994ff.)

Doch externe Informationen werden nicht durchweg kritisiert. Sogar im Internet bewerten die Interviewten manches als hilfreich: So wird die Qualität der Informationen in der freien Online-Enzyklopädie *Wikipedia* mehrfach positiv hervorgehoben. Hausarzt J meint: „Die sind recht differenziert, muss ich sagen. Sehr schön gegliedert – was medizinische Fragen anbelangt, ist das fast wie so ein kleines Lehrbuch.“ (HA J, 163ff.) Auch Gynäkologin D betont mehrfach, dass es zu vielen Themen gute Informationsangebote für Laien gebe, sowohl im Internet als auch in Broschüren etwa der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Deutschen Krebsgesellschaft und auch von der Pharma-Industrie. Und Gynäkologin E sieht in den unendlichen Verzweigungen des Internets auch Vorteile: „Man kann mehr in die Tiefe gehen.“ (Gyn E, 282f.). Ihr Fazit: „Summa summarum ist diese ganze Medienlandschaft nicht falsch.“ (Gyn E, 2502f.)

Auffallend ist, dass die meisten der Befragten nicht genau wissen, wo sich ihre Patienten informieren. Zum anderen kennt der Großteil über die häufig erwähnten Seiten der jeweiligen Fachgesellschaften hinaus keine oder nur wenige speziell auf Laien zugeschnittene nicht-kommerzielle Quellen, die zu empfehlen wären. Das gilt im Besonderen für das Internet. Es scheint, dass kaum einer der Befragten einen Überblick über wichtige Laienquellen seines Fachgebietes oder Praxis-Schwerpunktes hat, um so vielleicht selbst ausgewählte Adressen empfehlen oder

vor schlechten begründet warnen zu können (nur Gynäkologin D berichtet z.B., sich bewusst Patientenforen angesehen zu haben, „um auch mal zu wissen, woher das alles kommt“ [Gyn D, 474f.]).

Auch Fragen nach den Kriterien für als gut zu bewertende Patienteninformationen sind für die meisten der interviewten Ärzte nicht leicht zu beantworten. Zwei der Befragten (Gyn B, HA H) nennen hier explizit die Evidenzbasierung als wichtiges Qualitätsmerkmal. Ansonsten folgen die Bewertungen offenbar zu einem guten Teil impliziten, wenig reflektierten Urteilen. Meist erst auf mehrere Nachfragen oder abgeleitet aus der Kritik an Informationsinhalten kristallisieren sich dennoch einige Qualitätsmerkmale heraus. Dazu zählen Verständlichkeit, Vollständigkeit (wobei teilweise ja auch ein Zuviel an Information kritisiert wird), ein wissenschaftlicher Hintergrund (weshalb oft Fachgesellschafts-Angeboten empfohlen werden), Neutralität, keine „Panikmache“ (HA K, 744) und kein Dogmatismus und eine möglichst anschauliche, auch mit bebilderten Elementen arbeitende Darstellungsweise.

4.4. Konfliktträchtige Effekte der Vorinformationen

Aus der Sicht der befragten Ärzte entstehen durch die eigenständige Informationssuche und die Vorinformationen ihrer Patienten vielfach neue oder zumindest verschärfte Problemlagen, die ohne diese „dritte Kraft“ in der Interaktion zwischen Arzt und Patient nicht auftreten würden. Die wichtigsten dieser aus Ärztesicht konfliktträchtigen Effekte werden im Folgenden anhand der entsprechenden Äußerungen aus den Interviews beschrieben.

4.4.1. Überforderung und Verunsicherung der Patienten

Alle befragten Ärzte sind der Meinung, dass viele Patienten durch externe Informationen immer wieder überfordert und dadurch verunsichert sind. Als Grund dafür wird vor allem die fehlende fachliche Kompetenz angeführt, ohne die falsche Informationen nicht erkannt, aber auch qualitätvolle Angebote nicht konstruktiv genutzt werden könnten. Gynäkologin D beschreibt das Dilemma so:

„Es kann schwierig sein, weil viele überinformiert sind, alles lesen und alles durcheinander bringen, weil sie natürlich nicht das medizinische Verständnis dafür mitbringen“ (Gyn D, 21ff.).

Sie weist auf die große Bandbreite an Informationen vor allem im Internet hin und fragt rhetorisch: „Welche Patientin kann, wenn sie nicht Medizinerin ist, das auswählen, was für sie persönlich zutrifft?“ (Gyn D, 739ff.) Als Resultat dieser fehlenden Kompetenzen beobachtet Hausärztin K:

„Die meisten Leute fühlen sich verunsichert, einfach auch durch die Fülle an Informationen und durch die Bandbreite, die eine Erkrankung ausmachen kann. Durch die Bandbreite an Therapievariationen und -möglichkeiten, wo sie einfach nicht einschätzen können, was trifft jetzt eigentlich auf mich zu. Verunsichert dann eben durch die Foren, entsprechend schwere Verläufe, was einfach wieder Angst machend wirkt. Und wo sie nicht wissen, wo kann ich mich da abgrenzen, inwiefern gehöre ich jetzt in die Gruppe, wo es auch so schwer verläuft, ja. Da entstehen vermehrt Ängste.“ (HA K, 787ff.)

Weil Patienten die Vielfalt der Informationen nicht ordnen, filtern und auf den eigenen Einzelfall anwenden können, beobachten die Ärzte häufig eine „Fehlverwertung“ (HA J, 286) – sogar bei grundsätzlich korrekten Informationen. Auch Hausarzt J findet daher das Informationsverhalten mancher Patienten nicht sinnvoll und schildert – in leicht selbstironischem Duktus – seine Gedanken dazu, die aus der Erfahrung herrühren,

„dass es auch manchmal um Themen geht, wo ich mir denke: Das reicht doch, wenn ich das weiß, das musst du nicht auch noch wissen. Denn verstehen tust du das sowieso eigentlich nicht. Das ist mir schon selber schwer genug gefallen [lacht], aber ich hab's jetzt gepackt und so. (HA J, 1234ff.)

Hier deutet sich ein Muster an, das in verschiedener Ausprägung immer wieder in den Interviews auftaucht: Die Informationen verschieben das Verhältnis zwischen Experten und Laien – und die Ärzte empfinden es häufig als ineffizient und für den Patienten wenig hilfreich, wenn ihr Expertenwissen nicht ausreichend genutzt wird.

So kämen Patienten durch selbst recherchierte Informationen oft auf falsche, irreführende und möglicherweise beängstigende Ideen. Hausarzt H gibt dafür ein Beispiel, in dem ein Patient nach einer Untersuchung beim Röntgenologen selber den Befund liest, den er für den überweisenden Hausarzt mitbekommen hat:

„Und da steht jetzt drin: eine basale Peribronchitis minimaler Art oder so. Und dann denkt er: Oh Gott, was könnte das jetzt sein. Und dann gehen sie rein ins Netz und gucken, was bei Peribronchitis alles steht, ja. Und dann kommt ein Wust von Information, das kann von Krebs bis völlig harmlos alles sein, und dann stehen sie plötzlich da und sind verunsichert, ja, und denken: Oh Gott, hoffentlich habe ich da nicht sowas. Da ist es nur verunsichernd.“ (HA H, 1088 ff.)

Von Beobachtungen ähnlicher Art berichten die befragten Ärzte vielfach und variantenreich; sie zählen offenbar zu den zentralen Erfahrungen mit vorinformierten Patienten. Gerade im Bereich präventiver Diagnostik wird häufig ein Übermaß an Information ausgemacht, das unnötige Ängste schüre. Gynäkologen schildern solche

Erfahrungen besonders häufig mit Schwangeren: Vier der sechs befragten Frauenärzte sind der Meinung, dass viele dieser Patientinnen heutzutage oft überinformiert und dadurch überängstlich seien und sehen darin einen kontraproduktiven „Perfektionismus“ (Gyn D, 92).

Einige der befragten Mediziner heben hervor, dass Patienten vor allem falsche Ursache-Wirkungs-Beziehungen herstellen. Das führe zum Beispiel zu falschen Selbstdiagnosen und Therapieideen oder zur falschen Bewertung von Medikamentennebenwirkungen, weil wichtige Aspekte nicht berücksichtigt werden. So schildert Hausärztin I das Beispiel eines Patienten mit Reizhusten, der gelesen hat, dass dies eine Nebenwirkung seiner blutdrucksenkenden Medikamente sein könnte und nun überzeugt ist, dass dies bei ihm der Fall sei – obwohl die Art seiner Beschwerden nahe legt, dass deren Ursache nicht die Pillen, sondern die zwanzig Zigaretten sind, die der Patient täglich raucht (HA I, 616ff.).

Auch in Sachen Risiko-Bewertung seien viele Patienten überfordert bzw. würden durch fehlende oder irreführende Angaben unnötig verunsichert, wie Gynäkologe G an einem Beispiel schildert:

„Wenn sie ein Kind nach der Geburt haben und der Mutter sagen: Ihr Kind hat eine Vier-Finger-Furche... die setzt sich ins Internet, findet da nur Trisomie 21 und hat natürlich den großen Horror, obwohl natürlich viele Gesunde auch damit herumlaufen.“ (Gyn G, 172ff.)

Vor allem bei medikamentösen Therapien heiße gut informiert sein, „Nutzen und Risiko richtig abwägen zu können“, sagt Gynäkologe F, „und das ist ein Riesendilemma, nicht nur für Patienten, sondern leider auch für Ärzte - können Sie gleich hinten dranhängen.“ (Gyn F, 36ff.) Patienten wie Ärzte seien allzu oft „Risiko-Analphabeten“ (Gyn F, 55f.) und daher nicht fähig, entsprechende Informationen richtig zu interpretieren.

Auch was die kritische Bewertung der Anbieter von Informationen und ihrer oft verdeckten kommerziellen Interessen angeht, beurteilen einige Interviewpartner die Kompetenzen der Patienten als nicht ausreichend (vgl. auch Abschnitt 4.3.). Hausarzt H nennt das Beispiel der als Quelle oft erwähnten *Apotheken-Umschau*, die nachweislich auch redaktionell „rein in Pharma-Hand“ sei (HA H, 162) und in ihren Texten entsprechende Therapien und Medikamente propagiere: „Die Patienten können das natürlich nicht differenzieren. Die lesen dann einen Artikel und sagen: So muss es sein.“ (HA H, 171ff.)

Insgesamt zeigt sich in den Interviews, dass die befragten Mediziner die Kritik- und Urteilsfähigkeit der Mehrheit ihrer Patienten niedrig einstufen und ihnen damit wichtige Kompetenzen für die eigenständige Informationssuche und den sinnvollen

Umgang mit den Ergebnissen absprechen. Hier liegt für die meisten Befragten eine wesentliche Ursache für die teilweise kontraproduktiven Wirkungen externer Informationen.

4.4.2. Misstrauen und Spannungen in der Arzt-Patient-Beziehung

In den Äußerungen der Mediziner wird vielfach deutlich, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient durch den Einfluss externer Informationen belastet und in Einzelfällen auch zerstört werden kann. Einige Ärzte schildern ihren Eindruck, dass manche vorinformierte Patienten sie mehr oder weniger gezielt austesten wollen. Hausärztin K beschreibt diese Erfahrung ebenso wie ihren Willen, damit konstruktiv umzugehen:

„Das ist schon so ein blödes Gefühl, wo ich dann auch meistens dann erstmal etwas schlucken muss... und mich so innerlich sammeln muss – und dann ist es aber okay. Dem muss ich jetzt eben genau auseinandersetzen, warum er welche Therapie hat.“ (HA K, 1724ff.).

Auch Hausarzt J fühlt sich manchmal „abgeprüft durch so bestimmte Fragen, die man sich schon so zurechtgelegt hat“ und sieht das vor allem bei neuen Patienten durchaus als Barriere für ein vertrauensvolles Arzt-Patient-Verhältnis:

„Dann hab ich's natürlich etwas schwerer, überhaupt erst mal so ein Feeling für solche Leute zu kriegen und... und denen zu erlauben, auch ein Feeling zu mir zu kriegen, weil da ganz viel zwischen uns schon steht an... eigentlich an Argwohn und an Ängsten und so. (HA J, 77ff.)

Auffallend häufig (von vier der elf Befragten) wird in den Interviews eine Art negativer Prototyp des Ärzte austestenden, kontrollierenden Patienten beschrieben: Lehrer und Lehrerinnen lassen bei Medizinern offenbar schnell die Alarmglocken läuten. Typisch ist dafür Hausarzt L:

„Wenn's eine... jetzt mal spitz: eine 40-jährige kinderlose geschiedene Lehrerin mit Doppelnamen ist, dann... und die sich... und die obendrein noch informiert ist und dann am Montag um 8:30 Uhr dieses Thema besprechen möchte, dann bin ich da... also dann weiß ich, das sprengt mir jetzt die Sprechstunde.“ (HA L, 65ff.)

Ähnlich wie Hausarzt J sieht sich L dann manchmal in einer „Art Prüfungssituation“, in der man sich manchmal fühle „als hätte man seine Hausaufgaben nicht gemacht“ (HA L, 232 ff.). Potentiell destruktiv werde die eigenständige Informationssuche aber

erst, wenn Patienten sie benutzen, um „irgendwelche Behandlungsfehler aufzuspüren“ (HA L, 138f.) und damit ein ganz grundsätzliches Misstrauen zeigen.

Im Spannungsfeld Misstrauen–Vertrauen kann der Umgang mit den Vorinformationen der Patienten offenbar zur Gratwanderung werden. Denn keiner der befragten Ärzte will sich grundsätzlich der Aufgabe verweigern, informationsbedingten Zweifeln oder Einwänden auf Patientenseite zu begegnen. Die Mehrheit macht aber deutlich, dass sie dafür ein solides Grundvertrauen für unabdingbar halten. Gynäkologin E beschreibt dieses Spannungsverhältnis, das über den Einfluss der Vorinformationen der Patienten hinaus ein heikles sei:

„Wenn jemand mir Misstrauen zeigt, ist es ja primär erst mal okay. Also das finde ich jetzt erst mal nicht schlimm. Wenn jemand was kritisch hinterfragt und... und so weiter. Aber Misstrauen ist natürlich für eine Arzt-Patienten-Beziehung extrem problematisch. Misstrauen entsteht ja nicht nur aus der Information heraus, sondern auch aus der Erfahrung... was hat der schon hinter sich, mit Krankenhäusern, mit anderen Ärzten... Und Misstrauen ist sicherlich... Also die Basis einer vernünftigen Arzt-Patienten-Interaktion oder überhaupt der Interaktion zwischen Menschen ist ja auch eine gewisse Form von Vertrauen. Und Misstrauen ist da kontraproduktiv.“ (Gyn E, 1268ff.)

Die hier umschriebene Grenze zwischen akzeptabler Skepsis und destruktivem Misstrauen muss im Umgang mit manchen vorinformierten Patienten immer wieder ausgelotet werden – in durchaus mühsamen Prozessen, die den Ärzten auch emotional Einiges abverlangen. Gynäkologin E beschreibt ihre Reaktion auf solche hartnäckig zweifelnden Patienten, die sie vor allem als anstrengend empfindet, wenn sie Informationen aus sehr subjektiven Quellen wie den Betroffenen-Foren vortragen:

„Na ja, ich versuche schon neutral zu bleiben, aber ich merke so, wie's in mir hochkommt und ich denke: Oh, das schon wieder... also so. Aber ich muss natürlich professionell überkommen. Das darf ich mir nicht anmerken lassen, das ist klar. (Gyn E, 797ff.)

Im Umgang mit dem potentiellen Misstrauen der Patienten zeigt sich erneut das bereits angeklungene Muster (vgl. Abschnitt 4.4.1.) eines verschobenen, neu zu verhandelnden Verhältnisses Experte–Laie. Auf dieses Verhältnis wirken die Informationen aus anderen Quellen wie eine dritte Kraft, die sich der Kontrolle der Ärzte teilweise entzieht. Die Arzt-Patient-Beziehung verwandelt sich so in eine „Dreiecksbeziehung“ (HA J, 569), in der immer wieder um die Informationshoheit konkurriert wird:

„Es stört mich, wenn also... wenn man spürt, die Patientin glaubt eigentlich mehr dem, was sie irgendwo gelesen hat: Es steht ja im Internet. Dann muss

es ja wohl stimmen, ja. Dieses Schwarz auf Weiß, das ist von hoher Autorität... Vielleicht ist man auch in seiner... ist man auch gekränkt. Ich weiß es nicht.“ (Gyn F, 300ff.)

Im weiteren Gespräch kommt Gynäkologe F noch einmal auf die hier geäußerte Überlegung zurück, ob es auch um das Gefühl gekränkten (Experten-) Stolzes geht, wenn die Patientin mit der Haltung „So habe ich’s gelesen und dem glaube ich mehr“ in die Sprechstunde komme (Gyn F, 805f.):

„Wenn man wirklich selber überzeugt ist, dass die Patientin Fehler macht, dann geht’s nicht um gekränkt sein. Sondern da geht’s wirklich darum, dass jemand im Irrtum ist und in diesem Irrtum verharrt.“ (Gyn F, 809ff.)

Deutlich wird hier, dass die Spannungen durch externe Informationen der Patienten sowohl die Beziehungs- wie die Inhaltsebene betreffen, oft zwischen beiden hin- und herspringen und dementsprechend emotionale wie kognitiv-sachliche Aspekte berühren können. Besonders kompliziert gestaltet sich die Verschränkung beider Ebenen, wenn die Beschäftigung mit Informationen andere Konflikte der Patienten selber oder der Arzt-Patient-Beziehung verdeckt und somit eine Art Stellvertreter-Funktion erfüllt. So beobachtet Hausarzt J: „Diese Informationen werden irgendwie funktionalisiert, sehr häufig“ (HA J, 1117f.) und glaubt:

„Letzen Endes ist es... spiegelt es vielleicht auch eine generelle Verunsicherung wider, hinsichtlich der eigenen Situation und der Erkrankung und was sie bedeutet. Und dass man eben dafür empfänglich ist, dann Informationen rauszusuchen, die einen noch mehr ins Chaos stürzen. (HA J, 1014ff.)

Wenn die Verunsicherung am Ende durch die Informationen größer sei als vorher und sie sich auch im Arzt-Patient-Gespräch nicht beseitigen oder mildern lasse, sei das meistens ein Zeichen für ohnehin bestehende, schwer aufzulösende Differenzen, die – selten – auch zur Trennung führen können:

„Dann ist das für den Patienten letzten Endes ein Vehikel gewesen, sein grundsätzliches Misstrauen oder bereits seine Ablehnung oder auch seinen Absprung damit zu motivieren und zu sagen: Nee, ich will das nicht, ich fühle mich hier nicht zu Hause und ich bin sauer auf dich.“ (HA J, 1069ff.)

Auch Gynäkologe C erfährt die patientenseitige Informationssuche manchmal als missglückten Versuch der Krankheitsbewältigung und des Umgangs mit den entsprechenden Gefühlen, geht allerdings in der Interpretation der Motive weiter. Es gebe Fälle, sagt er,

„wo die Psyche dann der Patientin ein Schnippchen schlägt, wo sie dann plötzlich da... gerade bei Krebspatientinnen, wo die dann plötzlich zur onkologischen Spezialistin werden und meinen irgendwie – natürlich aus der Todesangst heraus – es irgendwie dann besser wissen zu müssen als der Arzt. Und das ist dann natürlich krankhaft. Das führt dann auch zu nichts.“
(Gyn C, 996ff.)

Relativ forsch wird hier die Informationssuche als Resultat einer im Grunde pathologischen Verschiebung beunruhigender Gefühle und Konflikte gewertet. Dieses Muster taucht – allerdings in abgeschwächter Form – bei der Mehrheit der Befragten auf. Fast alle beschreiben Beispiele psychisch auffälliger bzw. labiler Patienten, die sich über nachvollziehbare Grenzen hinaus in die Informationssuche stürzen, darüber immer wieder mit den Ärzten debattieren wollen – und auf diese Weise zugrunde liegende Konflikte nicht lösen sondern nur ausagieren. Hausarzt L beschreibt das Phänomen so:

„Da laufen oft noch andere Dinge und durch die Information entsteht dann ein weiterer Raum, wo die... in dem das individuelle Ungleichgewicht dann noch mehr ausgelebt wird, ohne zusätzlichen therapeutisch-diagnostischen und weiteren Nutzen, sowohl für den Patienten als auch für den Arzt. Also da hat meist... da haben meistens beide nichts davon.“ (HA L, 85ff.)

Vor allem bei Patienten, die nicht chronisch und/oder schwer krank sind und dennoch intensiv nach Informationen zu ihren Beschwerden suchen, vermutet Hausarzt L häufiger eine „narzisstische Grundstruktur“ (HA L, 440). Oft seien ganz andere Kräfte am Werk als die rein sachliche Motivation:

„Je genauer die Patienten aus einem sonstigen Ungleichgewicht heraus in sich hineinschauen und sich immer mit sich selbst beschäftigen und... also... umso mehr das Bedürfnis, sich noch genauer zu informieren.“ (HA L, 409ff)

Festzuhalten bleibt, dass alle Befragten den Vorinformationen ihrer Patienten ein bestimmtes Konfliktpotential für die Patienten selbst, vor allem aber für die Arzt-Patient-Beziehung zuschreiben. Dabei können diese Informationen Spannungen erst auslösen, aber auch bereits bestehende latente Konflikte zum Ausdruck bringen oder verstärken. Die eigenständige Informationssuche wird dabei mitunter als Misstrauensantrag erfahren, dessen Motive teilweise jenseits der sachlichen Ebene verortet werden.

4.4.3. Dissens über Diagnostik und Therapie

Im vorhergehenden Abschnitt ist deutlich geworden, dass die konfliktträchtigen Effekte der Patienten-Vorinformationen sowohl die Inhalts- als auch die Beziehungsebene der Arzt-Patient-Interaktion betreffen, die beide stark miteinander verwoben sind. Dennoch ist der Kern der Konflikte meist einer der beiden Ebenen zuzuordnen. So haben die durch externe Informationen ausgelösten Meinungsverschiedenheiten, um die es im Folgenden geht, ihren Ursprung auf der sachlich-inhaltlichen Ebene des Arzt-Patienten-Kontaktes und können in der Konsequenz auch das Vertrauensverhältnis und somit die Beziehungsebene stören.

Konflikte um Fragen der Diagnostik und der Therapie durch den Einfluss externer Informationen kennen alle befragten Ärzte. Ein besonders heikles Feld ist dabei das Thema der Compliance bei medikamentösen Behandlungen. Vor allem die befragten Hausärzte berichten hier, dass Veröffentlichungen in den Medien oder in Internet-Quellen dazu führen, dass Patienten ihre bestehende Medikation in Frage stellen. Die Ärzte geraten so unter wachsenden Druck, ihre Therapieentscheidungen zu rechtfertigen – der Kampf um die Compliance wird schwieriger. Zum einen, weil bestehende Medikationen angezweifelt werden, zum anderen, weil entsprechende mediale Informationen auf Patientenseite Wünsche oder Forderungen nach neuen, anderen, vermeintlich hilfreicheren oder risikoärmeren Medikamenten wecken.

Diese Wünsche sind aus Ärztesicht manchmal inakzeptabel, entweder weil medizinische Argumente dagegen sprechen oder weil die Kosten nicht vertretbar sind bzw. von den Krankenkassen nicht getragen werden. Die meisten Mediziner versuchen hier Überzeugungsarbeit zu leisten, benennen aber auch ihre Grenzen: „Ich verbiege mich nicht, insbesondere bei den Leitlinien“, versichert Gynäkologin E (Gyn E, 1745ff.) und auch Gynäkologin B erklärt:

„Also die 44-jährige adipöse Patientin, die raucht, die muss von mir nicht die Pille kriegen, ja, verweigere ich ihr einfach; bin ich nicht verpflichtet zu tun. Sage ich: Ist kein lebensbedrohlicher Zustand, gehen Sie bitte woanders hin, ja. (Gyn B, 1709ff.)

In diesem Sinne wird, wenn sich der Konflikt nicht anders lösen lässt, im Zweifelsfall auf die berufliche Machtposition gepocht: „Also: Ich bin der Arzt. Und wenn ich das Medikament nicht aufschreiben will, dann verordne ich das nicht.“ (HA L, 1546ff.)

Hausärztin I beobachtet, dass vor allem Informationen über pflanzliche, komplementärmedizinische Präparate eine zweifelhafte Wirkung entfalten und nennt dabei explizit die von ihren vielfach älteren Patienten häufig gelesene *Apotheken-Umschau*, in der vor allem Selbstzahlermedikamente propagiert würden, um sie besser zu verkaufen:

„Die Patienten lesen dann bestimmte Informationen in dieser Umschau, und so wie es da dargestellt ist, machen wir dann alles falsch. Und wenn sie dann kommen, dann wollen sie ihre alten, ich sage mal: schulmedizinischen Sachen weglassen und es erstmal mit pflanzlichen Mitteln probieren. Und dann habe ich eben mehr Probleme, das wieder zu rechtfertigen oder mich wieder zu rechtfertigen, oder unsere Medizin.“ (HA I, 57ff.)

Obwohl offen für komplementärmedizinische Methoden sieht diese Interviewpartnerin den Einfluss medialer Informationen in diesem Bereich sehr kritisch. Die Folgen für die Compliance hält sie teilweise für gefährlich, zum Beispiel, wenn Schlaganfall-Patienten, die ihr Blut mit Aspirin kontinuierlich verdünnen müssen, stattdessen plötzlich Johanniskraut- oder Gingko-Präparate nehmen.

Besonders problematisch ist es, wenn Ärzte von ihren Patienten gar nicht oder zu spät erfahren, dass diese ihre Medikation verändert haben. Erst damit beginnen für Gynäkologin B die negativen Effekte der Informationen:

„Wenn die sich informieren und mir das nicht erzählen, habe ich kein Problem damit. Die müssen mir das nicht erzählen. Also, die können mich auch auf die Probe stellen... finde ich nicht schlimm. Aber wenn sie daraufhin was anderes machen, wenn sie dann zum Beispiel was nicht nehmen oder was extra nehmen, was die Behandlung beeinflusst – das ist richtig doof.“ (Gyn B, 701ff.)

Ein häufiger Grund für Auseinandersetzungen über Medikamente sind Informationen über potentielle Nebenwirkungen aus den Medien oder dem Internet (vgl. auch Abschnitt 4.4.1.). Patienten erwarten daraufhin von ihren Ärzten häufig weitere Erklärungen und verwickeln sie in entsprechende Diskussionen, auch wenn sich aus deren Sicht an der ursprünglichen Nutzen-Risiko-Abwägung nichts geändert hat.

So berichtet Hausärztin K von einem multimorbiden Hochrisiko-Patienten, der seine Medikation immer wieder in Frage stellt, aufgrund entsprechender Recherchen seiner Frau: „Sie hat dann immer mal wieder eine Information aus dem Internet: ‚Ja, aber da habe ich doch gelesen, und warum geben Sie das meinem Mann weiterhin?‘ Die müssen sich dann alle halbe Jahre nochmal die Bestätigung bei mir abholen.“ Immer wieder alle therapie-relevanten Überlegungen zu erläutern kostet Geduld und vor allem Zeit: „Drei-Minuten-Medizin funktioniert da jedenfalls nicht.“ (HA K, 1202ff.)

Auch in Fragen der Diagnostik kann es zum Dissens kommen – sei es darüber, welche diagnostischen Methoden indiziert sind (vgl. dazu auch Abschnitt 4.4.4.), sei es über die Interpretation diagnostischer Ergebnisse. Wieder kann die „dritte Kraft“ externer Informationen hier zu Spannungen führen, bei denen es nicht zuletzt um die Anerkennung der ärztlichen Experten-Kompetenz geht:

„Ich habe eine andere Kompetenz als sie [die Patientin], ja. Fertig. Ist nun mal mein Job. Und wenn vor mir die... die Designerin sitzt, dann kann die mir meine Praxis umgestalten oder sagen, sie hätte das anders gemacht; das ist deren Kompetenz. Akzeptiere ich, ja. Aber wenn ich sage, dass die und die Veränderung, die wir hier im Ultraschall sehen, überhaupt nichts bedeutet, obwohl sie was anders im Internet gelesen hat, dann sollte sie mir das schon zugestehen.“ (Gyn G, 1291ff.)

Der leicht gereizte Unterton, der in dieser Äußerung erkennbar ist, taucht auch in anderen Interviews auf, wenn es um Meinungsverschiedenheiten zwischen Ärzten und Patienten durch den Einfluss externer Informationen geht. Und einige der Befragten berichten, dass es in Einzelfällen zum offenen Streit kommen kann (vgl. Abschnitt 4.7.3.). Hausarzt J beschreibt die Entstehung solcher Spannungen ausführlicher und lässt dabei wieder das Motiv der ins Wanken geratenen Rollenverteilung zwischen Experte und Laie erkennen:

„Dann wird plötzlich alles umgedreht: Nicht ich mache die Diagnostik, sondern die machen die Diagnostik und die Differenzialdiagnostik und ich bin plötzlich der Erfüllungsgehilfe, der dann nur noch die Laborwerte zu liefern hat. Und dann gucken die: Ja, was ist hier Sache, nicht. Und jetzt gehe ich mal zu dem Arzt noch und zu dem Arzt noch. Und geben Sie mir bitte Überweisungen und so. Und dann wird das...wird das irgendwie schräg und komisch. (...) Es eskaliert so und dann wird man irgendwann... merkt man plötzlich als Arzt, dass man so funktionalisiert wird und wird dann irgendwie auch ungehalten, latent.“ (HA J, 1561ff.)

Als besonders schwierige Herausforderung schildern einige der befragten Mediziner Fälle, in denen Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen sich selbstständig informieren und daraufhin Therapien abbrechen oder sich für vermeintlich unseriöse bzw. unnötig riskante Behandlungen entscheiden. Gynäkologin D erzählt von einer Krebspatientin im fortgeschrittenen Stadium:

„Die hat für sich dann eben aufgrund der Information entschieden: ‚Nee, selbst nach einer Hirnbestrahlung habe ich dann vielleicht noch ein halbes Jahr länger. Das will ich nicht, ich gehe da jetzt bewusst durch und dann bin ich halt weg.‘“ (Gyn D, 927ff.)

Solche Patientinnen zu begleiten, sei menschlich und vom ärztlichen Selbstverständnis her besonders schwer:

„Ist frustrierend. Es ist frustrierend, sehr, ja. Es gibt so wenige, die so kampfflos aufgeben, ja. Ich bin dann schon auch gerne immer Mitstreiter dann, wenn jemand... ich biete mich auch immer an, so als Mitkämpferin. Aber... Das ist

dann traurig. Aber muss man akzeptieren. Man hat ja immer nur gelernt, so Macher zu sein irgendwie...“ (Gyn D, 950ff.)

Solche Erfahrungen lösen nachdenklichere Reaktionen aus als die Meinungsverschiedenheiten um Medikamente oder bei weniger bedrohlichen Krankheitsbildern. Dementsprechend geht es in diesen für die Patienten existentiellen Konflikten weniger darum, den eigenen Expertenstatus zu verteidigen, sondern darum, eine Position im Spannungsfeld zwischen der ärztlichen Verantwortung und dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten zu finden. So schildert Gynäkologin E den Fall einer Krebspatientin, die sich nach entsprechender Informationssuche für eine fragwürdige Operation entschieden hat, obwohl diese nach Meinung der Ärztin mehr Schaden als Nutzen anrichten wird. Sie habe, sagt die Gynäkologin, zwar ihre Meinung deutlich gemacht und der Patientin eindeutig abgeraten, reflektiert dabei aber auch eigene Grenzen:

„Letztendlich: Vermag ich das zu entscheiden? Vermag ich der Richter zu sein? Das glaube ich nicht, das steht mir nicht zu. Ich kann es zwar bewerten und wenn es in meinen Augen nicht gut ist, dann werde ich es auch eher schlechter bewerten und dann ist es eher kontraproduktiv in meinen Augen. Aber ist es wirklich so, dass ich die Allwissende bin, die darüber entscheidet? Also da bin ich so ein bisschen skeptisch einfach manchmal.“ (Gyn E, 1712ff.)

Insgesamt zeigt sich beim Thema Dissens über inhaltliche Fragen besonders deutlich, dass Informationen aus externen Quellen für die Ärzte ein gewisses Provokationspotential mit sich bringen, weil ihr Status als Experte damit latent in Frage gestellt wird. Ob es um Diagnosen oder Therapien geht – das Gefühl, in Sachen Kompetenz mit einer dritten Kraft konkurrieren zu müssen, ist eine Herausforderung und immer wieder auch ein Ärgernis.

4.4.4. Höhere Ansprüche der Patienten – mehr Arbeit für Ärzte

Immer wieder wird in den Interviews der Eindruck geäußert, dass Patienten, die sich selbstständig und aktiv informieren, in der Tendenz anspruchsvoller sind als andere. Sie werden von den Befragten als „bohrender“, „fordernder“ (Gyn G, 363), „schwieriger“, „unbequemer“ (Gyn F, 893, 895), „problematisch“ (HA I, 1572) und potentiell „sehr, sehr anstrengend“ (HA K, 2175) beschrieben. Vor allem sind Gespräche mit diesen Patienten in der Regel zeitintensiver: Sie stellen mehr Fragen, erwarten ausführlichere Erklärungen zu Diagnostik oder Therapie, äußern mehr Zweifel und Wünsche, mit denen sich die Mediziner auseinandersetzen müssen.

Für die Ärzte bedeutet das in der Regel mehr Arbeit, die sie – eine häufig gehörte Einschätzung in den Interviews – nicht ausreichend bezahlt bekommen, weil das

Arzt-Patient-Gespräch nicht angemessen honoriert werde. Ausführliche Beratung wird ökonomisch als Minusgeschäft bewertet: „Die Honorierung ist nicht gut, das ist klar... also, das kriegt man ja nicht bezahlt“, sagt Gynäkologin E (Gyn E, 2019ff.) und Gynäkologin B erklärt: „Egal, wie lange ich mit ihnen [den Patientinnen, J.B.] rede: Es gibt am Ende des Quartals 20 Euro“. Man wisse eigentlich gar nicht, wie man diese Beratungsarbeit leisten solle. (Gyn B, 333ff.)

In den Interviews wird mehrfach der Umgang mit vorinformierten Patienten als belastender Faktor im Arbeitsalltag angesehen. Die Rede ist von „ewig lange[n] Diskussionen“ (HA H,1049f.) und von Beratungen, die „leider wirklich zeitraubend“ seien (Gyn F, 250f.). Die Ärzte sehen dabei oft einen geringeren Gesprächsbedarf als die Patienten:

„Also erschwerend ist natürlich ganz platt gesagt, wenn mir lauter blöde Fragen gestellt werden und ich... mich das meine Zeit kostet und ich das Thema nicht so schnell abhandeln kann, wie ich meine, dass es abzuhandeln sein könnte.“ (HA J, 1225ff.)

Weil die Zeit in der Sprechstunde oft knapp ist, suchen einige Patienten den Austausch über ihre Informationen auch per Mail – auch dies bedeutet für die Ärzte mehr Arbeit, die nicht zusätzlich honoriert wird. So berichtet Gynäkologin D von einer Patientin, die ihr „dreißigseitige Mails“ (Gyn D, 313) über komplementärmedizinische Methoden in der Krebsbehandlung geschickt habe:

„Ich finde es dann erst mal anstrengend, weil sie sofort eine Antwort haben will. Dreißig Seiten habe ich ja nun auch nicht immer Lust dann irgendwie zu lesen, aber ich druck's mir aus und nehme es dann mit nach Hause und lese es auch brav.“ (Gyn D, 330ff.)

Auch Gynäkologin B kennt solche Situationen, lässt sich ebenfalls darauf ein, empfindet die dahinter stehende Anspruchshaltung allerdings mitunter als grenzwertig:

„Ich glaube, viele Patienten machen sich überhaupt kein Bild davon, was das bedeutet. Also wenn ich pro Quartal hier 400 Kinderwunschpatientinnen sehe und jede würde mir so einen Artikel schicken zu dem speziellen Thema...“ Gyn B, 306ff.)

Nicht zuletzt entstehen durch Informationen aus den diversen externen Quellen nach Erfahrung der Ärzte häufig zusätzliche Ansprüche an das Versorgungssystem, durch die sich die Ärzte vor neue Konflikte gestellt sehen. Dies betrifft wie bereits beschrieben Medikamente, zum anderen besonders häufig die Diagnostik sowie die Nachfrage nach Überweisungen und ärztlichen Zweit- oder Mehrfachmeinungen.

Dabei gehören Zweitmeinungen offenbar mittlerweile zum Versorgungsalltag, sind akzeptiert und werden von den Ärzten oft von selber angeboten. Das so genannte „Ärztchopping“ (Gyn D, 1223) aber wird abgelehnt und als destruktiv für die Arzt-Patient-Beziehung bewertet.

Bei vielen Leistungen sehen sich die Mediziner zudem immer wieder als „Überbringer schlechter Nachrichten“ (Gyn E, 1613f.) in eine Art Stellvertreterkrieg verstrickt. Denn sie müssen Auseinandersetzungen über Finanzierungsfragen führen und dabei Kritik einstecken, die vor allem den Krankenkassen bzw. dem Leistungskatalog gilt: Viele vorinformierte Patienten wissen nicht, dass bestimmte gewünschte Leistungen von den Krankenkassen nicht bezahlt werden, denn Finanzierungsfragen sind in vielen Informationsquellen kein Thema. Und viele seien „auch nicht bereit, zu verstehen, dass einfach unser Gesundheitssystem nur manches abdeckt und anderes nicht“ (Gyn E, 1597ff.). Auch Hausarzt C schildert entsprechende Erfahrungen:

„Natürlich ergeben sich Konflikte, ja, zum Beispiel wenn Patientinnen den Eindruck haben, dass ich ihnen was vorenthalte, worauf sie Anspruch hätten... wenn sie irgendwo denken, es wird bezahlt. Also wenn's um finanzielle Sachen und über rezeptierbare Sachen geht zum Beispiel, oder um die Indikation für einen Ultraschall oder so, ja, dann gibt es natürlich Konflikte, ja. Weil... dann muss man denen ja erklären, dass die Kassen das nicht zahlen. Das ist natürlich sehr lästig... extrem lästig, ja.“ (HA C, 861ff.)

Oft widersetzen sich die Ärzte den Wünschen ihrer Patienten, wenn sie bestimmte Maßnahmen für nicht indiziert halten. Insbesondere bei Medikamenten wirken hier offenbar kostendämpfende Maßnahmen der Krankenkassen wie das Arzneimittelbudget bzw. die Rabattverträge bremsend – diese werden in den Interviews in diesem Zusammenhang wiederholt erwähnt:

„Wir haben ja ein Arzneimittelbudget, das wir nicht überschreiten dürfen, ansonsten kriegen wir Regress von unserer kassenärztlichen Vereinigung, und das müssen wir dann aus eigener Tasche zahlen. Und wenn diese Medikamente in dem Wirkstoff dieselben sind, nur die Namen anders sind, da werde ich mich nicht breitschlagen lassen.“ (HA I, 1528ff.)

Doch die meisten der interviewten Mediziner geben manchmal auch in ihren Augen unnötigen Patientenwünschen zähneknirschend nach, solange sie diese noch für verantwortbar halten:

„Manchmal habe ich dann keine Zeit mehr, eine halbe Stunde oder so, und sage: Okay, wenn Sie der Meinung sind, das [eine Nebenwirkung, J.B.] ist von dem, dann kriegen Sie ein anderes [Medikament, J.B.]“ (HA I, 656ff.)

Bereitwilliger als bei Medikamenten wird offenbar in der Diagnostik und bei Überweisungen den Patientenansprüchen entsprochen, die durch externe Informationen entstehen – auch wenn die Maßnahmen nicht unbedingt notwendig erscheinen. Es gebe vorinformierte Patienten, erzählt etwa Hausärztin K, die z.B. bei Müdigkeit den Verdacht auf eine Schilddrüsenerkrankung hegen und daher eine Ultraschall-Untersuchung vorschlagen „wo ich dann sage: Ach, da hätte ich jetzt primär nicht dran gedacht, aber wenn Sie möchten, machen wir einen Termin.“ (HA K, 1939ff.) Nachgiebigkeit dieser Art scheint oft im mehrfach beschriebenen Zeitmangel begründet zu sein; die Ärzte wollen sich mit mühsamen Diskussionen über das Für und Wider dieser Ansprüche nicht zu lange aufhalten. Zum Teil geht es aber auch darum, Patienten zu beruhigen – denn nicht immer lassen sich die durch selbstständige Recherchen möglicherweise geweckten Befürchtungen oder „Krankheits-Ideen“ mit ärztlichen Argumenten allein aus der Welt schaffen. Hausarzt J hält das manchmal für notwendig, sieht solche Art von Beruhigungs-Diagnostik aber gleichzeitig mit zwiespältigen, selbstkritischen Gefühlen:

„Ich neige dann dazu, schon auch Patienten relativ weit entgegenzukommen, einfach um so eine Basis an Vertrauen ein bisschen anzufüttern auch. Ich weiß nicht, ob das immer so richtig ist, auch als Arzt muss man sich abgrenzen können, natürlich, ganz klar. Und auch das kann manchmal vertrauensbildend sein... Das Ziel kann auch nicht immer sein, unabdingbar immer Vertrauen herzustellen. Das hat... muss auch irgendwo seine Grenzen haben; man sollte sich dann auch nicht verkaufen irgendwie.“ (HA J, 1599ff.)

In den Aussagen der befragten Ärzte zeigt sich eine Tendenz, dass vorinformierte Patienten besonders häufig eine Zweitmeinung einholen oder auch mehr als zwei Ärzte mit dem gleichen Anliegen aufsuchen. Mehrfach werden Patienten beschrieben, die immer wieder neue Ideen vor allem für die Diagnostik vortragen, dafür Überweisungen zu weiteren Fachärzten erwarten und so genanntes Ärztehopping betreiben. Zweimal fällt in diesem Zusammenhang explizit das Schlagwort vom Extremfall des „Koryphänenkillers“ (HA H, 732; HA J, 1716), der es pathologisch darauf anlegt, mit denselben Symptomen zahlreiche Ärzte zu verschleifen, ohne jemals mit Beratung und Behandlung zufrieden zu sein.

Insgesamt entstehen, so die Erfahrung der befragten Mediziner, aus der selbstständigen Informationsrecherche der Patienten häufig Ansprüche und Wünsche, die durchaus geeignet sind, höhere Kosten in der Versorgung zu verursachen. Gerade von einer höheren Zahl von Überweisungen können zwar die Mediziner selber profitieren, weil auch sie damit die Chance auf mehr Patientenkontakte haben (was sie allerdings so nicht thematisieren), gleichzeitig sehen sie aber vor allem den größeren Zeitaufwand durch die gewachsenen Beratungsansprüche der Patienten durchaus kritisch, weil sie dafür ihrer Meinung nach nicht angemessen honoriert werden.

4.5. Positive Effekte der Vorinformationen

Neben den bislang dargestellten Bewertungsmustern, in denen Kritik, Ablehnung oder zumindest Skepsis zum Ausdruck kommen, findet sich in allen Interviews auch die „andere Seite der Medaille“: Immer wieder beschreiben die befragten Mediziner auch positive Erfahrungen mit vorinformierten Patienten und entsprechende Einschätzungen. Diese gilt es, im Folgenden systematisch darzustellen.

4.5.1. Erleichterte Arzt-Patient-Kooperation

Viele der interviewten Mediziner sehen die Vorinformationen ihrer Patienten als eine gute Vorbereitung auf das Gespräch zwischen Arzt und Patient, die ihnen die Arbeit durchaus erleichtern kann. In diesem Sinne sind (vor-)informierte Patienten willkommen, weil „sogar die Kommunikation leichter ist und man auf die Dinge, die die erfahren haben, zurückgreifen kann“ (Gyn F, 333ff.), „man mit denen auch ganz klar Dinge besprechen kann“, „man natürlich mit einer aufgeklärten Patientin besser Entscheidungen treffen kann“ (Gyn D, 43ff. und 760ff.) und „es eine Diskussionsgrundlage gibt“ (Gyn G, 520f.).

Einige der Gesprächspartner beschränken diese positiven Aspekte allerdings eindeutig auf Vorinformationen aus fachlich fundierten, seriösen Quellen bzw. auf (die in ihren Augen selteneren) Patienten, die aufgrund solch qualitätvoller Informationen einen sehr guten Wissensstand haben (HA I, Gyn C, Gyn B). Andere aber sehen es grundsätzlich positiv, wenn Patienten diese Art der Eigeninitiative zeigen:

„Meinetwegen sind sie dann auch ein bisschen daneben informiert, ja. Also dann lässt sich das ja noch ein bisschen bereinigen. Aber dann habe ich auch das Gefühl, der hat eine gewisse Aufnahmefähigkeit, ja, und er reflektiert die ganze Geschichte hier. (...) Deswegen ist mir der informierte Patient eigentlich lieber, auch wenn er fehlinformiert ist.“ (Gyn G, 526ff.)

Für Hausarzt J kann gerade der vorinformierte Patient ein „kooperativer Patient“ (HA J, 15f.) sein. Seine Begründung zeigt, dass die modifizierten Rollen von Experten und Laien, die im vorangehenden Kapitel oft als Ursache subtiler Spannungen zwischen Ärzten und Patienten auszumachen waren, auch eine produktive Wirkung entfalten können:

„Er [der informierte, kooperative Patient, J.B.] bringt von sich aus was ein, er hat sich schon mal angestrengt. Er fällt nicht zurück in so eine kindliche, retardierte Position und sagt: Hier bin ich, ich bin irgendwie krank, jetzt hilf mir aus der Patsche. Sondern er hat schon mal so ein bisschen vorsortiert, kommt

dann mit entsprechenden Fragestellungen, die mir natürlich den Einstieg in das Gespräch auch erleichtern.“ (HA J, 16ff.)

Auch in der folgenden Aussage zeigt sich die Tendenz, dass vorinformierte Patienten oft bessere Voraussetzungen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mitbringen:

„Ich mache ja viel Naturkunde ... Und da geht's ja wirklich um Aktivität und nicht um Passivität. Und da finde ich's schon gut, wenn jemand einfach auch so einen Weg beschreitet mit den Informationen und erst mal guckt, was ist da eigentlich los, was kann ich selber machen.“ (HA H, 1651ff.)

Die mit der eigenständigen Informationssuche bewiesene Selbstständigkeit wird in der Tendenz als umso hilfreicher bewertet, je komplexer die jeweiligen Krankheitsbilder, anstehenden Entscheidungen, diagnostischen Maßnahmen oder Therapien sind. Mehrere Gynäkologen nennen hier das Beispiel der Dysplasien (Krebsvorstufen), deren Diagnostik und Therapie viele Optionen mit sich bringt und die daher für die Patientinnen besonders kompliziert zu verstehen, gleichzeitig aber sehr bedrohlich sind. In solchen Fällen seien zusätzliche Informationen zum Arzt-Patient-Gespräch oft sinnvoll, weil „es viel leichter zum Verständnis kommt“ (Gyn D, 1117f.).

Bei Einschätzungen dieser Art geht es nicht nur um das Wissen über das Krankheitsbild selber, sondern auch über diagnostische, operative und andere therapeutische Maßnahmen. Dahinter steht die Beobachtung, dass diejenigen, die wissen, was auf sie zukommt, sich besser wappnen und damit Ängste und Komplikationen besser bewältigen können. Gynäkologin D hat es daher „schon ganz gerne, wenn die Patientinnen in die Klinik gehen und eigentlich wissen, was auf sie zukommen kann“(Gyn D, 766ff.) und ihre Kollegin B beobachtet, dass gut informierte Patientinnen bei Behandlungen oder Untersuchungen weniger erschrecken, „wenn's mal zieht“, weil sie es als normal einordnen könnten: „Manche Patienten werden nicht so, ich sage mal: hysterisch.“ (Gyn B, 963ff.)

Das verbesserte Krankheitsverständnis ist eine der von den Befragten am häufigsten genannten positiven Wirkungen von Informationen, die sich die Patienten zusätzlich zu den ärztlichen Erklärungen verschaffen. Nicht zuletzt können damit, so kommt mehrfach zum Ausdruck, die Chancen auf eine bessere Compliance steigen:

„Die Leute, die ein gewisses Krankheitsverständnis haben, da kommt auch die Therapieeinsicht. Ganz frappierend finde ich's bei den Asthmatikern. Ein Asthmatiker, der nicht einsieht, warum er sein Spray regelmäßig nehmen soll und warum dann auch das verrufene Cortison die beste Dauertherapie sein soll, ja... Wenn die gut informiert sind, dann haben die plötzlich eine ganz andere Therapieeinsicht.“ (HA K, 1398ff.)

Auch über die Compliance hinaus kann es nach Meinung einiger Interviewpartner sinnvoll sein, wenn Patienten mit Hilfe von Informationen die eigene Gesundheit im Blick behalten und so zum Partner der Arztes werden. Selbstdiagnosen können dafür – solange sie zutreffen – nach Ansicht des Hausarztes L ein positives Zeichen sein: „Es ist ja auch gut für den Patienten, wenn er sich so gut kennt, dass er die richtigen Schlüsse zieht und auch das Richtige findet. Dann... umso besser... Dann kann man ihn loben und dann auch mitgehen und dann ist es in Ordnung so.“ (HA L, 1324ff.) Gynäkologin B benutzt in diesem Zusammenhang den englischen Begriff „awareness“ (deutsch: Aufmerksamkeit, Bewusstsein, Achtsamkeit; Gyn B, 997) und hält diese Haltung für sinnvoll, solange sie nicht in Panikmache umkippe. Gemeint sei „eigentlich einfach ein Gefühl dafür, was sich verändert im Körper“ (Gyn B, 1013ff.) gepaart mit dem Wissen darum, wann es ratsam ist, damit zum Arzt zu gehen.

So kann das aktive Informationsverhalten von Patienten nach Meinung einiger Gesprächspartner in eine grundlegende Gesundheitsbildung münden und insbesondere im Bereich Prävention positive Impulse geben. Hier wird außerdem das Informationsangebot von den meisten der befragten Ärzte als besonders umfassend und gut bewertet. Auch wenn allen klar ist, dass insbesondere im Bereich primärer Prävention Informationen allein keine Wunder bewirken können, sind Präventions-Themen bei vorinformierten Patienten offenbar zumindest leichter anzusprechen. Und bei einigen ist auch darüber hinaus etwas zu erreichen, sagt Hausarzt J: „Es ist schon so, dass machen ein Licht aufgeht. Manche Menschen verändern tatsächlich was und arbeiten an dem Thema.“ (HA J, 905ff.)

4.5.2. Selbstverantwortung und Kontrolle für Patienten

Neben den positiven Wirkungen, die Vorinformationen potentiell auf die Arzt-Patient-Kooperation haben, fördern sie nach Meinung einiger Interviewpartner zudem die Selbstverantwortung der Patienten und ermöglichen ihnen, auch in ihrer latent unterlegenen Rolle – der auf fremde Expertise und Hilfe angewiesenen Laien – ein Stück weit die Kontrolle zu behalten. Auffallend ist, dass dies eine Wirkung der Vorinformationen ist, die explizit nur von der Minderheit der Befragten angesprochen wird (vier von elf Ärzten) und bei einigen überhaupt kein Thema ist.

In den entsprechenden Äußerungen geht es zum einen um sachliche Aspekte, also darum, dass den Patienten ein möglichst umfangreiches Wissen helfen kann, mit den Krankheitsfolgen, aber auch mit der Behandlung möglichst eigenständig umzugehen und in diesem Sinne ganz praktisch Selbstverantwortung zu übernehmen:

„Ich sage dann auch oft zu den Leuten, also bei komplexen Erkrankungen, bei Diabetikern zum Beispiel, bei denen die Therapie komplizierter ist, ja: ‚Sie

müssen Ihr eigener Experte werden'. Ja, das müssen die, weil... ich kann denen nicht vorgeben, welches Toastbrot sie essen müssen und wieviel Insulin sie spritzen müssen.“ (HA K, 1605ff.)

Sogar die von den meisten Ärzten sehr kritisch bewerteten Betroffenen-Foren (vgl. Abschnitt 4.3.) können für das Gefühl der Kontrolle und die Krankheitsbewältigung durchaus sinnvoll sein, meint Gynäkologin E; sie vertritt damit allerdings im Kreis der Befragten eine Einzelmeinung. Vor allem bei sehr belastenden und kaum heilbaren chronischen Krankheiten (wie z.B. manchen Autoimmunerkrankungen) weist sie Patientinnen durchaus auf Laienforen hin,

„weil sie da manchmal auch Tipps kriegen, wie sie mit dem ganzen Thema umgehen. Weil... da gibt's kein Patentrezept: ‚Das hilft und das hilft nicht und so weiter.‘ Und dann ist zum Beispiel diese Laiengeschichte gut, und dann unterstütze ich sie auch und sage: ‚Gucken Sie mal, ob Sie da was finden, was Ihnen vielleicht hilft.‘“ (Gyn E, 675ff.)

Manchmal stoßen Patienten über die eigenständige Informationssuche sogar auf Therapiemöglichkeiten, von denen sie sonst nichts erfahren hätten (und auch ihre Ärzte nicht): Das kann zum Beispiel bei Studien der Fall sein, in denen neue Medikamente getestet werden und von denen die Patienten auch deshalb profitieren, weil ihnen dabei oft eine besonders intensive Betreuung zugute kommt. (HA K, 1649ff.).

Bei einigen Patientinnen geht es über sachliche Tipps und Hilfen hinaus offenbar besonders stark darum, das mit einer Krankheit verbundene Gefühl der Machtlosigkeit zu überwinden; gute Informationen können hier nach Einschätzung einiger Mediziner helfen. Hausärztin K etwa erzählt von einer Brustkrebspatientin, die einen ganzen Ordner mit Internetrecherchen in die Sprechstunde mitbrachte – und von der Ärztin nicht gebremst wurde:

„Ich denke einfach, das ist für die Frau wichtig, so wie ich die einschätze, dass sie selber so ein bisschen die Oberhand behält. Und deshalb habe ich sie da auch eher ermuntert, dass sie in die Internetseiten noch mal reinguckt, die ihr gut erschienen sind.“ (HA K, 1625ff.)

Vor allem wenn es um Entscheidungen geht, werden selbst beschaffte Informationen für Patienten wichtig, glaubt Gynäkologin E, damit „sie sich ein bisschen besser positionieren können: ‚Ich will das oder ich will das.‘“ (Gyn E, 1142ff.) Nicht zuletzt kann die selbstständige Informationssuche aber auch ein Quell für Trost und Ermutigung sein und dadurch helfen, Ängste zu mildern – auch dies eine Form der Kontrolle, die Patienten durch Informationen (wieder-)gewinnen können:

„Dadurch, dass man dann natürlich auch über ungewöhnliche Heilerfolge in schwierigen Situationen sich informieren kann, wenn man nun an das Positive denken möchte und an einen Strohhalm sich klammern möchte... Dann kann man natürlich auch sehen, dass... dass Situationen nicht immer so ausweglos sein müssen, wie sie erstmal primär erscheinen.“ (HA L, 1038ff.)

Das aktive Informationsverhalten einiger Patienten, die so mehr Kontrolle und mehr Selbstverantwortung im Behandlungsprozess übernehmen, kann auch die Rolle der Ärzte in diesem Bereich verändern. In den Aussagen einzelner Interviewpartner (drei von elf Ärzten) wird deutlich, dass sie diesen Veränderungen durchaus positive Seiten abgewinnen, die Hausarzt H so beschreibt: „Ich kann mich ja damit begnügen zu sagen: Jeder ist für sich selbst verantwortlich. Sie wissen, was Sie tun, Sie sind informiert. Das entlastet mich.“ (HA L, 1659ff.) Auch Hausärztin K sagt:

„Ich find's eigentlich eher erleichternd auch für mich, auch für mein Berufsbild. Dass ich nicht mehr ganz so viel Verantwortung habe und nicht hier die große Macherin raushängen muss, die ich nicht bin, weil... ich will den Leuten nicht sagen, was richtig und was falsch ist. Das müssen die schon selber entscheiden. Ich kann ihnen Informationen anbieten und kann ihnen auch Motivation anbieten, ja. Aber was sie dann damit machen ist denen ihre Entscheidung.“ (HA K, 2065ff.)

Neben dieser Entlastung von einer Rolle, die offenbar als unangemessen direktiv abgelehnt wird, hat die Selbstverantwortlichkeit vorinformierter Patienten oft noch ganz praktische entlastende Effekte: Denn manche Themen sind so komplex, dass sie nach Meinung einiger Interviewpartner in der Sprechstunde kaum so ausführlich und verständlich erklärt werden können, wie es nötig wäre. Der Verweis auf das Internet kann vor diesem Hintergrund bei Patienten, denen die Mediziner entsprechende Kompetenzen zutrauen, ein Ausweg sein (HA K, 1972ff.; Gyn B, 347f.).

4.5.3. Anregung und Herausforderung für Ärzte

So spannungsreich die Arbeit mit vorinformierten Patienten für die Ärzte sein kann – sie wird auch als positive Herausforderung wahrgenommen. In allen Interviews werden auch anregende Effekte der von Patienten in die Sprechstunde eingebrachten Vorinformationen beschrieben, die manche Routine durchbrechen und so den Alltag beleben.

Als typisch für diese Haltung ist Gynäkologe G anzusehen. „Nur Ja und Amen, das ist mir auch zu langweilig“, beschreibt er seine Einstellung. Den Austausch mit vorinformierten Patienten schildert er zwar als immer wieder schwierig, aber zugleich

als gewissermaßen sportliche Herausforderung, bei der er „in den Ring“ steige: „Also, es reizt mich. Das ist jetzt nicht, dass ich irgendwie böse werde, sondern es reizt mich eigentlich sehr, ja, da zu diskutieren.“ (Gyn G, 547ff.) In diesen Austausch bringen durchaus manchmal Patientinnen Ideen ein, die ohne ihre Eigeninitiative nicht berücksichtigt würden: „Es gibt schon ab und zu so Geschichten, wo die dann an Sachen gedacht haben, wo ich im Moment nicht dran gedacht habe, also an spezielle Krankheitsbilder oder so was, ja.“ (Gyn G, 1100ff.)

Die höheren Ansprüche informierter Patienten zwingen dazu, mehr zu erklären und zu begründen – das wird oft als mühsam, aber gleichzeitig als positiver Antrieb empfunden, automatisierte Denkweisen zu reflektieren. Das Ergebnis muss keineswegs eine Revision sein, sondern kann für die Patienten, aber auch für die Ärzte auf befriedigende Weise die Zusammenarbeit auf ein stabileres Fundament stellen. Hausärztin K beschreibt dies am Beispiel eines Patienten, der aufgrund von Informationen aus dem Internet seine Bluthochdruck-Medikation anzweifelte:

„Ich habe mich dann gefreut, dass ich doch ganz dezidiert die Therapie begründen konnte: warum, wieso, weshalb. Ja, das sind ja so Standardtherapien, wo man sich gar nicht mehr so genau überlegt: ‚Warum mache ich das eigentlich?‘ – man macht es einfach. Es ist schon länger her, dass man sich’s überlegt hat, sagen wir mal so. Es ist so, dass man jetzt darüber nachdenken muss, warum handle ich denn so... und dann so merkt, okay, ich... ich kann’s wirklich rational begründen. Das tut einem dann selber auch ganz gut.“ (HA K, 1762ff.)

Offen zeigen sich einige der Befragten auch für interessante medizinische Neuigkeiten, die sie von ihren Patienten erfahren, weil diese selbstständig recherchieren. Besonders häufig geschieht dies bei Patienten, die an seltenen, „exotischen“ Krankheiten leiden und im Bereich der Komplementärmedizin. Gynäkologin D etwa berichtet von einer Patientin, die sich ausführlich über ergänzende Methoden zur schulmedizinischen Krebsbehandlung informiert hatte. „Über Weihrauch habe ich vieles erfahren“, erinnert sie sich, mit leicht ironischem Unterton. Doch sie versichert sogleich: „Ich finde das auch gut. Ich bin jetzt nicht irgendwie so anthroposophisch vorgebildet, dass ich das weiß. Man kann ja seinen Horizont immer erweitern.“ (Gyn D, 342ff.)

Hier zeigt sich die Tendenz zu einer speziellen Form partnerschaftlicher Arzt-Patient-Beziehung, in der die Patienten relativ weitgehend als Experten in eigener Sache und teilweise als Gegenüber auf Augenhöhe gesehen werden. Hausarzt H beobachtet, dass vor allem Patienten mit seltenen, in der Praxis niedergelassener Mediziner nur vereinzelt auftauchenden Krankheiten, oft sehr genau über ihre Krankheit und ihre Behandlung Bescheid wüssten:

„Von denen kann ich sogar lernen. Dann sage ich: Haben Sie auch wieder neue Informationen? Dann kriege ich öfter mal was. Man kann ja nicht selbst permanent in den Nischen tätig sein und so... Das finde ich sehr gut und auch bereichernd für mich.“ (HA H, 115ff.)

Neue Informationen von den Patienten sind in diesem Sinn nicht nur eine Herausforderung auf der kommunikativen, sondern auch auf der rein fachlichen Ebene, auf der es um möglichst aktuelles medizinisches Wissen und die entsprechende Urteilsfähigkeit geht. Denn die Mediziner müssen sich, wenn sie die Anregungen ihrer Patienten aufnehmen wollen, ihr eigenes, begründetes Urteil bilden. Ob es um ein Medikament geht, das die Raucherentwöhnung erleichtern soll (HA I) oder um Chiropraktik für Schwangere (Gyn G) – für die Ärzte können neue Informationen von Patientenseite eine Art Aufforderung zur Fortbildung sein:

„Das ist nicht schlecht, weil das ist auch für mich eine Herausforderung, mich mit dem Thema auseinanderzusetzen und zu sagen: Okay, ach, das haben sie im Spiegel gelesen? Das habe ich verpasst, ja. Also dann muss ich mich natürlich auch informieren.“ (HA I, 1675ff.)

Auch Gynäkologin E macht dann ihre „Hausaufgaben“ und nimmt Therapieideen ernst, die ihre Patienten selber einbringen: „Also wenn jemand mir eine neue Idee gibt, dann gucke ich mir das – dann suche ich mir auch meine Information, ist ja klar, um das zu bewerten.“ (Gyn E, 1232ff.) Sie habe die Erfahrung gemacht, dass solche Ideen einer Behandlung durchaus neuen, produktiven Schwung geben können.

So positiv Anregungen von Patientenseite auch sein mögen – für die Mediziner beinhalten sie auch eine Mahnung, findet Hausarzt L, zumindest wenn es um Krankheitsbilder gehe, die zum ärztlichen Alltag gehören: „Also wenn die Patienten schon mehr wissen als man selber, dann... dann ist es Zeit, mal offen eine Selbstkritik an sich zu üben, ja. Also dann muss man gucken... Weil... das kann ja dann wohl auch nicht sein.“ (HA L, 1418ff.) Diese Überlegung zeigt eine weitere Facette der anregenden Impulse, die von vorinformierten Patienten ausgehen können: Die Ärzte sind heute mehr denn je gefordert, den jeweils aktuellen Stand der Forschung zu kennen, für die eigene Praxis zu bewerten und zu nutzen. Hausarzt H ist überzeugt, dass sich dieser Trend mit der Zunahme an Informationsmöglichkeiten für Patienten fortsetzen und das Anforderungsprofil für Ärzte verändern wird:

„Das ist eindeutig eine Herausforderung und da muss man sehr... da muss man sich auch drauf vorbereiten, keine Frage. Also das... da kann man nicht mit so einem Hausarztstil der alten Schule kommen... so wie in der Landarztpraxis, ja... wo man sozusagen das Wissen, was man an der Uni erworben hat, ein Leben lang mit sich schleppt. Dann scheitert man, das ist keine Frage, das glaube ich schon.“ (HA H, 1965ff.)

Insgesamt zeigen sich in den angesprochenen Effekten der Anregung und Herausforderung besonders klar die Veränderungspotentiale, die von den Impulsen, vorinformierter Patienten ausgehen können. Auch diese Potentiale haben ihren Ursprung in der gewandelten Rollenverteilung zwischen Experten und Laien – sie wird hier allerdings unter einem Blickwinkel betrachtet, der weniger die Konkurrenz als den konstruktiven Austausch beider Seiten in den Mittelpunkt stellt.

4.5.4. Ökonomische Potentiale

Einige Interviewpartner sprechen potentielle Effekte der Patienten-Vorinformationen (bzw. des gelungenen Umgangs damit) an, die dem ökonomischen Bereich zuzuordnen sind. Dazu gehört zum einen die bereits erwähnte Lotsenfunktion bestimmter Arztsuchmaschinen im Internet, über die neue Patienten in die Praxis kommen können (vgl. Abschnitt 4.2.). Darüber hinaus stellen ein paar der Befragten einen Zusammenhang her zwischen der Zufriedenheit der Patienten, dem Umgang mit ihren Informationen und der Patientenbindung, die für niedergelassene Mediziner betriebswirtschaftlich wichtig ist:

„Es geht mir ja nicht darum, irgendwie ein Quartal lang eine Patientin... dass ich eine Chipkarte habe und fertig, ja. Sondern es geht ja darum, dass man längere Zeit zusammenarbeitet, ja. Und je besser eine Frau informiert ist, umso reibungsloser ist das Zusammenarbeiten eben auch. Weil, je besser ich weiß, welche Bedürfnisse die Frau hat, umso eher kann ich der ja auch gerecht werden. (...) Und umso zufriedener wird sie unterm Strich sein und das ist dann sozusagen erst mal von der wirtschaftlichen Seite auch aus zu betrachten. Da ist es natürlich für die Patientenbindung dann auch sinnvoll.“
(Gyn C, 655ff.)

Aus ähnlichen Überlegungen heraus strebt Gynäkologin B an, immer wieder bewusst Zeit in die Aufklärung, aber auch in die Fragen vorinformierter Patientinnen zu investieren, auch wenn die Honorarstruktur diese Leistung nicht adäquat entlohne: „Das ist eine loyale Patientin, die wiederkommt. Das ist ein Schein... der kommt nächstes Quartal wieder, wenn er sich wohl fühlt.“ (Gyn B, 2082ff.) Hausarzt H kalkuliert, dass Patienten, die einmal gründlich „basal informiert“ seien (HA H, 614), nicht so oft wiederkommen müssten, so dass nach der ersten Zeit-Investition für die umfangreichere Besprechung aller Informationen im Anschluss weniger Beratungsarbeit für die Pauschale der Krankenkasse zu leisten sei.

Über betriebswirtschaftliche Kalkulationen des einzelnen Arztes hinaus, glaubt Hausarzt H, stecke in gut informierten Patienten generell gesundheitsökonomisches (Spar-) Potential für das Versorgungssystem. Wer zum Beispiel (wie er selber) die häufig kritisierte Praxis nicht weiter pflegen wolle, auch bei viralen Infekten

Antibiotika zu verschreiben, der sei auf gute Aufklärung angewiesen: „Das geht nur mit Information“ (HA H, 707f.). Denn der oft unsinnige Glaube an die Hilfe durch Antibiotika sei ein Beispiel für fehlinformierte Patienten, deren Irrtum – nicht selten wider besseres Wissen – von den Ärzten nicht korrigiert werde „aus Angst vor Verlust des Patienten, dass der zum Nachbarn rennt“ (HA H, 643f.). Ein gut informierter Patient aber zeige genau dieses kostenträchtige Verhalten nicht. Auch eine Tendenz zur Selbstbehandlung bei geringeren Beschwerden hält Hausarzt H mit Blick auf das gesamte System für wünschenswert: „Das würde uns [die Ärzte, J.B.] vielleicht tangieren, aber in Deutschland kann das eigentlich nur gut sein. Wir haben doch viel zu viele Arzt-Patient-Kontakte.“ (HA H, 1814ff.)

4.6. Ambivalent beurteilte Effekte der Vorinformationen

Im Gesamtmaterial der Interviews fällt auf, dass die Befragten viele Aspekte der Vorinformationen beschreiben, die nicht eindeutig als positiv oder negativ bzw. konfliktträchtig einzuordnen sind. In vieler Hinsicht sind die Bewertungen von einer starken Ambivalenz geprägt. Dies gilt auch für die jeweiligen Einzel-Interviews als Ganzes: Keines der Gespräche lässt sich so bilanzieren, dass der einzelne Arzt vorinformierte Patienten generell ablehnt, als schwierig und belastend empfindet – aber ebenso wenig findet sich eine durchgängige Haltung, dieses Phänomen als produktiv und wünschenswert zu begrüßen. Vielmehr stehen positive und negative Bewertungsmuster oft direkt nebeneinander. Einige Gesprächspartner benennen diese zwiespältige Haltung ganz direkt, wenn sie sich grundsätzlich zum Thema äußern: „Es ist wie mit dem Glas: Mal ist es halb voll, mal ist es halb leer“ (Gyn B, 959f.) heißt es dann, „es hält sich wirklich die Waage“ (HA K, 1843ff.) und „es kann manchmal sehr beflügelnd, aber auch kontraproduktiv sein“ (Gyn E, 1727ff.). Zusammenfassend wird festgestellt: „Information ist hilfreich, kann aber auch richtig nach hinten losgehen“ (HA L, 1178ff.) und „es ist eine durchaus ambivalente Angelegenheit“ (HA J, 33ff.)

Diese Ambivalenz zeigt sich nicht nur im Gesamt-Urteil über das Phänomen „informierte Patienten“, sondern häufig auch in Bezug auf einzelne Aspekte wie den Effekten auf die Compliance oder die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen. Insbesondere beim Faktor Zeit tun sich einige der Interviewpartner schwer, eindeutig zu bewerten, ob Vorinformationen den Zeitaufwand für die Arzt-Patient-Kommunikation erhöhen oder auch Zeit sparen können. Denn beides ist möglich, variiert oft je nach Einzelfall, aber auch bei ein und demselben Patienten je nach Konsultationsanlass. Einerseits können sich die Mediziner bei vorinformierten Patienten häufig eine ganze Reihe von Erklärungen sparen, andererseits entstehen aus den selbst beschafften Informationen häufig neue Fragen, die wiederum mehr Zeit kosten. Aus dieser Einschätzung heraus bauen einige der Interviewten auf eine Art Mischkalkulation (vgl. auch Abschnitt 4.5.4.): Der höhere Zeitaufwand lasse sich

nicht immer vermeiden, meint in diesem Sinn Gynäkologe C, aber diese Zeit zu investieren lohne sich, „weil dann ist nächstes Mal wahrscheinlich weniger Klärungsbedarf“ (Gyn C, 800ff.).

Solche Überlegungen beziehen sich einerseits auf die rein sachliche Ebene der Information und Aufklärung. Sie können aber darüber hinaus auch auf die Spannungen abzielen, die mit vorinformierten Patienten auf der Beziehungsebene auftreten können (vgl. Abschnitt 4.4.3.). Hausarzt L vertritt dazu die Meinung, dass es zwar zunächst Zeit kostet, auf diese Störungen adäquat zu reagieren, indem man die zugrunde liegenden Gefühle und Konflikte anspreche – doch darauf *nicht* zu reagieren, hat seiner Erfahrung nach viel zeitraubendere Folgen:

„Natürlich habe ich dafür Zeit, weil es dann... das ist nämlich sehr zeitsparend. Wenn man dauernd auf dieser Versachlichungsebene bleibt, kommt man ja nie auf die Angst zu sprechen und das Gespräch findet nie ein Ende. Und wenn man die Angst direkt anspricht – die Erfahrung habe ich oft gemacht – dann kommen nämlich die Tränen. Und dann weiß man, jetzt ist man mit dem Patienten genau an der Stelle, wo's wehtut. Und wenn man merkt, dass man an einem Punkt ist, wo man... wo beide hinwollen, dann... dann guckt man ja auch nicht mehr auf die Uhr.“ (HA L, 527ff.)

Ein aus Ärztesicht eher negativer Effekt der Patienten-Vorinformationen lässt sich so in einen für die Behandlung und die Arzt-Patient-Beziehung tendenziell produktiven Effekt verwandeln. Dieses dynamische Potential, das gerade in den ambivalent wahrgenommenen Wirkungen der Vorinformationen steckt, ist in den Interviews mehrfach erkennbar. Es zeigt sich insbesondere auch, wenn es um den Zwiespalt geht, der besteht zwischen der Verunsicherung, die Informationen auslösen und der Sicherheit, die sie Patienten verschaffen können – ein Zwiespalt, der vor allem die Compliance stark beeinflussen kann. Einige Ärzte beobachten hier, dass sich aus einer anfänglichen Verunsicherung (die dann oft auch die Arzt-Patient-Beziehung belastet) im Lauf der Zeit eine neue Sicherheit entwickeln kann, die zudem stabiler ist, als sie es ohne die Auseinandersetzung mit externen Informationen der Patienten wäre. So beschreibt es Hausarzt J:

„Häufig trägt das [die selbst beschafften Informationen der Patienten, J.B.] zur Verunsicherung bei. Zumindest ist es häufig Anlass dann, mich damit zu involvieren. Und... so dass ich dann wieder anhand dieser Verunsicherung oder anlässlich dieser Verunsicherung für mehr Sicherheit sorgen kann.“ (HA J, 1000ff.)

Diese Überlegung gibt auch einen Hinweis darauf, wie die in den Interviews berichteten gegensätzlichen Effekte der Vorinformationen auf die Compliance – sie kann sowohl steigen als auch sinken – zu erklären sind: In welche Richtung die

Wirkung eintritt, hängt unter anderem von der gelungenen Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten ab. Die Interaktion zwischen Arzt und Patient dürfte also eine wesentliche Voraussetzung dafür sein, dass das dynamische Potential der ambivalenten Effekte genutzt werden kann.

Denn nur, wenn Arzt und Patient ins Gespräch kommen über Fragen und Zweifel, die durch externe Informationen aufkommen, können die Patienten neue, auf solidem Wissen basierende Sicherheit gewinnen. Auch hier verschränkt sich die Ebene sachlicher Aufklärung und Diskussion mit der Beziehungsebene. Denn ob es gelingt, Verunsicherung in Sicherheit zu überführen, ist wesentlich davon abhängig, inwieweit Ärzte die eigenständige Informationssuche der Patienten als Angebot zur Kooperation nutzen, statt sie als Misstrauensantrag zu sehen und darauf vor allem abwehrend bzw. ihrerseits misstrauisch zu reagieren.

Vorinformierte Patienten nehmen die Reaktion ihrer Ärzte hier nach den Erfahrungen der Hausärztin K sehr genau wahr. Sie testen, meint sie, „inwiefern ich damit umgehen kann, dass sie schon recherchiert haben, sich belesen haben“ (HA K, 137ff). Und die Patienten seien, so ihr Eindruck, meist „erleichtert, wenn ich's akzeptiere, dass sie da selber... selbstständig recherchiert haben, ja, dass ich da nicht gekränkt reagiere“ (HA K, 1066ff.). So betrachtet kann die Thematisierung selbst beschaffter Informationen als eine Art Beziehungstest fungieren – und auch hier kann sich der ursprünglich konflikträchtige Effekt eines „Misstrauensantrags“ ins Positive wandeln und dazu führen, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Patienten stabiler ist als vorher: es entsteht im besten Fall ein neues, festeres Arbeitsbündnis. Hausarzt J glaubt in diesem Sinn, dass die Verunsicherung durch externe Informationen der Patienten oft ein Zeichen dafür ist, dass „ohnehin eigentlich ein klärendes Gespräch notwendig wäre“ über den weiteren Verlauf einer Behandlung (HA J, 1023ff.). Wenn dieses gelinge,

„ist das Resultat unter Umständen dann doch ein kooperativerer Patient. Der sich dann selber ja auch... der seine Dinge in die Hand genommen hat und dann aber auch dieses Bedürfnis erkennen lässt, dass er einfach Klarheit haben möchte, wo es jetzt langgeht. Und dann, wenn er die hat, dann marschiert er auch.“ (HA J, 1033ff.)

Festzuhalten bleibt, dass in den von den Medizinern als ambivalent beschriebenen Effekten ein besonderes Potential zu liegen scheint, aus dem heraus Vorinformationen der Patienten positiv in die Arzt-Patient-Kommunikation und den Behandlungsprozess eingebunden werden können. Dieses Potential lässt sich aber nur umsetzen, wenn beide Seiten auf konstruktive Art mit der „dritten Kraft“ der externen Informationen umgehen.

4.7. Handlungsmuster: Wie Ärzte mit vorinformierten Patienten umgehen

Im vorhergehenden Abschnitt wurde besonders deutlich, dass die Richtung der Effekte der Vorinformationen in hohem Maß abhängig ist von der Fähigkeit und der Bereitschaft der Ärzte, diese externen Einflussfaktoren in die Sprechstunde und den Behandlungsprozess einzubinden. Vor diesem Hintergrund lohnt es, die Interviews darauf hin zu analysieren, wie die Mediziner nach ihren eigenen Schilderungen mit vorinformierten Patienten umgehen. Die dabei zu identifizierenden Handlungsmuster stehen im Folgenden im Mittelpunkt. Dabei ergeben sich zum Teil Überschneidungen mit Aspekten, die bereits bei den Bewertungsmustern aufgetaucht sind, da im Alltagshandeln Bewertungen und Verhaltensweisen auf das Engste miteinander verwoben sind. Dennoch zeigt der Blick auf die Handlungsmuster noch einmal expliziter, wie Ärzte in diesem Bereich die Versorgungsrealität mit gestalten.

Der Begriff „Handlungsmuster“ beschreibt dabei verschiedene Formen des Handelns, die in allen oder mehreren Interviews wiederholt in ähnlicher Weise auftauchen. Die Befragten verfolgen mit diesen Mustern nicht unbedingt bewusst, systematisch und planvoll bestimmte Ziele. Es geht vielmehr um ein Alltagshandeln, das erst in der Rückschau der Interviewsituation reflektiert wird und häufig eher reaktiv ausgerichtet ist. Die jeweiligen Handlungsmuster sind in den einzelnen Interviews nicht alle gleich verteilt; darauf wird im Folgenden hingewiesen. Hauptziel war allerdings, aus dem Interview-Material das gesamte Set ärztlicher Handlungsmuster herauszufiltern. Wie diese in der Ärzteschaft verteilt sind und was sie jeweils fördert oder bremst, sollte Gegenstand weiterer Forschung – auch quantitativer Ausrichtung – sein.

4.7.1. Handlungsmuster „selber informieren“

Im öffentlichen Diskurs bezieht sich das Schlagwort vom „informierten Patienten“ meist auf jene Informationen, die aus Quellen wie den alten und neuen Medien, der sozialen Umgebung oder verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens stammen. In den Interviews fällt dagegen auf, dass fast alle befragten Mediziner den Begriff des „informierten Patienten“ sehr stark mit der Aufklärung und Information der Patienten durch die Ärzte selbst assoziieren. Informationen aus anderen Quellen werden dazu in Bezug gesetzt und vor diesem Hintergrund bewertet, aber nicht als ebenbürtige Option anerkannt. Denn die Interviewpartner betrachten es als eine ihrer wichtigsten beruflichen Aufgaben, ihre Patienten selber so gut wie möglich zu informieren; sie sehen sich dabei tendenziell in einer gewissen Konkurrenz zu den externen Quellen. Hausärztin I begründet, warum sie es dabei prinzipiell für besser hält, auf die eigene Aufklärung zu setzen:

„Wir sind immer auf dem aktuellen Stand der Dinge. Und bei uns weiß ich eben, wo die Informationen herkommen, von den Fachgesellschaften zum Beispiel. Und da kann ich sagen: Okay, es ist nicht... es ist einigermaßen neutral. Und das gebe ich dann an meine Patienten weiter, dafür sitzen wir ja hier. Und früher gab's die auch nicht, diese Info... diesen großen Informationsfluss für Patienten.“ (HA I, 714 ff.)

Vergleichbare Äußerungen anderer Interviewpartner zeigen, dass die Ärzte oft einen Kampf um die Informationshoheit austragen. Dieser entsteht aus der impliziten Einschätzung, dass die Mängel externer Informationen und ihrer Quellen am besten zu umgehen sind, wenn die ärztliche Aufklärung sie möglichst überflüssig macht und so dem Risiko falscher oder irreführender Information gewissermaßen vorbeugt. So sagt Gynäkologin B:

„Manchmal sind wir inzwischen mehr damit beschäftigt, den Müll da wieder raus zu ziehen, als wenn wir wirklich Tabula Rasa machen würden und sagen: Alles klar, jetzt erkläre ich Ihnen das mal von Anfang an und so und so ist es.“ (Gyn B, 128ff.)

Dementsprechend streben die meisten der befragten Ärzte an, den problematisch empfundenen Wirkungen externer Informationen durch die eigene Aufklärungsarbeit zuvorzukommen:

„Zunächst mal ist das Wichtigste für mich, dass die [informierte Patienten, J.B.] einfach auch durch mich informiert wurden in der Vergangenheit. Also jetzt nicht durch andere Medien, sondern ich lege schon großen Wert darauf, Patienten mit einzubeziehen in Therapieentscheidungen. Und Voraussetzung für eine wichtige und gute Entscheidung ist Information, die muss ich liefern. Und das ist sozusagen mein Anliegen auch in der Praxis, dass ich gut informierte Patienten habe. Also ich habe den Anspruch erst mal, meine Leute selber gut zu informieren.“ (HA H, 42ff.)

Einige Mediziner setzen für ihre eigene Aufklärungsarbeit auch andere Mittel als nur das Gespräch in der Sprechstunde ein. So bieten mehrere der Befragten ihren Patienten selbst getextete Informationsblätter an, in denen Krankheitsbilder, therapeutische und diagnostische Maßnahmen erklärt werden.

Die Mehrheit der Interviewpartner (sechs von elf) hat außerdem eine eigene Praxishomepage (vgl. Tabellen 3a/3b im Anhang, S. 132), die einige dazu nutzen, weitere Informationen oder Links anzubieten, auf die sie dann in der Sprechstunde explizit verweisen. Hausarzt J bezieht diese selbst geschaffene Informationsquelle sogar direkt in das Gespräch ein, indem er mit den Patienten gemeinsam die Seite besucht und ihnen zeigt, was dort wo hinterlegt ist. Dabei geht es ihm, dem die

Präventionsmedizin ein besonderes Anliegen ist, um „grundsätzliche Gesundheitsfragen“ (HA J, 880) wie Bewegung, Ernährung oder die Gefahren des Rauchens, aber auch darum, sich „irgendwo auch zu erkennen zu geben“ (HA J, 961f.). Die Pflege der eigenen Homepage ist damit neben dem Gespräch und der Mitgabe von Broschüren und ähnlichen Materialien anderer Anbieter (vgl. dazu auch 4.7.2.) ein weiterer Versuch der Mediziner, möglichst weitgehend zu beeinflussen, welche Informationen die Patienten erreichen.

Das Bestreben der Ärzte, ihre Patienten selber zu informieren ist auch durch rechtliche Überlegungen motiviert. Denn die ärztliche Aufgabe der Aufklärung ist nicht zuletzt juristisch festgeschrieben: Wenn der Zustimmung der Patienten zu Behandlungen und diagnostischen Verfahren keine ausreichende Information durch den Arzt vorausgeht, sind die Bedingungen des „informed consent“, also der „informierten Einwilligung“, nicht erfüllt – und das kann bei Folgeproblemen empfindliche haftungsrechtliche Konsequenzen für die Ärzte haben (vgl. Parzeller et al. 2007). Dieser Aspekt kommt in mehreren Interviews zur Sprache:

„Es ist so, dass unabhängig von dem Aufklärungsstatus, den die Patientin mitbringt, ich sowieso meine Punkte abhake. (...) Ich muss das sowieso erzählen, also erzähle ich immer das Gleiche. Das hängt auch einfach damit zusammen, dass ich irgendwie eine Unterschrift tätigen muss, dass ich mit der Patientin gesprochen habe. Da gibt es ja eine Aufklärungspflicht.“ (Gyn G, 1012ff.)

Festzuhalten bleibt, dass das Handlungsmuster „selber informieren“ in den Äußerungen aller Befragten großen Raum einnimmt. Dabei ist allerdings zu beachten, dass dieses Muster nicht erst durch die Vorinformationen ausgelöst wird und insofern keine reine Reaktion darauf darstellt. Allerdings scheinen die befragten Mediziner sich durch die zunehmende Konfrontation mit externen Informationen verstärkt auf die originär ärztliche Aufgabe der Aufklärung zu besinnen: Sie betonen intensiv die Wichtigkeit dieser Aufgabe und ihre entsprechenden Kompetenzen und versuchen, sich so auch gegenüber den Einflüssen aus anderen Informationsquellen zu behaupten und zu positionieren.

4.7.2. Handlungsmuster „steuern“

Eng mit dem Bestreben, die Patienten vor allem selber zu informieren hängt ein anderes Handlungsmuster zusammen, das als weitere „Waffe“ im Kampf um die Informationshoheit angesehen werden kann: Viele der interviewten Ärzte versuchen, die Informationssuche der Patienten zu steuern und auch zu beeinflussen, wie die gefundenen Informationen ausgewertet und verarbeitet werden.

Dies geschieht zunächst vor allem, indem die Mediziner nach ihrer Ansicht gute Informationen bzw. entsprechende Quellen empfehlen. Dabei kann es sich zum einen um Bücher oder um Broschüren handeln, die Ärzte ihren Patienten selber mitgeben (hier überschneiden sich hier die Handlungsmuster „selber informieren“ und „steuern“). Meistens berichten die Befragten jedoch davon, dass sie auf Internet-Angebote hinweisen. Hier werden vor allem Seiten entsprechender ärztlicher Fachgesellschaften oder anderer ärztlicher Organisationen genannt, ebenso Homepages von Kollegen oder Kliniken, vereinzelt aber auch die Angebote mancher Selbsthilfe-Vereinigungen oder unabhängiger Anbieter wie dem Arzneimitteltelegramm. Grundsätzlich lässt sich allerdings wie bereits beschrieben (Abschnitt 4.3.) in der Gesamtschau der Interviews feststellen, dass die Kenntnisse der Mediziner über geeignete Patienteninformations-Quellen eher gering und – wenn vorhanden – selten vielfältig sind.

Einige der befragten Ärzte binden solche Tipps schon in das erste Gespräch über bestimmte Befunde oder Diagnosen ein. So handhabt es Gynäkologe G, der die Patientinnen zu bestimmten Internet-Angeboten zu leiten versucht: „Wenn dann irgendeine Auffälligkeit kommt [in der Pränatal-Diagnostik, J.B.], dann kriegen die von mir einen Hinweis, was sie schauen sollen und was sie nicht schauen sollen.“ (Gyn G, 138ff.) Hier zeigt sich, dass die Empfehlung bestimmter Angebote oft eng verknüpft ist mit der Warnung vor anderen. Es geht den Interviewpartnern bei ihrem Versuch, die Informationssuche der Patienten zu steuern, immer auch darum, sie von schlechten Quellen fern zu halten. So berichtet auch Gynäkologin B, dass sie ihre Patientinnen auf Webseiten zu lenken versuche, „wo ich weiß, da steht irgendwie nicht zu viel Stuss“ (Gyn B, 359f.).

Besonders häufig ist hier wieder das bereits beschriebene negative Urteil der meisten Befragten über die Wirkung der Betroffenen-Foren wahrzunehmen. Hausärztin K etwa erzählt, worum es ihr im Gespräch mit einer in Sachen Information sehr aktiven Krebspatientin vor allem ging:

„Ich habe ihr dann geraten, sie soll sehr zurückhaltend sein mit Recherchen. Sie soll sehr zurückhaltend sein mit irgendwelchen Foren im Moment, vor allem bevor sie nicht die genauere Diagnose hat und alles eher feststeht, weil das meiner Erfahrung nach nur verunsichern würde.“ (HA K, 147ff.)

In eine ähnliche Richtung zielt Gynäkologin E, die ihren Patientinnen rät: „Wenn Sie sich informieren, informieren Sie sich auf seriösen Seiten, nicht irgendwie in einer... nicht bei der Lebenserfahrung von Lieschen Müller.“ (Gyn E, 117ff.)

Hier taucht ein weiterer wichtiger Aspekt der ärztlichen Absicht auf, die Informationssuche zu steuern: Die Mediziner wollen ihre Patienten schützen vor den Folgen falscher oder emotional zu belastender Informationen. Dieses Motiv hängt eng

zusammen mit dem Effekt der Verunsicherung, den viele der Befragten den externen Patienten-Informationen zuschreiben (vgl. Abschnitt 4.4.1.). Gynäkologe G, der durch seinen Praxis-Schwerpunkt Pränatal-Diagnostik in einem besonders präventionsintensiven Bereich tätig ist, will gerade angesichts dieser Folgen gegensteuern:

„Also manchmal sage ich den Ehemännern: Zieht daheim den Stecker des Internets für eure Frauen raus, ja. Also einfach... und wenn sie Fragen haben, dann sollen sie mich fragen, ich schicke ihnen einen Link... Das ist... das ist... also es ist schwer. Und mich ärgert's einfach, wenn so eine eigentlich positive Schwangerschaft mit so einer Angst belegt ist, die ja ich überhaupt nicht nehmen kann.“ (Gyn G, 1371 ff.)

Hier verbindet sich die Absicht, das Suchverhalten zu steuern (oder auch ganz zu bremsen) mit der Absicht, die Patientinnen zu beruhigen und ihnen Sicherheit zu vermitteln. In eine ähnliche Richtung zielt die Strategie, die Gynäkologin D beschreibt, wenn sie schildert, auf was es ihr im Umgang mit den selbst beschafften Informationen ihrer meist onkologischen Patientinnen ankommt:

„Dass die Patientin das, was sie persönlich nicht angeht, erst mal auch vergisst. Also wenn ich eine Vorstufe von einem Tumor habe, dass die Patientin nicht am Rad dreht wie eine Patientin, die einen malignen Tumor hat mit Metastasen oder mit Lymphknotenbeteiligung. Also dass man dann wirklich sagt: Sie sind hier nicht. Das geht... in dem Moment... das ist jetzt zu viel. Jetzt machen Sie sich nicht verrückt, da gehören Sie nicht hin.“ (Gyn D, 553ff.)

Die Absicht, die Patienten zu lenken, bezieht sich hier weniger explizit auf die Quellen ihrer Suche als vielmehr auf die Verarbeitung dessen, worauf sie bei dieser Suche stoßen: Es geht darum, Fehlinterpretationen zu verhindern oder beunruhigende Informationen möglichst zu meiden, vor allem wenn sie aktuell keine sinnvolle Konsequenz, etwa für die Therapie, haben.

Ein weitere Zielrichtung des hier beschriebenen Handlungsmusters hängt mit dem potentiellen Entlastungseffekt zusammen, den einige Ärzte der eigenständigen Informationssuche ihrer Patienten zuschreiben (vgl. Abschnitt 4.5.2.). Diese Entlastung wird manchmal ganz bewusst genutzt, wie die Aussage von Hausärztin K am Beispiel der Laktose-Unverträglichkeit zeigt:

„Das ist so eine Krankheit, wo ich auch schon gesagt habe: Recherchieren Sie doch mal im Internet, ja, unter ‚laktosefreie Nahrungsmittel‘ oder: ‚Was heißt laktosefreie Ernährung?‘ Das ist einfach so ein Wust, das alles auseinanderzusetzen und zu erklären, da sollten die übers Internet... da haben die da leichter die Information.“ (HA K, 1972ff.)

Die Steuerung der Suche der Patienten leitet sich hier aus einer eher positiven Einschätzung der externen Informationen ab, nach der diese das Arzt-Patient-Gespräch und die Behandlung sinnvoll unterstützen können. Insgesamt entspringt das Handlungsmuster „steuern“ aber eher der Skepsis der Ärzte gegenüber den Effekten selbstständiger Informationssuche – sowohl was die Qualität der Quellen und ihrer Inhalte angeht, als auch was die Kompetenzen der Patienten im Umgang mit den Informationen betrifft.

4.7.3. Handlungsmuster „korrigieren und streiten“

Die meisten der befragten Mediziner haben den Eindruck, dass die Patienten von ihnen eine Bewertung der selbst recherchierten Informationen erwarten und sie nicht zuletzt deshalb in der Sprechstunde thematisieren. In diesem Zusammenhang sehen die Ärzte eine ihrer Hauptaufgaben darin, falsche Inhalte zu korrigieren.

Wie bereits beschrieben, beurteilen die Ärzte die Qualität der Informationen in der Regel skeptisch und sehen in ihnen dementsprechend potentielle Fehlerquellen, deren Wirkung auf die Patienten es zu berichtigen gilt (Abschnitt 4.3.). Diese Korrekturarbeit wird in den meisten Interviews ausführlich beschrieben; nur Gynäkologin E ist der Meinung, dass dieses Korrigieren mittlerweile weniger nötig ist als früher, weil die Patientinnen die Informationen besser einschätzen und besser filtern könnten (Gyn E, 578ff. und 832ff.). Die meisten der befragten Mediziner vertreten dagegen die Ansicht, der Aufwand für solche Korrekturen habe zugenommen – und dieser Aufwand ist ein wichtiger Grund dafür, dass die Selbstständigkeit der Patienten bei der Informationsrecherche nicht immer gern gesehen wird:

„Weil sie dann mit festen Meinungen kommen und man diese erst mal wieder aushebeln muss oder sie durch Argumente überzeugen muss, dass das, was sie da denken, nicht richtig ist.“ (Gyn F, 253ff.)

Nicht zuletzt ist genau diese Korrekturarbeit einer der Hauptfaktoren, der den Umgang mit den Vorinformationen der Patienten in den Augen einiger Interviewpartner extrem zeitaufwändig machen kann:

„Falschinformationen wieder rauszuholen, das ist immer doof. Das dauert einfach ewig lange, dann zu erklären, warum man das nicht so macht oder zu erklären, dass dieser Umstand bei der Patientin nicht so ist, weil...“ (Gyn B, 1204ff.)

Informationen werden dabei zum einen als komplett falsch eingestuft, was für die ärztliche Seite eher die einfachere, weil eindeutiger Variante zu sein scheint: „Wenn ich sicher bin, dass der Patient auf dem Holzweg ist, dann kann man das ja auch

recht einfach widerlegen“, sagt Hausarzt L (HA L, 1313f.). Wenn die Patienten mit völlig unsinnigen Therapievorschlägen zu ihm kommen, nimmt Hausarzt H kein Blatt vor den Mund: „Dann kann ich immer nur sagen: ‚Tut mir leid, da sind sie einer Fehlinformation aufgesessen‘.“ (HA H, 149ff.) Er versuche, den Patienten solche Ideen „mit Argumenten wieder auszureden“ (HA H, 498f.).

Schwieriger ist es offenbar, wenn die Patienten eine Mischung aus falschen und richtigen Informationen präsentieren; diese Variante wird gleichzeitig häufiger beschrieben. Vom „bereinigen“ und „geradebiegen“ (Gyn G, 529, 777) ist dann die Rede, von der Mühe, „dieses halbe Wissen wieder zu berichtigen“ (HA I, 104f.) und die Patienten dabei „zu überzeugen, sich nicht so schnell beeinflussen zu lassen (HA I, 104f., 587f.). Man müsse dann „klarmachen, woran so eine Vermutung einfach scheitert“ (HA J, 1501f.), was bedeutet, teilweise ausführlich bestimmte Therapieentscheidungen zu erläutern. Dass es dabei untergründige Spannungen gibt, ist in der Schilderung von Hausärztin K zu erkennen; sie bezieht sich auf eine aus dem Internet informierte Patientin, die ihre Medikation in Frage stellte:

„Wenn ich ihr das aber begründen kann, warum und wieso, dann ist ihr der Wind aus den Segeln genommen. (...) Wenn man das mal so transparent macht, warum komme ich zu einer Therapieentscheidung, wie komplex ist die Therapieentscheidung zu einem banalen Blutdruckmittel, ja, dann sind die plötzlich ruhig.“ (HA K, 1226ff.)

Die Wortwahl („Wind aus den Segeln genommen“, „dann sind die plötzlich ruhig“) lässt hier eine gewisse Aggression bzw. den Wunsch erkennen, die Patientin zum Schweigen zu bringen – obwohl in diesem Interview insgesamt eine eher überdurchschnittliche Offenheit für die Vorinformationen von Patienten festzustellen ist. Doch die damit zusammenhängende Korrektur- und Überzeugungsarbeit ist ganz offensichtlich oft ein Stressfaktor.

Es verwundert daher nicht, dass es durch externe Informationen und den daraus manchmal entstehenden Dissens nicht nur zu Diskussionen, sondern auch zu Auseinandersetzungen bis hin zum Streit kommen kann. Das geschieht z.B., wenn die Mediziner sich weigern, bestimmte Medikamente zu verschreiben: „Da gibt’s schon manchmal auch Situationen, wo ich ein bisschen lauter werden muss“, sagt Hausarzt H, und auch Gynäkologin B berichtet: „In ganz seltenen Fällen lasse ich’s dann auch mal knallen“, und zwar „wenn sie mir dann rotzig kommen... es gibt auch Patienten, die werden rotzig, das muss man wirklich sagen, richtig unerzogen“ (Gyn B, 1501f.). Dabei betonen allerdings alle Befragten, dass handfester Streit äußerst selten sei; als wirkliche Extremfälle schildern sie meist nur psychisch sehr labile oder psychiatrisch auffällige Patienten (diese allerdings recht häufig, vgl. 4.4.2 und 4.7.4.).

Auseinandersetzungen über den richtigen Weg in Diagnostik und Therapie haben für die Ärzte auch die Funktion, sich zu positionieren, also klar zu machen, für welche Medizin sie (zur Verfügung) stehen und für welche nicht. Streit in diesem Sinne führt nicht unbedingt zur Eskalation oder gar zur Trennung, aber auch nicht immer zur Einigung – denn die Ärzte stecken so auch ihre Grenzen ab. Gynäkologin E schildert den Fall einer Patientin, die sich nach der Diagnose Eierstockkrebs aufgrund zusätzlicher Informationen gegen die empfohlene Operation entschieden hatte:

„Natürlich betreue ich sie und Sorge ich sie nach, das ist klar. Die kann ich ja nicht fallen lassen. Aber ich habe mich positioniert und ich habe gesagt: Das ist Standard. Und wenn Sie das nicht machen, dann ist es so, respektiere ich. Aber dann müssen sie auch... dann sage ich ganz klar: Das und das sind die Konsequenzen.“ (Gyn E, 1768ff.)

Insgesamt ist das Handlungsmuster „korrigieren und streiten“ vor allem verbunden mit den als konflikträchtig einzustufenden ärztlichen Bewertungen der Patienten-Vorinformationen und ihrer Effekte. Die dort anzutreffende Verschiebung des Verhältnisses zwischen Experten und Laien bildet sich auch hier erneut ab, ebenso der in den beiden vorhergehenden Handlungsmustern bereits zu erkennende Kampf um die Informationseinheit.

4.7.4. Handlungsmuster „deuten“

Während es im vorhergehenden Abschnitt eher um die ärztlichen Reaktionen auf falsche oder irreführende Informationen ging, der Ansatzpunkt der Verhaltensweise also vor allem auf der sachlichen Ebene lag, zielt das Handlungsmuster des Deutens auf die Beziehungsebene und den emotionalen Bereich. Dieses Muster hängt eng zusammen mit der beschriebenen Einschätzung einiger Interviewpartner, dass die Informationssuche der Patienten oft weniger einem rationalen Bedürfnis nach kognitiv-sachlicher Aufklärung entspringt als vielmehr emotionalen Konflikten der Patienten oder zwischen ihnen und den Ärzten (vgl. 4.4.2. und 4.6.).

Vor allem, wenn Vorinformationen der Patienten zu Spannungen führen, verlegen sich daher einige der befragten Mediziner darauf, die Sachebene zu verlassen und den Prozess auf der emotionalen Ebene zu deuten: „Ich versuche, mich zu fragen, was der Patient mir damit sagen möchte“, sagt Hausarzt L, „denn es steckt ja eine andere Botschaft dahinter, eine versteckte Botschaft.“

Vor allem Ängste sehen einige Interviewpartner als treibende Kraft für die selbstständige Recherche von Informationen, aber auch dafür, diese Informationen eher konfrontativ oder kontraproduktiv in das Arzt-Patient-Gespräch einzubringen. In solchen Situationen halten es manche Mediziner für sinnvoller, die Ängste

anzusprechen als die Auseinandersetzungen über Medikationen oder Diagnostik weiter zu treiben. Gynäkologe C sieht das bei manchen Krebspatientinnen so:

„Da muss man sich klar machen: Das ist die Todesangst und jetzt kein Kräftemessen auf fachlicher Ebene, denn da wird's dann nur Konfrontationen geben. Deswegen muss man ganz... auf einer ganz anderen Ebene dann ansetzen, damit überhaupt erst mal eine vertrauensbildende Maßnahme dann da ist. Und eher das Gespräch suchen... über... sagen wir mal: wovor die Frau Angst hat. (...) Da muss man natürlich dann immer total aufpassen, dass man den richtigen Ton trifft, damit sich jemand nicht übergangen oder nicht ernst genommen fühlt.“ (Gyn C, 1007ff.)

Auch Hausarzt L betont mehrfach, bei solchen Patienten sei es das Wichtigste,

„über die Angst direkt zu sprechen. Also dann... den Grund des Informationsbedürfnisses kennenzulernen und mit diesem Grund direkt zu arbeiten, das ist dann eigentlich das Spannendere. Denn wenn man an der Oberfläche bleibt, dann geht man... folgt man durch Eingehen einer Gegenübertragung dem Abwehrmechanismus der Versachlichung.“ (HA L, 469ff.)

Das hier verwendete Vokabular zeigt deutlich die Herkunft der entsprechenden Interpretationsmuster aus dem psychotherapeutischen bzw. psychoanalytischen Kontext, wie er in der ärztlichen Aus- und Fortbildung vor allem in Balint-Gruppen vermittelt wird (vgl. Balint 2001). Tatsächlich taucht das Handlungsmuster des Deutens vor allem bei einigen jener Interviewpartner intensiv auf, die berichten, diese und andere kommunikationsorientierte Angebote besonders intensiv und über das Pflichtmaß hinaus genutzt zu haben oder immer noch zu nutzen (Gyn C, D, E; HA J, K, L).

Das gilt auch für Gynäkologin D, die einige Patientinnen beschreibt, bei denen sie die Effekte der Vorinformationen als negativ beurteilt:

„Ich habe auch einige psychiatrisch auffällige Patientinnen, die kommen natürlich mit verschiedenen Dingen immer und immer wieder. Da muss man dann auch irgendwann sagen, also, geht nicht. Nicht hier ständig irgendwas anderes, was Neues, was dann auch wieder nicht da ist.“ (Gyn D, 1166ff.)

Patientinnen, bei denen ihrer Meinung nach die Informationssuche und -verarbeitung einen psychiatrischen oder psychosomatischen Hintergrund verdeckt, versucht sie darauf anzusprechen und sie an Fachärzte weiterzuleiten: „Ich schicke auch zu Psychiatern, ich sprech's auch an. Wer dafür offen ist, hat natürlich auch eine Chance, dass er behandelt wird und sich das normalisiert.“ (Gyn D, 1199ff.)

Insgesamt ist das Handlungsmuster des Deutens besonders stark mit dem des Streitens verbunden, denn es ist meist eine Reaktion auf Spannungen in der Arzt-Patient-Interaktion. Dabei fällt auf, dass die befragten Mediziner beim Thema „Konflikte durch Informationen“ erstaunlich oft eher extreme Beispiele psychisch labiler oder gar psychiatrisch auffälliger Fälle schildern – zugleich aber betonen, dass es sich um Einzelfälle handelt. Diese Beispiele dürften also in den Interviews eher überrepräsentiert sein, was ein Zeichen dafür sein kann, dass im Konfliktfall einige Mediziner die Auseinandersetzungen sehr schnell auf der emotionalen Ebene interpretieren und damit die pragmatisch-sachlichen Motive und Inhalte eventuell unterschätzen. Möglicherweise erzählen die Ärzte aber auch gehäuft von eher extremen Fällen, weil diese besonders interessant erscheinen und sie gutes „Interviewmaterial“ liefern wollen.

Letztlich ist das Handlungsmuster des Deutens eine Gratwanderung, die durchaus konstruktiv verlaufen kann: Denn gerade, wenn Mediziner die emotionale Seite der Arzt-Patient-Kommunikation über externe Informationen auf angemessene Weise im Blick behalten, kann der Einfluss dieser „dritten Kraft“ positiv genutzt und in diesem Sinn in die Arzt-Patient-Beziehung integriert werden.

4.7.5. Handlungsmuster „integrieren“

Das Handlungsmuster „integrieren“ lässt sich in allen Interviews identifizieren. Seine Ausprägungen eint das Bestreben, die externen Informationen und die entsprechenden Themen und Fragen in das Arzt-Patient-Gespräch einzubinden und darüber möglichst „auf Augenhöhe“ zu kommunizieren. Zwischen der eigenen ärztlichen Aufklärung und den Informationen des Patienten wird hier kein Gegensatz konstruiert, vielmehr geht es darum, beides im inhaltlichen Austausch zu verknüpfen.

Das Ziel ist, auch die teilweise falschen oder irreführenden externen Informationen zu nutzen, indem die korrekten und auf den jeweiligen Einzelfall zutreffenden Anteile herausgefiltert und in das Arzt-Patient-Gespräch einbezogen werden. So schildert Gynäkologin D ihr Vorgehen, vor allem, wenn sie eine neue Diagnose oder verschiedene Therapieoptionen erklärt: „Dann muss man beginnen, das zu sortieren, auf den Fall auch zuzuschneiden und das eben zu individualisieren.“ (Gyn D, 39ff.) Denn genau dieser in den meisten externen Quellen fehlende individuelle Zuschnitt führt nach ihrer Ansicht dazu, dass Patienten zu falschen Einschätzungen kommen oder manchmal unnötig in Angst versetzt werden:

*„Also, man muss diese Dinge ja mit den Befunden, die vorliegen, auch zusammenführen und sagen: Das trifft jetzt auf Sie zu und das hier können Sie alles weglassen, das brauchen Sie jetzt nicht, das trifft auf Sie nicht zu.“
(Gyn D, 742ff.)*

Auch hier geht es teilweise darum, externe Informationen oder falsche Interpretationen richtig zu stellen und die Patienten selber zu informieren. Doch anders als bei dem Bestreben, selber zu informieren oder Inhalte aus externen Quellen zu korrigieren, steht hier nicht der konkurrenzbetonte Kampf um die Informationshoheit im Fokus, sondern die konstruktive Auswertung aller zur Verfügung stehenden bzw. von den Patientinnen zu Rate gezogenen Informationsquellen.

Gynäkologin E beschreibt ihre Zielrichtung ähnlich wie die Kollegin D, hebt dabei aber stärker die zentrale Rolle der Arzt-Patient-Kommunikation hervor:

„Mir ist schon wichtig, dass sie auch verstehen, wo sie ihre Information eingliedern. Und diese Information, die reihe ich dann schon ein und kann dann auch sagen: Ja, und das ist das, was Sie dann gelesen haben. Das erklärt sich so und so und dann heißt es: Aha, jetzt habe ich das verstanden. Also, es ist sehr häufig, dass die Leute Informationen haben, die sie nicht verstehen. Ich glaube einfach, dass diese Informationen im Internet – ich bezieh mich jetzt nur mal aufs Internet – dass die schon die persönliche Interaktion dann benötigen. Ich meine, sonst bräuchte man die Ärzte nicht, sage ich jetzt mal platt. Also, man muss dann in der verbalen Interaktion schon den Leuten auch nochmal vieles erklären.“ (Gyn E, 525ff.)

In dieser Aussage wird zwar durchaus der Experten-Status der Ärzte betont (und damit auch auf den wahrgenommenen Wandel der Experten- und Laienrollen reagiert), allerdings auf eine Art, die nicht vor allem auf den Machterhalt konzentriert zu sein scheint und dementsprechend die selbstständige Informationssuche der Patienten nicht als Irrweg bewertet. Die Expertenrolle wird vielmehr in der Tendenz sachlich und patientenorientiert begründet: Die Patientinnen sollen, gerade im Umgang mit ihren Vorinformationen, vom ärztlichen Wissensvorsprung profitieren und die Mediziner als moderierende Begleiter nutzen. Die Arzt-Patient-Kommunikation ist dabei das entscheidende Bindeglied.

Der persönliche Austausch über externe Informationen hat über das sachliche Ergänzen und Einordnen hinaus auch eine emotionale Funktion, die einige der Befragten ansprechen. Denn auch auf der emotionalen Ebene müssen Informationen der individuellen Lage des Patienten angepasst werden. Hausarzt L erklärt das am Beispiel eines bereits länger depressiven Patienten, bei dem zusätzlich eine Krebserkrankung diagnostiziert wird, über die er sich im Internet informiert:

„In der Situation ist es gut, wenn solche Informationen in ein persönliches Arzt-Patienten-Gespräch eingebettet werden, womöglich noch unter Hinzuziehung von engen Verwandten oder Bekannten, die ein gutes Verhältnis zu dem Patienten haben. Dann wird die Situation ganz anders erlebt, als wie wenn der

wegen Schlaflosigkeit nachts aufsteht und ins Internet geht und mit der Kälte dieser Wahrheit dann allein zurecht kommen muss.“ (HA L, 1004ff.)

Auch praktische Aspekte wie das räumliche Setting der Arzt-Patient-Begegnung können eine Rolle spielen. Hausarzt J versucht, das zu nutzen: In seinem Sprechzimmer sitzen die Patienten so, dass sie durch eine leichte Drehung des Computer-Monitors mit dem Arzt auf den Bildschirm sehen können. Arzt und Patient können so gemeinsam Seiten aufzurufen, von denen bestimmte Informationen stammen, um die entsprechenden Erklärungen und Empfehlungen miteinander durchzugehen. (HA J, 86ff. und 537ff.)

Zum Handlungsmuster des Integrierens gehört nicht nur, Informationsinhalte einzuordnen und für die Situation des individuellen Patienten sozusagen zu übersetzen, sondern auch, dass Ärzte die Bedürfnisse der Patienten ernst nehmen, die sich aus der Informationssuche und den gefundenen Inhalten ergeben – und darauf offen zu reagieren. Gynäkologin D etwa versucht, den Wunsch vieler informationsaktiver Krebspatientinnen nach begleitenden komplementärmedizinischen Therapien aufzunehmen und sie entsprechend weiterzuleiten:

„Also die kommen schon mit diesen Dingen, aber ich kann eben auch zu einigem Stellung nehmen oder kann sagen: Ja, ich habe da Adressen, gehen Sie doch da und dort hin. Die kennen das und machen das ganz gut.“ (Gyn D, 1036ff.)

Auch sinnvolle Medikations-Umstellungen werden in einigen Gesprächen so beschrieben, dass sie als Resultat einer integrativen Haltung der Ärzte gegenüber den Informationen ihrer Patienten zu werten sind. Hausärztin K berichtet von einem solchen Fall, in dem ihr ein Patient erst aufgrund selbst recherchierter Informationen von seinen Potenzstörungen berichtete, die eine mögliche Nebenwirkung seiner Medikamente sein können:

„Der hatte einen Betablocker, den haben wir daraufhin umgestellt auf seine Recherche hin. Habe ich gesagt: ‚Gut, dass Sie das sagen, wusste ich nicht bisher.‘ Er hatte die Therapie auch nicht von mir, sondern von irgendeinem Kollegen, die lief halt seit Jahren weiter. Und ich wusste nicht, dass er diese Nebenwirkungen hat.“ (HA K, 1735ff.)

Werden Informationen auf diese Weise integriert, können sie helfen, Behandlungen zu optimieren oder – auch das ist in einigen Interviews Thema – die Bereitschaft der Patienten zu präventivem Verhalten zu erhöhen. Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Verhaltensweisen des Handlungsmusters „integrieren“ besonders geeignet sind, die konstruktiven Potentiale vorinformierter Patienten zu nutzen und auch zunächst ambivalente Effekte in positive zu verwandeln (vgl. Abschnitt 4.6.).

4.8. Patientenbild und berufliches Selbstverständnis

Einige Fragen des Leitfadens zielten darauf ab, zu erfahren, wie die befragten Mediziner das gesundheitspolitische Leitbild des „informierten Patienten“ beurteilen und ob sie die damit oft verknüpften Ideale von mündigen, an medizinischen Entscheidungen möglichst gleichberechtigt beteiligten Patienten für realistisch und wünschenswert halten. Die Absicht war, damit über die Alltagserfahrungen hinaus das grundsätzliche Patientenbild der Ärzte genauer zu erfassen, das einen wesentlichen Einfluss auf ihren Umgang mit den externen Informationen der Patienten haben dürfte.⁴¹

Das Ideal eines partnerschaftlichen Verhältnisses zwischen Ärzten und Patienten wird von keinem der Interviewpartner grundsätzlich abgelehnt. Doch fast alle Befragten äußern sich zugleich auch skeptisch, was die umfassende Alltagstauglichkeit solcher Konzepte angeht. Am geringsten ausgeprägt ist diese Skepsis in den Aussagen der Hausärztin K und der Gynäkologin E, die für eine partnerschaftliche Beziehungsgestaltung und die gemeinsame Entscheidungsfindung die wenigsten Einschränkungen beschreiben (Gyn E, 1855ff.; HA K, 2036ff.). Einschränkungen sehen sie nur bei einer Minderheit der Patienten, die Hausärztin K so charakterisiert:

„Es gibt einzelne Leute, die gehen mit solchen Konzepten unter. Die haben einfach die Fähigkeit nicht dazu, ja, so selbstständig ihr Leben zu gestalten, die brauchen jemanden, der sie an der Hand nimmt.“ (HA K, 2081ff.)

Die anderen Interviewpartner äußern mehr Bedenken, in unterschiedlichen Abstufungen und inhaltlichen Nuancierungen. Dabei wird vor allem argumentiert, dass viele oder sogar die meisten Patienten dem Konzept der Mündigkeit und der damit verbundenen Selbstverantwortung nicht gewachsen seien – weil sie als Hilfsbedürftige zu wenig Kraft dafür haben und/oder weil ihnen kognitive Grundkompetenzen, vor allem aber ausreichende (Fach-)Kenntnisse fehlen. In diese Richtung argumentiert Gynäkologe C, der aus dem unterschiedlichen Wissensstand von Ärzten und Patienten ableitet, dass eine gewisse Form der Partnerschaft zwar möglich, eine gemeinsame Entscheidungsfindung aber wenig sinnvoll ist:

„Das ist zu idealistisch, weil, ich habe ja immer einen ungerechten Wissensvorsprung gegenüber einer Frau, die eben kein Spezialist auf dem Gebiet ist. Aber ich versuche es ihr möglichst gut zu erklären, damit sie's nachvollziehen kann, und darin liegt vor allen Dingen, denke ich, der Vorteil eines partnerschaftlichen Umgangs und weniger irgendwie, dass man jetzt wie

⁴¹ Die Antworten auf die Frage nach der eigenen Berufszufriedenheit und ihrer Entwicklung wurden zwar mit ausgewertet, fließen aber nicht in die Ergebnisdarstellung ein, weil sie sich für die Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung als kaum relevant erwiesen.

in Fachkreisen dann miteinander diskutiert, über Für und Wider. Das geht leider nicht. (Gyn C, 972ff.)

Die Rollenverteilung zwischen Experten und Laien wird hier als unumstößlich und im Grundsatz nicht veränderbar beurteilt. In eine ähnliche Richtung argumentiert Gynäkologe G, der dabei zudem argumentiert, dass auch Patienteninformationen die Wissensdiskrepanzen nicht ernsthaft verringern können:

„Das Hintergrundwissen, was man sich im Studium angelernt hat und es dann auch individuell anzuwenden, das ist glaube ich nicht mit einem Faltblatt zu machen oder mit einem Heftchen. Das geht nicht. Das muss ja jemand vorwählen und sagen: Das und das ist für dich die richtige Information und nicht eben jenes oder welches. Wer soll denn das tun, wenn nicht einer, der informiert ist... eben ein Arzt, der sich mit dem Patienten und dem Krankheitsbild auseinandersetzt. Also ich glaube, das [partnerschaftliche Entscheidungsfindung mit mündigen, informierten Patienten, J.B.] ist nicht verwirklichbar.“ (Gyn G, 1246ff.)

Trotzdem bilanziert Gynäkologe G wenige Sätze später: „Der mündige Patient... finde ich super, ja, ist mir mein liebster“ (Gyn G, 1280f.) und erklärt auf Nachfrage, dass er unter Mündigkeit verstehe, „dass sie [die Patientin, J.B.] vor mir sitzt und mit mir in eine Diskussion einsteigt (...) Mündig heißt für mich: den Mund aufmachen und miteinander sprechen.“ (Gyn G, 1288ff.) Mehrfach betont dieser Gesprächspartner, dass er gerne mit seinen Patientinnen debattiere (Gyn G, 578f., 1057ff., 1084f.). Sein Beispiel zeigt damit auf typische Weise, wie wenig eindeutig das Patientenbild bzw. der Blick auf die Arzt-Patient-Beziehung meistens ist: Auch wer Teile des Konzeptes partnerschaftlicher Entscheidungsfindung ablehnt, ist noch lange kein Anhänger klassisch patriarchaler Beziehungsgestaltung. Vielmehr zeigen sich bei den befragten Ärzten durchweg Anteile beider Modelle, während das autonome Beziehungsmodell in den Interviews und den geschilderten Erfahrungen mit den Patienten keine Rolle spielt (zu den Modellen der Arzt-Patient-Beziehung vgl. Abschnitt 2.1.3.).

Welche Anteile stärker zum Tragen kommen, hängt offenbar besonders stark vom Bildungsstatus (damit oft auch vom sozialen Status) ab: Mit einer Ausnahme (Hausarzt J) gehen alle Interviewpartner auf diese Einflussfaktoren mehrfach ein (auch das Alter spielt eine Rolle, wird aber dem Bildungsstatus deutlich nachgeordnet). Die meisten der Äußerungen zu diesem Thema folgen der Faustregel: Je ebenbürtiger die Patienten den Medizinern in Bezug auf das Bildungsniveau sind, desto eher werden sie in ihrem Informationshandeln ernst genommen, akzeptiert oder sogar geschätzt. Dies illustriert exemplarisch die folgende Antwort auf die Frage nach der Realitätstauglichkeit des Modells einer partnerschaftlichen Beziehung mit mündigen Patienten:

„Das kommt immer natürlich ganz stark auf den Bildungsstand des Patienten selber an... aus welcher Schicht kommt er und... wo also Gedankenaustausch und Argumentation möglich ist. Der sozusagen benachteiligte Patient wird sich eher führen lassen und was der Doktor sagt, das wird schon stimmen. Und der andere gut erzogene [sic] Patient, mit hoher Bildung, der braucht Erklärung, der braucht Überzeugung und ist natürlich manchmal zeitraubender als der andere, der Ja und Amen sagt. Also Autorität... wenn der Unterschied riesig ist, dann wird es einfach akzeptiert. Aber mir ist es lieber persönlich, wo ich argumentieren kann, wo ich Verständnis finde, wo ich auch Kritik beseitigen kann oder zustimmen kann.“ (Gyn F, 1219ff.)

Auch in anderen Interviews zeigt sich die hier erkennbare Tendenz eines latenten Sozialgradienten in der Interaktion: Die meisten Ärzte ermutigen Patienten mit höherem Bildungsstatus eher zur eigenständigen Recherche und halten es eher für sinnvoll, ihnen Such-Tipps oder zusätzliches Material zu geben bzw. auf ihre selbst beschafften Informationen einzugehen. Denn sie stufen diese Patienten als kompetenter ein, nicht nur was die Suche nach Informationen, sondern auch was deren Beurteilung und Interpretation und damit den Nutzen für das Krankheits- und Therapieverständnis angeht. Die Idee, dass gerade Patienten mit geringeren Kompetenzen von ihren Ärzten im Umgang mit Informationen unterstützt und begleitet werden könnten, spielt in den Interviews keine Rolle.

Der Bildungs- und Sozialstatus und die ihm zugerechneten Kompetenzen der sinnvollen Mediennutzung und Informationsauswertung sind dementsprechend auch die meistgenannten patientenseitigen Faktoren, wenn es darum geht, was den konstruktiven Umgang mit Vorinformationen fördern oder hemmen kann. Doch auch auf ihrer eigenen Seite benennen die Ärzte solche Faktoren. Dazu gehört vor allem anderen eine verbesserte kommunikative Kompetenz, also ein deutlich patientenorientierter Aspekt. In großer Einmütigkeit sehen alle Interviewpartner hier erhebliche Defizite sowohl in der Aus- als auch in der Fortbildung und sind der Meinung, dass dies den konstruktiven Umgang mit informierten Patienten erschweren kann. Allerdings gibt es in keinem der Gespräche Hinweise darauf, dass solche Defizite in der eigenen Kommunikation mit den Patienten bzw. der ärztlichen Aufklärung für möglich gehalten werden.

Sechs der elf Befragten berichten explizit, dass sie selber Aus- und Fortbildungsangebote im Bereich Kommunikation (u.a. Balint-Gruppen) wahrgenommen haben, die über das Pflichtsoll hinausgehen und bewerten diese Erfahrungen durchweg als sehr nützlich (Gyn C, D, E; HA J, K, L). Die Aussicht, dass es üblich wird, solche Zusatzangebote nutzen, wird aber eher skeptisch beurteilt. Es herrsche immer noch die Meinung vor, „das hat man sowieso mit der Muttermilch aufgesogen, das müsste eigentlich von selbst funktionieren“ (HA J, 1999ff.) Ähnliche Vorbehalte vermutet Gynäkologe G, der selbst eher widerwillig in die (mittlerweile zur

gynäkologischen Facharztausbildung zählende) Balintgruppe zum vermeintlichen „Gruppenheulen“ ging, es dann aber doch „bereichernd“ fand, weil man lerne, das eigene Kommunikationsverhalten zu reflektieren (Gyn G, 1523, 1566). Mehr Fortbildung in diesem Bereich durchzusetzen, werde wohl an der Haltung vieler Kollegen scheitern:

„Weil sie dann irgendwie sagen: jetzt müssen wir einen Workshop machen, Kommunikationstraining... da sitzen dann zehn Ärzte zwischen 30 und 65 dort, die spätestens ab 40 sagen: Ich weiß sowieso wie der Hase läuft. Ich lasse mir doch jetzt von der Sozialpädagogin nicht sagen, dass ich die Patientin anschauen soll, wenn ich mit ihr spreche.“ (Gyn G, 1484ff.)

Vor dem Hintergrund der Mängel, die alle Befragten in der kommunikativen Aus- und Fortbildung der Mediziner sehen, wäre es vorstellbar, dass sie in entsprechenden Defiziten der Arzt-Patient-Kommunikation (und damit auch der ärztlichen Information und Aufklärung) einen möglichen Auslöser der Informationssuche vieler Patienten sehen. Doch keiner der Befragten nennt dieses Motiv, wenn es darum geht, was Patienten zur eigenen Recherche bringen könnte. Nur Gynäkologe F spricht zumindest die Möglichkeit an, dass Patientenerwartungen hier manchmal enttäuscht werden könnten, sieht darin aber eher ein Motiv für eventuelle Arztwechsel, nicht für eigenständiges Informationshandeln:

„Warum ist jemand weggegangen oder weshalb kommt jemand zu einem? Weil er einfach mit einer Information bei einem Arzt nicht zufrieden war. Oder der Arzt das einfach nicht gut genug erklärt hat, weil das nimmt ja immer Zeit, Zeit, Zeit. Und daran mangelt's immer.“ (Gyn F, 867ff.)

Mögliche Kommunikationsdefizite spielen also nach Einschätzung der befragten Mediziner als Motiv für die Informationssuche der Patienten keine Rolle. Dagegen vermutet die Mehrheit der Interviewpartner (sieben von elf Befragten) in Ängsten und krankheitsbedingten Gefühlen der Bedrohung entscheidende Auslöser. Weitere Motive sehen einige der Interviewten zum einen im Bestreben der Patienten, die eigene Autonomie zu bewahren und damit zusammenhängend Selbstverantwortung zu übernehmen, zum anderen auch in der Kontrolle der Ärzte und ihrer Empfehlungen (jeweils vier von elf Befragten). Insgesamt lässt sich damit feststellen, dass die Sicht der Ärzte auf mögliche Motive für die eigenständige Informationssuche eher die Schutzbedürftigkeit der Patienten widerspiegelt als ihr Potential zu Partnerschaft und Autonomie.

Dabei berührt das Motiv der Ärzte-Kontrolle einen Gesichtspunkt, der für die Mehrzahl der Befragten zentral zu sein scheint, wenn es um ihr Patientenbild und ihr Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung geht: Sieben der elf Interviewpartner bezeichnen das Vertrauen ihrer Patienten als unverzichtbare Grundlage gelungener

Interaktion und erfolgreicher Behandlung. Dazu passt, dass in allen Antworten auf die Frage nach den wichtigsten Grundlagen des eigenen beruflichen Selbstverständnisses Aspekte benannt werden, die der Patientenorientierung zuzuordnen sind, allen voran die Zufriedenheit der Patienten.

Die eigenständige Informationssuche ist gerade vor diesem Hintergrund für die Ärzte eine Herausforderung und wird hinsichtlich der wichtigen Beziehungsressource „Vertrauen“, wie bereits beschrieben, häufig als Gratwanderung empfunden. Die Patientenwünsche nach Autonomie und Kontrolle sind für die meisten Ärzte zwar durchaus nachvollziehbar, können aber das grundlegende Vertrauen aushöhlen. Diese kaum auflösbare Spannung differenziert auch die Einschätzungen zu den Idealen eines partnerschaftlichen Verhältnisses zu mündigen Patienten wie die folgende Äußerung zeigt:

„Ich habe schon gerne mündige Patienten... man kann ja auch eine Partnerschaft auf unterschiedlichen Ebenen haben, ja. Also ich muss mich in der Autowerkstatt auch verlassen, dass... da ist ja der Automechaniker auch mein Partner in dem Sinn, dass der das dann richtig... der hat mehr Ahnung als ich. Das betrachte ich auch als etwas, was so mit Vertrauen zu tun hat. Da muss ich mich drauf verlassen. Und ich versuche mit den Patientinnen auch... ich habe das schon gerne, dass man auf einen gemeinsamen Konsens kommt und sagt: Also so und so, wollen wir das hier jetzt gemeinsam tragen. Ja, ich finde es richtig.“ (Gyn D, 1400ff.)

Das hier umschriebene Modell einer „Partnerschaft auf unterschiedlichen Ebenen“ dürfte bei der Mehrheit der für diese Studie befragten Mediziner auf Zustimmung stoßen. Denn in allen Interview-Aussagen zum Leitbild des informierten, mündigen Patienten mahnen die befragten Mediziner aus der Perspektive ihrer Alltagserfahrungen gewisse Einschränkungen an. Dass bei solchen Überlegungen auch Aspekte eine Rolle spielen können, die nach den Modellen der Arzt-Patient-Beziehung eher patriarchalen Tendenzen entsprechen, zugleich aber von Patientenorientierung zeugen, zeigt diese Aussage zum Ideal mündiger Patienten:

„Das ist ein hehres Ziel, das ist sozusagen wie in der Mathematik der Fluchtpunkt. Den hat man immer vor Augen, aber kann ihn nie erreichen. Weil es irgendwo auch einem ganz grundsätzlichen Aspekt dieser Situation entgegen spricht: Dass nämlich jemand als Patient irgendwo auch ein Stück regrediert. Das gehört fast immer irgendwo dazu. Das ist das Besondere irgendwo an unserer Beziehung. Man versucht das immer so zu anderen Beziehungen gleichzusetzen so einer - einer Handelsbeziehung oder so. ‚Ich gebe dir einen Auftrag und wir versuchen dann gemeinsam irgendwo so ein Projekt zu wuppen.‘ Teilweise ist das okay, dieser Ansatz, aber man sollte dabei nicht vergessen, dass es eben doch auch noch andere Facetten gibt.

Und man müsste die mit einbeziehen und auch die wuppen irgendwie. Also das Ganze hat einen doppelten Boden. Aber im Prinzip finde ich das schon richtig, aber mehr so in dem Sinne von einer asymptotischen Näherung an ein Idealziel, was so nicht zu erreichen ist und wenn man es erzwingt, irgendwo eigentlich an der Realität vorbei geht.“ (HA J, 2116ff.)

Im Gegensatz zu den bisher zum Leitbild des mündigen Patienten zitierten Aussagen werden hier weniger die kognitiven, wissensabhängigen Ungleichheiten zwischen Ärzten und Patienten betont als vielmehr die unterschiedliche emotionale Situation, die den Patienten oft in eine schwächere, abhängigere Position bringt.

Insgesamt ist festzuhalten, dass das Patientenbild der einzelnen Ärzte und ihre Einstellungen zur Arzt-Patient-Beziehung keine überzeugende Zuordnung zu den Modellen der Arzt-Patient-Beziehung erlauben. Auch die Einschätzungen zum Ideal des mündigen, informierten Patienten und zum Konzept partnerschaftlicher Entscheidungsfindung lassen keine eindeutige Bilanz zu: Es überwiegt die Zustimmung zu diesen Idealen und die Bereitschaft, sich mit den veränderten Rollen von Medizinern und Patienten zumindest auseinanderzusetzen. Zugleich herrscht Skepsis hinsichtlich der Alltagstauglichkeit solcher Konzepte. Insbesondere werden die Chancen für eine konstruktive Interaktion, auch im Umgang mit externen Informationen, abhängig von sozialen Faktoren wie dem Bildungsstand bei verschiedenen Patientengruppen sehr unterschiedlich eingeschätzt. Die große Rolle, die generell der Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung zufällt, wird ebenso erkannt, wie die Defizite in Aus- und Fortbildung allen Befragten bewusst sind. Die Aussicht auf Verbesserungen in diesem Bereich wird allerdings eher pessimistisch beurteilt, obwohl die Mehrheit der Interviewpartner selber gute Erfahrungen mit entsprechenden Angeboten gemacht hat.

5. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Die vorliegende Untersuchung verfolgte das Ziel, vor dem Hintergrund des bisherigen Forschungsstandes zur Arzt-Patient-Beziehung und zum Informationshandeln der Patienten den Umgang von Ärzten mit vorinformierten Patienten und die damit verbundenen Einstellungen und Erfahrungen zu erforschen. Dazu wurden elf niedergelassene Hausärzte und Gynäkologen in qualitativen, leitfadengestützten Experten-Interviews befragt. Die Auswertung der Interviews mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse ermöglichte die differenzierte Rekonstruktion typischer Erfahrungen, Bewertungs- und Handlungsmuster der befragten Mediziner im Umgang mit ihren vorinformierten Patienten. Damit lässt sich die ärztliche Perspektive in diesem Feld in einiger Hinsicht genauer beschreiben und nachvollziehen, als es bisherige Untersuchungen erlauben.

Zunächst ist grundsätzlich festzustellen, dass sich in den Erfahrungen der Befragten die wachsende Rolle widerspiegelt, die externe, selbst recherchierte Informationen nach dem bisherigen Forschungsstand für die Patienten spielen. Alle Interviewpartner berichten, dass der Einfluss solcher Vorinformationen zunehmend in der Sprechstunde zu spüren ist, und die Mehrheit schätzt diesen Einfluss als hoch ein. Dabei wird ähnlich wie in der Forschung das Internet besonders intensiv und – gemessen am Wissensstand über die tatsächliche Nutzung dieser Informationsquelle – tendenziell überproportional wahrgenommen. Dies könnte auch dadurch bedingt sein, dass nachgewiesenermaßen die internetaffinen Patienten gebildeter, jünger sowie eher an einer partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung interessiert sind. Daher bringen sie eigene Informationen wahrscheinlich aktiver in die Sprechstunde ein als Patienten mit Informationen aus herkömmlichen Medien, die sowohl der Forschung als auch den Interviewaussagen zufolge oft einen geringeren Bildungsstatus aufweisen und älter sind.

Zusätzlich zu solchen letztlich durch soziale Faktoren bedingten Wahrnehmungsverzerrungen dürfte die „Dunkelziffer“ vorinformierter Patienten sich dadurch erhöhen, dass den Interviews zufolge Ärzte kaum systematisch nach den Vorinformationen fragen. Da gleichzeitig ein großer Teil der Patienten die eigenen Recherchen nicht selbst thematisiert (Murray et al. 2003b, Isfort et al. 2004, Bylund et al. 2007), scheint zwischen Ärzten und Patienten zum Teil eine Art Allianz des Schweigens in Sachen Information zu herrschen. Diese partielle Sprachlosigkeit ist bedenklich, weil so die positiven Potentiale der Vorinformationen vielfach ungenutzt bleiben, während die negativen sich leichter entfalten können. Zudem wird vor diesem Hintergrund noch einmal deutlich, dass sich aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie keine zuverlässigen Aussagen über das *tatsächliche* Informationsverhalten der Patienten ableiten lassen.

Die Qualität der patientenseitigen Informationen und der entsprechenden Quellen bewerten die befragten Mediziner in der Tendenz als nicht ausreichend und stimmen darin überein mit dem kritischen Tenor der Forschung zu diesem Thema. Dabei wird im Interview-Material allerdings deutlich, dass die Grundlage dieser Bewertung nicht sehr solide ist, denn die ärztlichen Qualitäts-Kriterien sind mehrheitlich diffus, unspezifisch und wenig reflektiert. In der Forschung und von unabhängigen Informationsanbietern favorisierte Qualitätsmerkmale wie die Evidenzbasierung oder die für Laien nachvollziehbare Darstellung von Nutzen-Risiko-Verhältnissen tauchen nur vereinzelt auf. Zudem zeigt sich in den Interviews, dass die Mehrheit der befragten Ärzte nur wenige der Quellen kennt, aus denen ihre Patienten tatsächlich Informationen beziehen. Es ist daher davon auszugehen, dass die negativen Urteile über die Qualität der Informationen sich weniger auf die Quellen selber als vor allem darauf beziehen, was von den entsprechenden Inhalten bei den Ärzten „ankommt“.

Die im Zuge der Auswertung der Interviews rekonstruierten Bewertungsmuster zeigen, wie die befragten Mediziner die Effekte der patientenseitigen Vorinformationen beurteilen. Negativ bzw. als konfliktträchtig bewerten die Ärzte, dass Vorinformationen nach ihren Erfahrungen den Effekt haben können

- die Patienten zu verunsichern und unnötige Ängste zu schüren
- die Arzt-Patient-Beziehung durch Misstrauen und inhaltliche Meinungsverschiedenheiten zu Therapie, Diagnostik und Finanzierungsfragen zu belasten
- den Arbeitsaufwand der Mediziner ohne entsprechende Honorierung zu erhöhen und
- die Ansprüche an das Versorgungssystem zu steigern, vor allem bezogen auf die Diagnostik und die Konsultation weiterer Ärzte.

Vor allem die beobachtete Tendenz zu informationsbedingt steigenden Ansprüchen an das Versorgungssystem war in bisherigen Ärzte-Befragungen so nicht erkennbar. Andere in der vorliegenden Studie identifizierte negative Bewertungsmuster überschneiden sich teilweise mit bisherigen Ergebnissen (Streich 2004, Schmöller 2008, Stadler et al. 2009), die Interview-Auswertung ließ aber klarer verstehen, welche Problemlagen sie motivieren. Grundlegend ist danach vor allem die immer wieder als konfliktbeladen und ineffizient erlebte veränderte Rollenverteilung zwischen den Ärzten als Experten und den Patienten als Laien, die durch externe Informationen entsteht. Die duale Arzt-Patient-Beziehung verwandelt sich tendenziell in eine „Dreiecksbeziehung“, in der die Kontrollmöglichkeiten der Mediziner abnehmen und der Wissensunterschied zwischen Experten und Laien sich verringern kann. Der Expertenstatus und die damit zusammenhängende Machtposition müssen dadurch teilweise neu legitimiert und inhaltlich neu ausgestaltet werden.

Vor diesem Hintergrund konkretisiert sich die in Bezug auf das Leitbild vom „mündigen Patienten“ festgestellte „generelle Rollenverunsicherung“ vieler Ärzte (Rockenbauch et al. 2009, 7) gerade in den negativen Bewertungsmustern zu den Patienten-Vorinformationen. Sie ist der Subtext unter vielen der als problematisch bewerteten Erfahrungen. Eng verbunden ist damit das Spannungsfeld zwischen Misstrauen und Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung, das sich ebenfalls neu ausrichten muss, wenn die alten Rollen von Experten und Laien sich wandeln – und gerade hier bewerten die befragten Mediziner den Einfluss der Patienten-Vorinformationen als immer wieder potentiell destruktiv. Gleichzeitig wird deutlich, dass aus Ärztesicht das Vertrauensverhältnis der zentrale Faktor für eine gelungene Arzt-Patient-Interaktion und den konstruktiven Umgang mit Information und Aufklärung darstellt. Die negative Bewertung dieses Effektes der Vorinformationen fällt daher besonders ins Gewicht.

Ein wichtiges Ergebnis der Studie ist aber auch, dass die negativen Bewertungsmuster keineswegs eindimensional als Reaktion auf den instabileren ärztlichen Expertenstatus und den möglichen Macht- und Kontrollverlust zu interpretieren sind. Vielmehr führen die Befragten zahlreiche Erfahrungen und Beispiele an, in denen Vorinformationen in ihren Augen konkrete negative Folgen für die Patienten, aber auch für das Versorgungssystem haben. Diese sachlich-inhaltliche Ebene der negativen Bewertungsmuster darf nicht unterschätzt, sondern sollte ernst genommen werden. Als negativ wird dabei unter anderem bewertet, dass durch Vorinformationen die Compliance und damit häufig die Behandlungsqualität sinken kann, dass unnötige Ängste geschürt und emotionale Konflikte der Patienten verschärft werden und vermehrt zusätzliche Wünsche nach Versorgungsleistungen und entsprechende Kosten entstehen können. Auffällig ist in diesem Zusammenhang die besonders negative Beurteilung der Effekte der Informationen aus Betroffenen-Foren und Patienten-Chats.

Interessant sind darüber hinaus einige Einzelaspekte: So schildern mehrere der befragten Gynäkologen, dass die meisten heutigen Schwangeren durch selbst beschaffte Informationen übertrieben ängstlich seien. Dies wirft ein Schlaglicht auf mögliche Effekte von Vorinformationen im präventiven Bereich (insbesondere der Früherkennung), durch die verloren gehen kann, was Gadamer die „Verborgenheit der Gesundheit“ nannte (vgl. Gadamer 1993; Dörner 2003, 23-43): ein unbefangenes, im Wesentlichen unbewusstes Wohlbefinden im körperlichen und seelischen Gleichgewicht, das Ausdruck echter Gesundheit ist und verschwindet, sobald es – z.B. durch Informationen über mögliche Risiken – durch Reflektion und Zweifel durchbrochen wird.

Unter anderem kann dieser Effekt der patientenseitigen Informationen dazu führen, dass die Patienten mehr diagnostische „Beruhigungs-Leistungen“ in Anspruch nehmen, vermehrt Zweitmeinungen einholen oder mehrere Ärzte konsultieren.

Effekte dieser Art werden in den Interviews nicht nur in Bezug auf die Prävention, sondern auch für den kurativen Bereich beschrieben. In einigen Interview-Äußerungen lässt sich dabei durchaus erkennen, dass Mediziner sich immer wieder – wenn auch meist zähneknirschend – „breitschlagen“ lassen zu bestimmten diagnostischen Leistungen oder Überweisungen, die sie selber nicht vorgeschlagen hätten. Dieser Aspekt möglicher Wirkungen der Vorinformationen ist bisher in der Forschung wenig beachtet worden.

Auffallend ist weiterhin, dass offenbar gerade im Feld der Komplementärmedizin, in dem Patienten vieles selber zahlen müssen, die Vorinformationen Wünsche wecken, die aus Sicht der Ärzte (auch jener, die z.B. eine naturheilkundliche Zusatzqualifikation haben) oft nicht hilfreich sind. Hier mischt sich nach Meinung einiger Interviewpartner besonders häufig Information und Werbung auf eine Weise, die viele Patienten nicht durchschauen.

Generell drücken sich in den negativen Bewertungsmustern Zweifel der Ärzte an den Kompetenzen der Patienten aus, was die sinnvolle Auswahl und Bewertung der selbst recherchierten Informationen angeht. Diese fehlenden Kompetenzen lassen sich daher auch als einer der Hauptfaktoren benennen, die aus ärztlicher Sicht eine konstruktive Wirkung der Vorinformationen hemmen.

Ein weiteres Hemmnis sehen alle Befragten in strukturellen Voraussetzungen für den Umgang mit vorinformierten Patienten, die wesentlich über das Honorarsystem gesteuert werden: Die Bezahlung für den zeitlichen Mehraufwand, den Vorinformationen häufig verlangen, wird als nicht leistungsadäquat beurteilt. Auffallend ist allerdings, dass die Honorarfrage und das damit zusammenhängende geringe Zeitbudget für den einzelnen Patienten in den Interviews keine zentrale Rolle spielt, was angesichts der in Deutschland im internationalen Vergleich besonders kurzen durchschnittlichen Konsultationszeiten von 8 Minuten pro Patient erstaunt (Koch et al. 2007).

Einzelne Äußerungen legen allerdings die Vermutung nahe, dass die Unzufriedenheit hier durchaus groß ist, aber mit Änderungen angesichts der bisherigen Bewertung sprechender Medizin im Gesundheitswesen und der aktuellen Kostenproblematik nicht (mehr) gerechnet wird. Es ist daher gut möglich, dass die nicht sehr umfangreichen Äußerungen zu diesem Thema eher einer gewissen Resignation entspringen als der Zufriedenheit.

Die Beobachtung, dass Hausärzte die Effekte patientenseitiger Vorinformationen negativer beurteilen als Fachärzte (vgl. Streich 2004) lässt sich mit den Ergebnissen der hier vorgelegten Studie nicht bestätigen. Negative und positive Bewertungsmuster sind zwischen den Arztgruppen nicht auffällig unterschiedlich verteilt.

Alle befragten Mediziner nehmen in ihrem Praxisalltag neben konflikträchtigen auch aus ihrer Sicht begrüßenswerte Aspekte der eigenständigen Informationssuche ihrer Patienten wahr. Als positiv bewerten Ärzte danach, wenn Vorinformationen

- das Krankheits- und Therapieverständnis der Patienten fördern und ihre Compliance unterstützen
- die Selbstverantwortung der Patienten stärken und ihre Krankheitsbewältigung erleichtern
- die Kooperation zwischen Ärzten und Patienten verbessern
- die Ärzte entlasten
- die Patientenbindung stärken und die Arzt-Patient-Beziehung festigen

Diese positiven Bewertungsmuster zeigen, dass die befragten Ärzte gerade in den verschobenen Rollen von Experten und Laien auch Chancen erkennen, die zu nutzen sie gewillt sind. Dies gilt in besonderem Maß für jene Interviewpartner, die darin sogar eine ausgesprochene Entlastung sehen: generell von der einseitigen Verantwortung eines vermeintlichen „Halbgottes in Weiß“, aber auch in ganz konkreter Hinsicht, z.B. weil die ärztliche Aufklärung nicht bei Null anfangen muss bzw. durch externe Informationsangebote sinnvoll ergänzt werden kann. Allerdings ist diese ausgeprägt partnerschaftliche Einstellung nur vereinzelt anzutreffen.

Doch auch jene Mediziner, die in ihren positiven Bewertungen weniger weit gehen, zeigen sich vielfach offen für das konstruktive Potential vorinformierter Patienten. Die eigenständige Informationssuche der Patienten wird dann nicht mehr vor allem als Störfaktor im Sinne eines Misstrauensantrages bewertet, sondern als Angebot zur Kommunikation und Kooperation, von dem im besten Fall beide Seiten profitieren: auf der Beziehungsebene durch ein gefestigtes, vertrauensvolleres Arbeitsbündnis, auf der inhaltlichen Ebene durch die gemeinsame Auswertung der Informationen und in Bezug auf die medizinische Versorgung durch bessere und nachhaltigere Behandlungsergebnisse.

In den Interviews zeigt sich die Tendenz, dass die Ärzte das Potential für solche positiven Effekte bei Patienten mit besonders komplexen oder bedrohlichen Erkrankungen höher einschätzen als bei weniger tiefgreifenden Beschwerden. Vor allem bei sehr seltenen Krankheitsbildern wird das umfassende Wissen mancher Patienten hervorgehoben; sie werden offenbar am bereitwilligsten als Experten in eigener Sache respektiert, von denen auch die Ärzte teilweise lernen können.

Auch im Bereich der Primärprävention sehen einige Ärzte ein besonders positives Potential des aktiven Informationshandelns der Patienten: Vor allem Hausärzte bewerten hier externe Informationen zwar nicht als Garantie für entsprechende Verhaltensänderungen, halten sie aber doch für einen Katalysator, der für die Motivation der Patienten unverzichtbar ist und primärpräventive Erfolge zumindest

erleichtert. Zugleich wird der Informationsstand und das entsprechende Angebot hier als besonders gut beurteilt.

Es fällt ins Auge, dass die positiven Bewertungsmuster der Ärzte teilweise spiegelbildliche Pendanten zu den negativen darstellen. Hinzu kommt, dass solche gegensätzlichen Bewertungspaare – z.B. Verunsicherung der Patienten versus Verbesserung ihres Krankheits- und Therapieverständnisses – in den meisten Einzelinterviews nebeneinander auftauchen, ohne dass die Gesprächspartner eine eindeutige Bilanz ziehen würden. Offenbar machen die Mediziner die Erfahrung, dass Vorinformationen in vielen Bereichen prinzipiell in beide Richtungen wirken können. Hier bestätigen sich ambivalente Urteile aus bisherigen Umfragen (Streich 2004, Bertelsmann Stiftung/Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen 2005; Stadler et al. 2009); dort war aber kaum erkennbar, ob die zwiespältige Gesamtbilanz eventuell einem Gleichgewicht von eindeutigen Befürwortern und eindeutigen Kritikern entspringt oder der in sich ambivalenten Bewertung der Einzelnen. Die vorliegende Auswertung legt nahe, dass aufgrund der Alltagserfahrungen der Mediziner Letzteres der Fall ist.

Dabei kristallisieren sich in den Interviews vor allem zwei Hauptfaktoren heraus, die aus Perspektive der Ärzte dazu führen können, dass sich die positiven Potentiale der Vorinformationen entfalten: Einerseits müssen die Informationen die entsprechende Qualität aufweisen. Zudem und vor allem anderen müssen aber die Patienten auch fähig sein, diese Informationen richtig zu bewerten, zu filtern und intellektuell wie emotional nutzbringend zu verwerten. Dabei ist auffallend, dass die Mehrheit der Ärzte diese Kompetenzen vor allem Patienten mit höherem Bildungsstatus zuschreibt und daher bei diesen eher das Potential für positive Effekte externer Informationen sieht. Diese Einstellungen deuten darauf hin, dass soziale Ungleichheiten im Informationshandeln der Patienten und in ihren Zugangsmöglichkeiten zu entsprechenden Angeboten (vgl. Kickbusch/Marstedt 2008, Marstedt/Amhof 2008) in der Arzt-Patient-Interaktion eher verstärkt als ausgeglichen werden.

Ebenso wie in den Einzelinterviews lässt sich auch in der Gesamtschau auf die Interviews im Rahmen der hier vorgelegten Studie nicht die Bilanz ziehen, dass negative oder positive Bewertungen in der Gruppe der befragten Ärzte eindeutig überwiegen – auch wenn die Befragten konflikträchtige Erfahrungen insgesamt variantenreicher und eigeninitiativer beschreiben als die positiv bewerteten Aspekte. Insgesamt bleibt aber der Eindruck stark ambivalenter Einstellungen gegenüber vorinformierten Patienten bestehen, den zu vereindeutigen dem Gesamtmaterial nicht gerecht werden würde. Im Übrigen spiegelt sich darin auch die ebenfalls insgesamt zwiespältige Haltung der Ärzte zu gesundheitspolitischen Idealen von mündigen, an medizinischen Entscheidungen möglichst partnerschaftlich und gleichberechtigt zu beteiligenden Patienten.

Eine mögliche Ursache der Ambivalenz gegenüber vorinformierten Patienten könnte in der Tatsache liegen, dass dieses Phänomen noch relativ jung ist bzw. sich erst seit einigen Jahren durch den zunehmenden Einfluss des Internets immer deutlicher im Praxisalltag niederschlägt. Es ist anzunehmen, dass die Mediziner daher noch keine stabilen Einstellungen zu den entsprechenden Veränderungen entwickelt haben und auch noch nicht über eingespielte Strategien verfügen, um dieser Dynamik zu begegnen. Dies dürfte umso mehr zutreffen, als in den Interviewäußerungen deutlich wird, dass die in Aus- und Fortbildung vermittelten Kommunikationstechniken und Medienkompetenzen von fast allen Befragten als sehr mangelhaft beurteilt werden.

Obwohl also nicht von bewusst eingesetzten Strategien gesprochen werden kann, kristallisierte sich in der Auswertung der Interviews ein Set an Handlungsmustern heraus, mit denen die Ärzte versuchen, den Einfluss der Patienten-Vorinformationen möglichst positiv zu steuern. Dabei lassen sich offenbar gerade einige der grundsätzlich ambivalenten Effekte konstruktiv nutzen, wenn die Arzt-Patient-Interaktion für beide Seiten gelingt. Das dafür zentrale Handlungsmuster ist die Integration patientenseitiger Vorinformationen, bei der ärztliche Erklärungen und das Vorwissen der Patienten verbunden, für den jeweils individuellen Fall ausgewertet und in die Behandlungsplanung einbezogen werden. In diesem Handlungsmuster sind Elemente einer partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung vorherrschend. Zugleich ist dieses Verhalten als Versuch zu werten, die Rolle des Arztes als Experte neu zu definieren: Er fungiert hier als Moderator, der bereit ist zum Dialog über die Vorinformationen der Patienten und dafür seine Wissensressourcen und Kompetenzen vermittelnd zur Verfügung stellt.

Auch das Handlungsmuster des Deutens kann Zeichen eines partnerschaftlich orientierten Umgangs mit Vorinformationen sein, wenn damit psychosoziale Probleme der Patienten oder Spannungen in der Arzt-Patient-Beziehung als Auslöser der Informationssuche identifiziert und eventuell gelöst werden. Allerdings steckt in dieser Verhaltensweise auch die Gefahr, die Eigeninitiative der Patienten vorschnell zu psychologisieren oder zu pathologisieren und damit die sachlich motivierte Ebene zu unterschätzen.

Weitere aus den Interviews rekonstruierbare Handlungsmuster zielen auf die Steuerung der Informationssuche der Patienten, die Korrektur falscher oder falsch interpretierter Informationsinhalte und das Streiten über informationsbedingte Meinungsverschiedenheiten zu Diagnostik, Therapie oder Finanzierungsfragen. Als besonders zentral erweist sich darüber hinaus ein Verhaltensmuster, das zwar keine Reaktion auf die Vorinformationen der Patienten darstellt, das aber aus der ärztlichen Perspektive offenbar untrennbar damit verknüpft ist: Die Befragten verbinden mit dem Begriff des „informierten Patienten“ auch (und oft zuerst), dass *sie selber* ihre Patienten informieren und gut aufklären wollen – nicht zuletzt um den juristischen

Bestimmungen des „informed consent“ zu entsprechen. Dieser Aspekt der ärztlichen Perspektive wird in der Forschung meist zu wenig beachtet.

Die Handlungsmuster „steuern“, „korrigieren und streiten“ und „selber informieren“ zeigen deutlichere Anteile patriarchaler Beziehungsgestaltung als die anderen Verhaltensweisen, und sie hängen enger mit den negativen Bewertungsmustern zusammen. Auch hier zeigen sich einzelne Aspekte einer möglichen neuen (Experten-)Rolle der Mediziner – am deutlichsten im Bestreben, die Informationssuche der Patienten zu steuern und damit ebenfalls zu moderieren. Insgesamt ist hier aber die Bereitschaft, die Eigeninitiative der Patienten und ihr Vorwissen aufzunehmen statt abzuwehren geringer als bei den Handlungsmustern „integrieren“ und „deuten“. Stattdessen sind hier Zeichen eines Kampfes um die Informationshoheit erkennbar, weil die „dritte Kraft“ externer Informationen immer wieder eher als Störfaktor denn als Unterstützung für die Arzt-Patient-Interaktion empfunden wird.

Als **Fazit** der vorliegenden Studie lässt sich festhalten, dass die Ärzte im Umgang mit dem Phänomen vorinformierter Patienten offenbar vielfach noch nicht über eingeübte Strategien verfügen und dass die zugrunde liegenden Einstellungen häufig ambivalent und instabil sind. Dementsprechend zeigen sich zwei Grundbewegungen in den Reaktionen auf die sich informationsbedingt wandelnde Rollenverteilung zwischen Experten und Laien: Einerseits sichern die Ärzte ihren Expertenstatus, indem sie versuchen, die Informationshoheit zu behalten oder gegen den externen Einfluss zurückzuerobern. Andererseits zeigen sie viele Ansätze, die Eigeninitiative der Patienten und ihre Vorinformationen konstruktiv in den Versorgungsalltag zu integrieren. In diesen Ansätzen wird die Bereitschaft deutlich, die ärztliche Expertenrolle neu zu interpretieren, indem die Mediziner die Informationssuche bzw. -auswertung und den damit von vielen Patienten angestrebten „Sinnkonstruktionsprozess“ (Neverla et al. 2007a, 46) moderierend begleiten.

Insgesamt lässt sich die Einschätzung Schmöllers, dass den „neuen Patienten“ heute „neue Ärzte“ gegenüberträten (Schmöller 2009, 58), mit den hier vorliegenden Ergebnissen nicht solide bestätigen. Vielmehr sind die Umriss eines neuen Rollenverständnisses zwar durchaus erkennbar, die Interviews geben aber auch Hinweise darauf, dass es in den Strukturen des Versorgungsalltages (z.B. im Honorar- und Erstattungssystem) noch keinen gefestigten Platz hat. Weil der Einzelne nicht gegen Strukturen, die alte Rollen teilweise konservieren neue Rollenidentitäten entwickeln kann, ist die Trennlinie nicht zwischen „alten“ und „neuen“ Ärzten zu ziehen, sondern zwischen alten und neuen Rollenanteilen in den Einstellungen und dem Verhalten der einzelnen Ärzte.⁴² Dabei ist zusätzlich zu

⁴² Im Übrigen stellt sich auch die Frage, ob pauschal von „neuen Patienten“ gesprochen werden kann; auch hier ist eher anzunehmen, dass bislang Anteile eines „neuen“ d.h. partnerschaftlichen Selbstverständnisses neben „alten“ bestehen, die auf einen patriarchal agierenden, von Patientenseite auch idealisierten Mediziner als Gegenüber ausgerichtet sind.

berücksichtigen, dass in der vorliegenden Studie ein gewisser Selektionsbias anzunehmen ist, weil vor allem solche Mediziner zu einem längeren Gespräch zum Thema „informierte Patienten“ bereit sein dürften, die dem Phänomen prinzipiell offen gegenüberstehen. Die Bewertungen sind daher vermutlich in der hier befragten Stichprobe tendenziell ins Positive verzerrt.

Angesichts der Erkenntnisse über produktive Effekte gelungener Arzt-Patient-Interaktion wäre es wünschenswert, dass Mediziner auf das Kommunikationsangebot, das in der patientenseitigen Informationssuche steckt, grundsätzlich offen, kompetent und souverän reagieren. Dies gilt umso mehr, als mit dem Älterwerden der digitalen Generation, die komplett mit dem Internet aufgewachsen ist, Vorinformationen im Versorgungsalltag eine immer größere Rolle spielen werden. Aus den Ergebnissen der hier vorgelegten Studie lassen sich folgende praktische Empfehlungen ableiten, die den produktiven Umgang mit diesen Vorinformationen unterstützen können:

- Das Thema Patienteninformationen sollte stärker in die Fortbildung approbierter Mediziner einbezogen werden, um ihre Kenntnisse über qualitätvolle laiengerechte Quellen und Inhalte zu erweitern und die Offenheit für vorinformierte Patienten zu stärken; dabei scheint es sinnvoller, das Thema in Veranstaltungen zu medizinischen Sachthemen zu integrieren, als spezielle Kommunikationsseminare anzubieten, da diese meist nur eine Minderheit der Ärzte erreichen
- Um die Rolle der Mediziner als Moderatoren im Bereich Information zu stärken, müssten entsprechende Anreize gesetzt werden, z.B. durch die Honorierung entsprechender Beratung (dabei sind auch neue Kommunikationsformen wie der Austausch per Mail oder in Telefonsprechstunden zu beachten)
- Die Kommunikationsausbildung der Mediziner sollte (weiter) verbessert werden
- Fragen nach dem Vorwissen der Patienten, ihren Informationsquellen und zum diesbezüglichen Beratungsbedarf sollten vor allem bei chronischen und/oder schweren Erkrankungen zum Standard des Arzt-Patient-Gesprächs gehören
- Die Qualität des Angebotes an Patienteninformationen müsste auf evidenzbasierter Basis weiter verbessert und politisch gefördert werden; entsprechende Angebote müssten außerdem durch geeignete öffentlichkeitswirksame Maßnahmen intensiver bekannt gemacht werden.
- Die Kompetenz von Patienten und Bürgern im Umgang mit medizinischen Informationen sollte gefördert werden. Das betrifft ganz besonders Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau; wünschenswert sind daher vor allem niedrigschwellige Angebote

Weiterer Forschungsbedarf besteht zum einen im Bereich des ärztlichen Umgangs mit vorinformierten Patienten selber: Vor allem Beobachtungsstudien wären aufschlussreich, um die tatsächliche Interaktion zwischen Medizinern und Patienten zu erfassen (und nicht nur ihre jeweiligen Einstellungen und retrospektiven Schilderungen, die immer Verzerrungen in sich tragen). Aber auch weitere Studien qualitativer und quantitativer Ausrichtung zur Ärzteperspektive wären hilfreich, um die Faktoren weiter zu spezifizieren, die informationsfreundliche Handlungsmuster fördern. Weiterer Bedarf besteht in der Qualitäts- und Rezeptionsforschung im Bereich Patienteninformationen, um zielgruppengerechtere laienadäquate Angebote konzipieren zu können. Interessant und angesichts des Kostendrucks im Gesundheitswesen notwendig wären darüber hinaus nähere Untersuchungen zum Einfluss des selbstständigen Informationshandelns auf die Inanspruchnahme kassenfinanzierter Leistungen, um kostensenkende und kostensteigernde Wirkungen besser erkennen und beeinflussen zu können.

6. Literaturverzeichnis

Download-Adressen werden je nach Praktikabilität entweder mit der kompletten Webadresse der Fundstelle angegeben oder als Pfad (dabei werden Webadressen prinzipiell ohne Leerzeichen angegeben, auch über einen möglichen Zeilenumbruch hinweg)

Links wurden zuletzt **am 22.2.2010 überprüft**

Beiträge aus Sammelbänden werden hier in der Regel unter den Namen der jeweiligen Autoren des Einzelaufsatzes geführt. Nur ausnahmsweise, wenn im Text der Sammelband als Ganzes als Beleg dient (weil an einer Stelle viele oder alle Beiträge aus diesem Band relevant sind), wird dieser Sammelband im Literaturverzeichnis auch als Ganzes unter den Namen seiner Autoren/Herausgeber zitiert.

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hg.) (2006): Manual Patienteninformation. Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformationen. ÄZQ Schriftenreihe Band 25, Berlin.

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (Hg.) (2008): Aus Fehlern lernen. Profis aus Medizin und Pflege berichten. Bonn: Kompart.

Albrecht, Harro (2006): Lust auf Bildung: Medizin. Die Zeit, 4, 17-18.

Allensbach Institut (2008): Ärzte weiterhin vorn. Die Allensbacher Berufsprestige-Skala 2008. Allensbacher Berichte 2/2008. Download: www.ifd-allensbach.de/news/prd_0802.html

Aust, Birgit (1994): Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Papier P94-201, Berlin.

Badura, Bernhard; Strodtholz, Petra (2003): Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Badura, Bernhard; Busse, Reinhard; Leidl Reiner; Raspe Heiner; Siegrist, Johannes; Walter, Ulla (Hg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer, 714-724.

Balint, Michael (2001): Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bartens, Werner (2007): Das Ärztehasserbuch: Ein Insider packt aus. München: Knauer.

Baumann, Eva (2006): Auf der Suche nach der Zielgruppe. Das Informationsverhalten hinsichtlich Gesundheit und Krankheit als Grundlage erfolgreicher Gesundheitskommunikation. In: Böcken, Jan; Braun, Bernard; Amhof, Robert; Schnee, Melanie (Hg.): Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 117-153.

Baumann, Zygmunt (1992): *Moderne und Ambivalenz. Das Ende der Eindeutigkeit.* Hamburg: Junius.

Beck, Ulrich (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne.* Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Beck, Ulrich; Beck-Gernsheim, Elisabeth (Hg.) (1994): *Riskante Freiheiten – Individualisierung in modernen Gesellschaften.* Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Bertelsmann Stiftung; Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen (Hg.) (2005): *Shared Decision Making. Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen.* Chartbook. Gütersloh. Download: www.bertelsmann-stiftung.de → Downloads → Gesundheit → Stichwort „Shared Decision Making“.

Bestmann, Beate (2005): *Die berufliche Situation von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung.* Dissertation, Medizinische Fakultät, Universität Ulm.

Berger, Bettina; Lenz, Matthias; Mühlhauser, Ingrid (2008): *Patient zufrieden, Arzt gut? Inwiefern ist Patientenzufriedenheit ein Indikator für die Qualität der hausärztlichen Versorgung? Eine systematische Übersichtsarbeit.* Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 102, 299–306.

Blech, Jörg (2007): *Heillose Medizin: Fragwürdige Therapien und wie Sie sich davor schützen können.* Frankfurt: Fischer Taschenbuch.

Bogner, Alexander; Menz, Wolfgang (2002): *Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion.* In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hg.): *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 33-70.

Borch, Susan; Wagner, Sandra J. (2009): *Motive und Kontext der Suche nach Gesundheitsinformationen – Theoretische Überlegungen und empirische Befunde anhand des telefonischen Gesundheitssurveys.* In: Roski, Reinhold (Hg.): *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 59-87.

Buddeberg, Claus (Hg.) (2004): *Psychosoziale Medizin.* Berlin, Heidelberg: Springer.

Bürger, Claudia (2003): *Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen.* Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag (= Dissertation, Fakultät für Wirtschafts- und Organisationswissenschaften, Universität der Bundeswehr München, 2003).

Bundesärztekammer (2006): *Rahmenkonzept zur Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer.* Download: www.bundesaerztekammer.de → Medizin & Ethik → Versorgungsforschung.

Bundesministerium für Gesundheit (2008): *Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im 1. bis 3. Quartal.* Pressemitteilung vom 2. Dezember 2008.

Download: www.bmg.bund.de → Presse → Pressemitteilungs-Archiv (Stichwort: Finanzentwicklung).

Bundesministerium für Gesundheit (2009): Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im 1. bis 3. Quartal. Pressemitteilung vom 4. Dezember 2009. Download: www.bmg.bund.de → Presse → Pressemitteilungs-Archiv (Stichwort: Finanzentwicklung).

Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium der Justiz (Hg.) (2007): Patientenrechte in Deutschland. Leitfaden für Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte. Bonn/Berlin.

Butzlaff, Martin; Floer, Bettina; Isfort, Jana (2003): „Shared decision making“: Der Patient im Mittelpunkt von Gesundheitswesen und Praxisalltag? In: Böcken, Jörg; Braun, Bernard; Schnee, Melanie (Hg.): Gesundheitsmonitor 2003. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 41-55.

Bylund, Carma; Gueguen, Jennifer; Sabee, Christina; Imes, Rebecca; Li, Yuelin; Sanford, Amy (2007): Provider-patient dialogue about internet health information: An exploration of strategies to improve the provider-patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 66, 346–352.

Bylund, Carma; Gueguen, Jennifer; D'Agostino, Thomas; Imes, Rebecca; Sonet, Ellen (2009): Cancer patients' decisions about discussing internet information with their doctors. *Psycho-Oncology*, 11, 1139-1146.

Caspari, Cornelia; Untch, Michael; Vodermaier, Andrea (2003): Shared Decision Making bei Brustkrebspatientinnen. Qualitative Untersuchung zur gemeinsamen Entscheidungsfindung beim Mammakarzinom in einer Universitätsklinik. *Das Gesundheitswesen*, 65, 190-199.

Charles, Cathy; Gafni, Amiram; Whelan, Tim (1997): Shared decision making in the medical encounter: What does it mean (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44, 681-692.

Charles, Cathy; Gafni, Amiram; Whelan, Tim (1999a): What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *British Medical Journal*, 319, 780-782.

Charles, Cathy; Gafni, Amiram; Whelan, Tim (1999b): Decision-making in the physician±patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine*, 49, 651-661.

Chisholm, Alison; Carincross, Liz; Askham, Janet (2006): Setting standards. The views of members of the public and doctors on the standards of care and practice they expect of doctors. Picker Institute Europe, Oxford.

Coulter, Angela; Magee, Helen (Hg.) (2003): *The European Patient of the Future*. Maidenhead: Open University Press.

Coulter, Angela; Ellins, Jo (2006): Patient-focused interventions. A review of the evidence. Picker Institute Europe. London: The Health Foundation.

Daghio, Monica; Ciardullo, Anna; Cadioli, Tiziano; Menna, Angelo; Voci, Claudio; Giudetti, Patrizia (2003): GPs' satisfaction with the doctor-patient encounter: findings from a community-based survey. *Family Practice*, 20, 283-288.

Deinzer, Anja F.; Veelken, Roland; Schmieder, Roland E. (2005): Partizipative Entscheidungsfindung in der Behandlung der arteriellen Hypertonie. In: Härter, Martin; Loh, Andreas; Spies, Claudia (Hg.): *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 191-199.

Detmer, Don E. ; Singleton, Peter D.; MacLeod, Alison; Wait, Susan; Taylor, Mary ; Ridgwell, Jolyon (2003): *The Informed Patient: Study Report*. Cambridge University Health. Download: www.jbs.cam.ac.uk/research/centres/cuh/tip/pdf/crsummary.pdf

Deutsches Netzwerk für evidenzbasierte Medizin (2009): *Gute Praxis Gesundheitsinformation*. Arbeitspapier, Version 1.3. vom 10.3.2009. Download: <http://dnebm-patienteninformation.de/archives/51>

Di Blasi, Zelda; Harkness, Elaine; Ernst, Edzard; Georgiou, Amanda; Kleijnen, Jos (2001): Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, 357, 757-762.

Dierks, Marie-Luise; Seidel, Gabriele (2005): Gleichberechtigte Beziehungsgestaltung zwischen Ärzten und Patienten – wollen Patienten wirklich Partner sein? In: Härter, Martin; Loh, Andreas; Spies, Claudia (Hg.): *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 35-44.

Dierks, Marie-Luise; Bitzer, Eva-Maria; Lerch, Magnus; Martin, Sabine; Röseler, Sabine; Schienkewitz, Anja; Siebeneick, Stefanie; Schwartz, Friedrich-Wilhelm (2001): *Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt*. Arbeitsbericht. Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, Stuttgart.

Dierks, Marie-Luise; Diel, Franziska; Schwartz, Friedrich Wilhelm (2003): *Stärkung der Patientenkompetenz: Information und Beratung*. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Badura, Bernhard; Busse, Reinhard; Leidl Reiner; Raspe Heiner; Siegrist, Johannes; Walter, Ulla (Hg.): *Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München: Urban & Fischer, 339-348.

Dieterich, Anja (2006): *Eigenverantwortlich, informiert und anspruchsvoll... Der Diskurs um den mündigen Patienten aus ärztlicher Sicht*. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Nr. I 2006-310. Berlin.

Dörner, Klaus (2003): *Die Gesundheitsfalle. Woran unsere Medizin krankt. Zwölf Thesen zu ihrer Heilung*. München: Econ.

Egger, Josef W. (2005): *Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines*

wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16, 3-12.

Eimeren, Birgit van; Frees, Beate (2009): Der Internetnutzer 2009 – multimedial und total vernetzt? Ergebnisse der ARD/ZDF-Onlinestudie 2009. *Media Perspektiven* 7/2009, 334-348.

Emanuel, Ezekiel J. ; Emanuel Linda L. (1992): Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association JAMA*, 267, 2221-2226.

Flick, Uwe (2002): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Flick, Uwe; Kardorff, Ernst v.; Steinke, Iris (2008): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, Uwe; Kardorff, Ernst v.; Steinke, Iris (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 13-29.

Fromm, Bettina; Bente, Gary (2008): Was Screening und Science-Fiction gemeinsam haben. *Deutsches Ärzteblatt*, 105 (46), A2454-A2456.

Gadamer, Hans-Georg (1993): Über die Verborgenheit der Gesundheit. In: Ders.: *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 133-148.

Geisler, Linus (2004): Das Arzt-Patient-Gespräch als Instrument der Qualitätssicherung. Vortrag beim Kongress „Qualitätssicherung in ärztlicher Hand zum Wohle der Patienten“ am 26. Juni 2004 in Düsseldorf, veranstaltet vom Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein-Westfalen. Download: www.linus-geisler.de/vortraege/0406arzt-patient-gespraech_qualitaetsicherung.html

Gigerenzer, Gerd; Mata, Jutta; Frank, Ronald (2009): Public knowledge of benefits of breast and prostate cancer screening in Europe. *Journal of the National Cancer Institute*, 101, 1216-1220.

Gothe, Holger; Köster, Ann-Dorothee; Storz, Philipp; Nolting, Hans-Dieter; Häussler, Bertram (2007): Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten: Eine Übersicht der internationalen Literatur. *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (20), A 1394- 1399.

Grembowski, David; Paschane, David; Diehr, Paula; Katon, Wayne; Martin, Diane; Patrick, Donald L. (2005): Managed care, physician job satisfaction, and the quality of primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 271–277

Grobe, Thomas G.; Dörning, Hans; Schwartz, Friedrich Wilhelm (2010): *Barmer GEK Arztreport: Auswertungen zu Daten bis 2008*. Sankt Augustin: Asgard.

Gumbrecht, Hans Ulrich (1978): Modern. Modernität. Moderne. In: Brunner, Otto; Conze, Werner; Koselleck, Reinhard (Hg.): *Geschichtliche Grundbegriffe*. Band 4. Stuttgart: Klett-Cotta, 93-131.

Härter, Martin; Loh, Andreas; Spies, Claudia (Hg.) (2005): *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Hannöver, Wolfgang; Dogs, Christian Peter; Kordy, Hans (2000): Patienten-zufriedenheit – ein Maß für den Behandlungserfolg? *Psychotherapeut*, 45, 292-300.

Hart, Dieter (2003): Einbeziehung des Patienten in das Gesundheitssystem: Patientenrechte und Bürgerbeteiligung – Bestand und Perspektiven. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Badura, Bernhard; Busse, Reinhard; Leidl Reiner; Raspe Heiner; Siegrist, Johannes; Walter, Ulla (Hg.): *Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München: Urban & Fischer, 333-339.

Health of the Net Foundation (HON) (2005): Analysis of 9th HON survey of health and medical internet users. Download: www.hon.ch/Survey/Survey2005/res.html

Helfferich, Cornelia (2005): *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Helou, Antonius (2003): Medizinische Leitlinien. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Badura, Bernhard; Busse, Reinhard; Leidl Reiner; Raspe Heiner; Siegrist, Johannes; Walter, Ulla (Hg.): *Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München: Urban & Fischer, 739-745.

Hepe, Susanne (2007): Kommunikative Kompetenz – ein Thema in der ärztlichen Fortbildung. In: AOK-Bundesverband (Hg.): *Erfolgsfaktor Kommunikation. Potenziale für eine verbesserte Arzt-Patient-Beziehung*. Dokumentation einer Fachveranstaltung des AOK-Bundesverbandes am 17. Februar 2007, Universität Frankfurt am Main, Kompakt: Bonn, 93-98.

Hillebrand, Julia (2008): Das Arztbild im Wandel. In: Gellner Winand, Schmöller, Michael: *Neue Patienten – neue Ärzte? Ärztliches Selbstverständnis und Arzt-Patient-Beziehung im Wandel*. Baden-Baden: Nomos, 61-97.

Höflich, Joachim R.; Präger, Steffen; Mertten, Christin; Rossmann, Maria; Templin, Sonja (2009): Wozu braucht man da noch einen Arzt? Die Veränderung der Arzt-Patient-Beziehung durch das Internet. In: Klusen, Norbert; Fließgarten, Anja; Neling, Thomas (Hg.): *Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient*. Baden-Baden: Nomos, 206-220.

Horowitz, Carol R.; Suchman, Anthony L.; Branch, William T. Jr.; Frankel, Richard M. (2003): What do doctors find meaningful about their work? *Annals of Internal Medicine*, Vol. 138, Nr. 9, 772-776.

Hurrelmann, Klaus; Leppin, Anja (Hg.) (2001): *Moderne Gesundheitskommunikation*. Bern: Verlag Hans Huber.

Imes, Rebecca; Bylund, Carmen; Sabee, Christina; Routsong, Rodney; Sanford Amy (2008): Patients' reasons for refraining from discussing internet health information with their healthcare providers. *Health Communication*, 23, 538-554.

Isfort, Jana; Floer, Bettina; Butzlaff, Martin (2004): „Shared Decision Making“ – partizipative Entscheidungsfindung auf dem Weg in die Praxis. In: *Gesundheitsmonitor 2004. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der*

Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 88-100.

Isfort, Jana; Redaelli, Marcus; Butzlaff, Martin (2007): Die Entwicklung der partizipativen Entscheidungsfindung: Die Sicht der Versicherten und der Ärzte. In: Böcken, Jan; Braun, Bernard; Amhof, Robert (Hg.): Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 76-94.

Jacobson, Pearl (2008): Empowering the physician-patient relationship: The effect of the Internet. *The Canadian Journal of Library and Information Practice and Research*, 2, 1-13. Download: www.criticalimprov.com/index.php/perj/article/viewArticle/244/374

Jünger, Jana (2007): Fünf Jahre Kommunikationstraining für Mediziner in Heidelberg (Medi-KIT). Von der Insellösung zum nachhaltigen Curriculum. In: AOK-Bundesverband (Hg.): Erfolgsfaktor Kommunikation. Potenziale für eine verbesserte Arzt-Patient-Beziehung. Dokumentation einer Fachveranstaltung des AOK-Bundesverbandes am 17. Februar 2007, Universität Frankfurt a.M., Kompakt: Bonn, 79-92.

Jungbauer, Johannes; Kamenik, Christian; Alfermann, Dorothee; Brähler, Elmar (2004): Wie bewerten angehende Ärzte rückblickend ihr Medizinstudium? Ergebnisse einer Absolventenbefragung. *Das Gesundheitswesen*, 66, 51-56.

Kaptchuk, Ted J.; Kelley, John M.; Conboy, Lisa A.; Davis, Roger B.; Kerr, Catherine E.; Jacobson, Eric E. et. al. (2008): Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *British Medical Journal*, 336, 999-1003.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2005): Umfrage zum Aufwand für Bürokratie in Arztpraxen. Ergebnisbericht. Berlin: KBV.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2010): Auf einen Klick: Die ambulante Versorgung in Zahlen. Online-Zusammenstellung auf www.kbv.de → Presse → Häufige Fragen.

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (2009): Pressemappe zum Versorgungsbericht, vorgestellt am 27.1.2009. Download: www.kvhh.net → Presse → Pressegespräche → Pressegespräch vom 27.1.2009.

Kerr, Jacqueline; Engel, Jutta; Schlesinger-Raab, Anne; Sauer, Hansjörg, Hölzel, Dieter (2003): Communication, quality of life and age: results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. *Annals of Oncology* 14: 421–427.

Kickbusch, Ilona; Marstedt, Gerd (2008): Gesundheitskompetenz: eine unterbelichtete Dimension sozialer Ungleichheit. In: Kickbusch, Ilona; Marstedt, Gerd (Hg.): Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 12-28.

Kirschning, Silke; Michel, Susanne; Kardorff, Ernst von (2004): Der online informierte Patient – Offener Dialog gesucht. *Deutsches Ärzteblatt*, 101 (46), A 3090–3092.

Kirschning, Silke; Michel, Susanne (2007): Gesundheitsinformationen im Internet – Sicherheitsnetz für Patienten. Deutsches Ärzteblatt – Praxis, Computer & Management, 23, 4-5.

Kirschning, Silke; Kardorff, Ernst von (2008): The use of the Internet by women with breast-cancer and men with prostate-cancer – Results of an online-research. Journal of Public Health, 16, 133-143.

Kivits, Joëlle (2006): Informed patients and the internet – A mediated context for consultations with health professionals. Journal of Health Psychology, 11, 269–282.

Klemperer, David (2003): Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Nr. SP I 2003-302. Berlin.

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

Klemperer, David (2005b): Shared Decision Making und Patientenzentrierung – vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. Teil 2: Risikokommunikation, Interessenkonflikte, Effekte von Patientenbeteiligung. Balint Journal 6, 115-123.

Klemperer, David; Rosenwirth Melanie (2005a): Hintergrundpapier 2 zum SDM-Chartbook: Die Sicht der Patienten. Download: www.klemperer.com/p/publikationen.html

Klemperer, David; Rosenwirth Melanie (2005b): Hintergrundpapier 3 zum SDM-Chartbook: Die Sicht der Ärzte. Download: www.klemperer.com/p/publikationen.html

Koch, Klaus; Scheibler, Fülöp (2007): Einstellungen und Informationsstand zur Früherkennung: Informiert und doch getäuscht? In: Böcken, Jan; Braun, Bernard; Amhof, Robert (Hg.) (2007): Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 178-200.

Koch, Klaus; Gehrman, Ulrich; Sawicki, Peter T. (2007): Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich. Ergebnisse einer strukturvalidierten Ärztebefragung. Deutsches Ärzteblatt, 104 (38), A2584-2591.

Krones, Tanja; Richter, Gerd (2008): Ärztliche Verantwortung: das Arzt-Patient-Verhältnis. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz; 51: 818-826.

Lamnek, Siegfried (1995a): Qualitative Sozialforschung. Band 1: Methodologie. Weinheim: Beltz, Psychologie VerlagsUnion.

Lamnek, Siegfried (1995b): Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken. Weinheim: Beltz, Psychologie VerlagsUnion.

Lausen, Berthold; Potapov, Sergej; Prokosch, Hans-Ulrich (2008): Gesundheitsbezogene Internetnutzung in Deutschland 2007. *gms Medizinische Informatik, Biometrie, Epidemiologie*, 4(2), Doc06. Download: www.egms.de/static/en/journals/mibe/2008-4/mibe000065.shtml

Lehmann, Claudia; Koch, Uwe; Mehnert, Anja (2009): Die Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation für die psychische Belastung und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten bei Krebspatienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 59, e3-e27

Leydon, Geraldine; Boulton, Mary; Moynihan, Clare; Jones, Alison; Mossman, Jean; Boudioni, Markella; McPherson, Klim (2000): Faith, hope, and charity: An in-depth interview study of cancer patients' information needs and information-seeking behavior. *Western Journal of Medicine*, 173, 26-31.

Loh, Andreas; Härter Martin (2005): Modellentwicklungen zur Partizipativen Entscheidungsfindung. In: Härter, Martin; Loh, Andreas; Spies, Claudia (Hg.): *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 13-24.

Loh, Andreas; Simon, Daniela; Kriston, Levante; Härter, Martin (2007): Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungsfindungen. Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. *Deutsches Ärzteblatt* 104 (21), A 1483-1488.

Marstedt, Gerd (2003): Auf der Suche nach gesundheitlicher Information und Beratung: Befunde zum Wandel der Patientenrolle. In: Böcken, Jan; Braun, Bernard; Schnee, Melanie (Hg.): *Gesundheitsmonitor 2003. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 117-135.

Marstedt, Gerd; Amhof, Robert (2008): Soziale Ungleichheit. Schichtspezifisches Informations- und Partizipationsverhalten in der ambulanten Versorgung. *Gesundheitmonitor Newsletter der Bertelsmann-Stiftung* 3/2008, 1-7.

Marstedt, Gerd; Buitkamp, Martin; Braun, Bernard (2007): Eine Patiententypologie: Befunde zur Differenzierung unterschiedlicher Normen und Verhaltensmuster von Patienten im Gesundheitssystem. In: Böcken, Jan; Braun, Bernard; Amhof, Robert (Hg.): *Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 231-256.

Mayring, Philipp (2003): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim/Basel: Beltz.

Merkens, Hans (1997): Stichproben bei qualitativen Studien. In: Friebertshäuser, Barbara; Prengel, Annedore (Hg.): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in den Erziehungswissenschaften*. Weinheim: Juventa, 97-106.

Merten, Martina (2004): Der Patient als Partner: „Ein zartes Pflänzchen“. Deutsches Ärzteblatt, 100 (17), A1140-A1142.

Merten, Martina; Bühring, Petra (2007): „Es geht um die Veränderung einer hierarchischen Beziehung“. Interview mit Prof. Martin Härter. Deutsches Ärzteblatt 104 (34/5), A2320-2322.

Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2002): ExperInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hg.) (2002): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 71-93.

Mühlhauser, Ingrid; Oser, Friederike (2008): Sind medizinische und Gesundheitsinformationen auf den Internetseiten von Wikipedia evidenzbasiert? Eine Inhaltsanalyse. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 102, 441–448.

Mühlhauser, Ingrid; Lenz, Matthias (2008): Verbesserung der Therapieergebnisse durch Patientenwissen? Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 102, 223-230.

Murray, Elizabeth; Lo, Bernard; Pollack, Lance; Donelan, Karen; Catania, Joe; Lee, Ken et. al. (2003a): The impact of health information on the Internet on health care and the physician-patient relationship: National U.S. survey among 1050 U.S. physicians. Journal of Medical Internet Research, 5 (3), e17.

Murray, Elizabeth; Lo, Bernard; Pollack, Lance; Donelan, Karen; Catania, Joe; White, Marta et. al. (2003b): The impact of health information on the internet on the physician-patient relationship. Patient perceptions. Archives of Internal Medicine, 163, 1727-1734.

Nebling, Thomas; Fließgarten, Anja (2009): Wollen Patienten mündig sein? In: Klusen, Norbert; Fließgarten, Anja; Nebling, Thomas (Hg.): Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. Baden-Baden: Nomos, 80-96.

Neverla, Irene; Kamp, Hanns-Christian; Brichta, Mascha; Lüdecke, Dieter K. (2007a): Zum Informationshandeln von Patienten und zur Rolle des Internets im Krankheitsfall. Medien & Kommunikationswissenschaft, 55, 43-60.

Neverla, Irene; Brichta, Masch; Kamp, Hanns-Christian; Lüdecke, Dieter K. (2007b): Wer krank ist, geht ins Netz. Eine empirische Untersuchung zur Medien- und Internetnutzung im Krankheitsverlauf. München: Reinhard Fischer.

Parzeller, Markus; Wenk, Maren; Zedler, Barbara; Rothschild, Markus (2007): Aufklärung und ärztliche Einwilligung bei ärztlichen Eingriffen. Deutsches Ärzteblatt, 104 (9), A576-A586.

Perleth, Matthias (2003): Health Technology Assessment. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Badura, Bernhard; Busse, Reinhard; Leidl Reiner; Raspe Heiner; Siegrist,

Johannes; Walter, Ulla (Hg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer, 745-754.

Petersen, Corinna; Busche, Wiebke; Bergelt, Corinna; Huse-Kleinstoll, Gisela (2005): Kommunikationstraining als Teil des Medizinstudiums: ein Modellversuch. GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung, 22(1):Doc 08. Download: www.egms.de/static/en/journals/zma/2005-22/zma000008.shtml

Robert-Koch-Institut (RKI) (2009): Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 45. Berlin: RKI.

Rockenbauch, Katrin; Geister, Christina; Appel, Claudia (2009): PatientInnenbeteiligung aus ÄrztlInnensicht – eine qualitative Studie. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, Online-Publikation: DOI 10.1055/s-0029-1202363.

Roski, Reinhold; Schikorra, Stefan (2009): Informations- und Medienverhalten von Versicherten und Patienten – Eine Segmentierung von Barmer Versicherten. In: Roski, Reinhold (Hg.): Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 107-130.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1992): Jahresgutachten 1992: Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa. Baden-Baden: Nomos.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001. Kurzfassung (Band I und II zusammengefasst): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Baden-Baden: Nomos.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen. Drucksache 15/530. Bonn: Deutscher Bundestag.

Sänger, Sylvia (2005): Evidenzbasierte Entscheidung – Wirklichkeit oder Wunsch? Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 81, 528-536.

Sawicki, Peter T. (2005): Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ein randomisierter simultaner Sechs-Länder-Vergleich aus Patientensicht. Medizinische Klinik, 100: 755-768.

Scheibler, Fülöp; Steffen, Petra; Pfaff, Holger (2006): Patienteninformation im Internet, Vertrauen und Partizipative Entscheidungsfindung. Eine Querschnittstudie bei Brustkrebspatientinnen in Deutschland. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 15, 71-76.

Schmacke, Norbert (2009): Adherence: Therapietreue neu gedacht. Das Ende der Folgsamkeit. Gesundheit und Gesellschaft Spezial, 5/2009, 4-5.

Schmöller, Michael (2008): Neue Patienten – neue Ärzte? Selbst- und Rollenverständnis niedergelassener Ärzte in Deutschland. In: Gellner Winand, Schmöller, Michael: Neue Patienten – neue Ärzte? Ärztliches Selbstverständnis und Arzt-Patient-Beziehung im Wandel. Baden-Baden: Nomos, 15-59.

Schwartz, Friedrich Wilhelm; Walter, Ulla (2003): Altsein – Kranksein? In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Badura, Bernhard; Busse, Reinhard; Leidl Reiner; Raspe Heiner; Siegrist, Johannes; Walter, Ulla (Hg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer, 163-180.

Siegrist, Johannes (2005): Medizinische Soziologie. München: Urban & Fischer.

Simon, Daniela; Härter, Martin (2009): Gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient – Zeitraubender Luxus im Praxisalltag? In: Klusen, Norbert; Fließgarten, Anja; Nebling, Thomas (Hg.): Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. Baden-Baden: Nomos, 156-169.

Solomon, Jeffrey (2008): How strategies for managing patient visit time affect physician job satisfaction: A qualitative analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 775-780.

Sozialgesetzbuch (2008). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Spielberg, Petra (2008): Patienteninformation und die Rolle der Industrie: Unauflösbarer Interessenkonflikt. *Deutsches Ärzteblatt*, 105 (23), A1261.

Stadtler, Marc; Bromme, Rainer; Kettler, Susanne (2009): Dr. Google – geschätzter Kollege? Die Rolle des Internets in der Arzt-Patient-Interaktion. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 85, 254-259.

Streich, Waldemar (2004): Der informierte Patient – Hinweise zum praktischen Nutzen seines Wissens in der ambulanten Versorgung. *Gesundheitmonitor Newsletter der Bertelsmann-Stiftung* 1/2004, 2-5.

Stroth, Silke; Post, Antje; Pfuhl, Janine; Marstedt, Gerd (2007): Ratlose Patienten? Gesundheitliche Information und Beratung aus Sicht der Bevölkerung. Hg. vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen und dem Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen. Bremen: Edition Temmen.

Trojan, Alf (2003): Der Patient im Versorgungsgeschehen: Laienpotential und Gesundheitsselbsthilfe. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Badura, Bernhard; Busse, Reinhard; Leidl Reiner; Raspe Heiner; Siegrist, Johannes; Walter, Ulla (Hg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer, 321-333.

WIdO (Wissenschaftliches Institut der AOK) (2008): Anhang zur Pressemitteilung vom 19. August 2008. Download: http://wido.de/priv_zusatzleist.html → Ergebnisse 8/08.

Wilm, Stefan; Knauf, A.; Peters, T.; Bahrs, Ottomar (2004): Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation? Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 80, 53-57.

Wegwarth, Odette; Gigerenzer, Gerd (2009): „Zu Risiken und Nebenwirkungen...“ – Wie informiert sind Ärzte und Patienten? In: Klusen, Norbert; Fließgarten, Anja; Nebling, Thomas (Hg.): Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. Baden-Baden: Nomos, 123-138.

Weinman, John; Yusuf, Gibran; Berks, Robert; Rayner, Sam; Petrie, Keith J. (2009): How accurate is patients' anatomical knowledge: a cross-sectional, questionnaire study of six patient groups and a general public sample. BMC Family Practice, 10/43, DOI: 10.1186/1471-2296-10-43, Download: www.biomedcentral.com/1471-2296/10/43

Zok, Klaus (2005): Private Zusatzangebote in der Arztpraxis. WIdO Monitor 1(1) 1-7.

Zok, Klaus; Schuldzinski, Wolfgang (2005): Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse aus Patientenbefragungen. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO).

Anhang

Informationspapier für die Interviewpartner

Informationen zur Studie „Wie Ärzte den ‚informierten Patienten‘ in der Praxis erleben“

Thema der Studie sind die Informationen über Krankheit, Therapie und Prävention (aus Medien, Internet usw.), mit denen PatientInnen in die Praxis kommen und ihr Einfluss auf die Arzt-Patient-Beziehung und den Versorgungsalltag.

Dabei interessiert mich die **Perspektive der Ärzte** (also Ihre Einstellungen und Erfahrungen). Denn die Sicht der Ärzte auf das Thema ist – anders als die der Patienten – kaum erforscht. Sie zu kennen ist aber wesentlich, z.B. wenn es darum geht, Informationsinhalte und -wege anzubieten, die helfen sollen, die Versorgungsqualität positiv zu beeinflussen (z.B. Compliance, Krankheitsbewältigung, Inanspruchnahmeverhalten etc.)

Wichtige Fragen im Rahmen der Studie sind unter anderem:

- Welche Erfahrungen gibt es mit (gut/schlecht) vorinformierten Patienten?
- Welche Arten von Informationen haben positive, welche negative Effekte?
- Welche neuen Anforderungen an Ärzte entstehen durch das zunehmende Angebot an Gesundheitsinformationen für Patienten?
- Gibt es durch dieses Angebot Veränderungen auf der Patientenseite, z.B. was Ansprüche, Therapietreue, Umgang mit Behandlungsentscheidungen, präventives Verhalten betrifft?

Die Interviews werden qualitativ, d.h. anhand eines Leitfadens im offenen Gespräch geführt. Sie dauern etwa eine Dreiviertelstunde (die einzelnen Interviews können wegen des offenen Gesprächscharakters etwas länger oder kürzer sein). Das Gespräch sollte wenn möglich persönlich geführt werden (nur notfalls telefonisch).

Die Interviews werden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet. Die Aufnahmen werden selbstverständlich absolut **vertraulich** behandelt und nur in komplett **anonymisierter Form** verwendet.

Zu meiner Person und dem beruflichen Hintergrund der Studie:

Ich führe diese Studie für meinen Master-Abschluss im Fortbildungs-Studiengang Public Health an der Medizinischen Hochschule Hannover durch. Mein Interesse am Thema hat auch mit meinem beruflichen Hintergrund zu tun: Ich bin seit 15 Jahren als Journalistin tätig und habe mich auf das Thema Medizin und Gesundheit spezialisiert (Studium: Sozialwissenschaften und Medizin bis 2. klinisches Semester). Dabei habe ich vor allem für Publikumsmedien (z.B. Brigitte und Zeit) gearbeitet, aber auch Patientenbroschüren (z.B. für DAK, Deutsche BKK, IGES-Institut) geschrieben.

Haben Sie noch Fragen? Dann rufen Sie mich gerne an: 030/xxxxxxx

Merkmale der Befragten

	Gyn B**	Gyn C	Gyn D	Gyn E	Gyn F	Gyn G
Geschlecht	W	M	W	W	M	M
Alter	40	39	46	47	68	41
Approbation vor xx Jahren	14	10	20	24	38	12
Facharzt (seit xx Jahren)	Gynäkologie/ Geburtshilfe (8)	Gynäkologie/ Geburtshilfe (3)	Gynäkologie/ Geburtshilfe (7)	Gynäkologie/ Geburtshilfe (13)	Gynäkologie/ Geburtshilfe (30)	Gynäkologie/ Geburtshilfe (6)
Praxisform	Gemeinschaftspraxis	Einzelpraxis	Praxisgemeinschaft	Einzelpraxis	Praxisgemeinschaft	Praxisgemeinschaft
Krankenscheine pro Quartal	500	500	1150	1300	Privatpraxis	800
Zusatzqualifikation/ Besonderheit	Gynäkologische Endokrinologie/ Reproduktionsmedizin; zertifiziertes Endometriosezentrum	Onkologie-Vereinbarung (Leistungen abrechenbar, aber bisher keine Zusatzbezeichnung)	Onkologie-Vereinbarung (Leistungen abrechenbar, aber bisher keine Zusatzbezeichnung)	Gynäkologische Zytologie, Gynäkologische Onkologie	Gynäkologische Endokrinologie/ Reproduktionsmedizin	spezielle Geburtshilfe/ Pränataldiagnostik
Praxis-Homepage?	nein	nein	nein	ja	ja	ja

Tabelle 3a: Merkmale der Befragten Gyn B bis Gyn G*

	HA H	HA I	HA J	HA K	HA L	Ø alle	Median
Geschlecht	M	W	M	W	M		
Alter	57	45	63	45	43	48,5	45
Approbation vor xx Jahren	29	15	34	16	10	20	16
Facharzt (seit xx Jahren)	Allgemeinmedizin (24), Innere Medizin (19)	Allgemeinmedizin (4)	Innere Medizin (27)	Allgemeinmedizin (11)	Allgemeinmedizin (6)	12	8
Praxisform	Praxisgemeinschaft	Gemeinschaftspraxis	Einzelpraxis	Gemeinschaftspraxis	Einzelpraxis		
Krankenscheine pro Quartal	800	950	850	1200	750	880	825
Zusatzqualifikation	Akupunktur Naturheilkunde	Akupunktur Naturheilkunde	Sportmedizin, Ernährungsmedizin, Präventionsmedizin	Naturheilkunde, Chirotherapie, Psychosomatikgrundversorgung	Akupunktur, Sportmedizin, Psychosomatikgrundversorgung		
Praxis-Homepage?	ja	nein	ja	nein	ja	6/11	ja

Tabelle 3b: Merkmale der Befragten HA H bis HA L*

* Da einige der Befragten z.T. relativ spezielle Schwerpunkte anbieten und in Kombination mit weiteren Merkmalen möglicherweise leichter identifiziert werden könnten, wenn als Praxisort Hamburg oder Berlin angegeben ist, wird im Einzelnen auf die Ortsangabe verzichtet, um die zugesicherte Anonymität der Interviewten bestmöglich zu wahren.

** Es wurde ein Pretest durchgeführt, der nicht in die Auswertung einbezogen wurde, weshalb die entsprechenden Daten hier nicht aufgeführt sind. Da der Pretest im Material mit Gyn A bezeichnet ist, beginnen die Kürzel für die ausgewerteten Interviews mit Gyn B.

Leitfaden für die Interviews

Wie in Abschnitt 3.3. beschrieben, wurde der Leitfaden in den Gesprächen flexibel gehandhabt, was die Reihenfolge der Fragen und die konkrete Formulierung betrifft. Zudem wurden die mit Unterpunkten versehenen Fragen nur gestellt, wenn sie von den Interviewpartnern nicht von selber angesprochen wurden.

Einstiegsfrage als Erzählaufforderung

Wenn Sie an Ihren Arbeitsalltag denken, an Ihre Praxis, Ihre Sprechstunde, Ihre Patienten*: Was verbinden Sie dann mit dem Begriff des „informierten Patienten“?

Erfahrungen mit Patienten, die sich selbstständig informieren

Mit was für Vorinformationen kommen Patienten in die Sprechstunde? (Beispiel/e?)

- Typische Themen, Phasen des Behandlungsprozesses, Situationen (z.B. Entscheidungen)?
- Woher stammen diese Informationen?
- Sind es bestimmte Patienten-Typen, die sich zusätzlich selbstständig informieren?

Wie gehen Sie mit diesen Informationen um?

- Wie kommen diese Informationen zur Sprache?
- Auf was kommt es Ihnen beim Umgang mit solchen Informationen an?
- Was erleichtert/erschwert es, die Vorinformationen einzubeziehen?

Wie beurteilen Sie die Qualität der Informationen der Patienten?

- Was sind für Sie gute/hilfreiche bzw. was schlechte Informationen für Laien/Patienten?
- Kennen Sie selber Quellen für Patienten/Laien?
- Empfehlen Sie selber Informationsquellen und/oder geben Sie Patienten Informationen mit?

Einschätzung der Wirkungen der Vorinformationen auf die Patienten

Wie wirken solche Informationen auf die Patienten und die Versorgung?

- Was sind positive Wirkungen?
- Was sind negative Wirkungen?
 - Werden sie z.B. kooperativer, misstrauischer, motivierter, kritischer, stellen mehr Fragen?
 - Ändert sich die Compliance/Therapietreue? Wenn ja, wie?
 - Gibt es Einflüsse auf Krankheitsbewältigung, Lebensqualität, Angst, Depressivität? Wenn ja, inwiefern?

* Bei den Gynäkologen wurde die weibliche Form (Patientin/nen) verwendet.

- Ändert sich die Einstellung zu Früherkennung, Impfungen, Screening, Prävention? Wenn ja, wie?
- Ändern sich die Erwartungen der Patienten an Leistungen (mehr/weniger? Komplementärmedizin? Zweitmeinung?) Wenn ja, wie?

Was denken Sie: Warum suchen PatientInnen überhaupt selbstständig nach Informationen?

Einschätzung der Wirkungen auf die ärztliche Arbeit

Was bedeuten die Vorinformationen Ihrer Patienten für Sie und Ihre Arbeit?

- Inwiefern erleichtert es Ihre Arbeit?
- Inwiefern erschwert es Ihre Arbeit?
 - Kosten diese Informationen Zeit oder sparen sie Zeit? (Inwiefern?)
 - Sehen Sie darin eine Konkurrenz zu Ihrer Aufklärungsarbeit oder eine Ergänzung? (Inwiefern?)
 - Kommt es vor, dass Patienten aufgrund von eigenen Informationen mit fertiger eigener Diagnose und/oder gezielten Therapie-Ideen in die Sprechstunde kommen? (Wenn ja: Wie gehen Sie damit um?)
 - Kommt es vor, dass Patienten mit (seriösen) Informationen in die Sprechstunde kommen, die Ihnen neu waren? (Wie gehen Sie damit um?)
- Ist es für Sie wünschenswert, dass sich Ihre Patienten selbstständig informieren?

Gibt es manchmal Konflikte durch die Vorinformationen der Patienten?

- Kommt es vor, dass Ihre Therapie-Empfehlungen aufgrund von eigenen Informationen der Patienten von diesen abgelehnt werden?
- Treten vorinformierte Patienten fordernder auf?
- Kommt es bei diesen Patienten eher zum Arztwechsel, wenn Sie ihre Vorstellungen nicht erfüllen?
- Sind Ihrer Einschätzung nach informierte Patienten schwierigere Patienten?

Einschätzungen zum Leitbild des „informierten, mündigen Patienten“

In der gesundheitspolitischen Diskussion ist der „informierte Patient“ zu einer Art Leitbild geworden und wird oft verbunden mit Vorstellungen von mündigen, souveränen Patienten und einer eher partnerschaftlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient, in der Entscheidungen möglichst gemeinsam getroffen und getragen werden sollen.

Wie beurteilen Sie diese Vorstellungen?

- Halten Sie sie für realistisch?
- Halten Sie sie für wünschenswert?

Wenn Sie an die Erfahrungen im Lauf Ihres Berufslebens denken:
Sind Patienten heute informierter als früher? Und sind sie besser informiert?

Was würden Sie sich wünschen: Was sollte sich im Zusammenhang mit
Gesundheitsinformationen für Laien/Patienten ändern?

- Art der Informationen (zentrale Angebote? Qualitätssicherung?)? Zeit? Honorierung? Instrumente (z.B. Decision Aids, schriftliche Patienteninformation?)?

Halten Sie es für notwendig, die Aus- und Fortbildung von Medizinstudenten und Ärzten im Bereich Kommunikation und Information (z.B. über Informationsquellen) auszubauen?

- Welche Erfahrungen haben Sie selber mit der Aus- und Fortbildung in diesem Bereich?

Selbstverständnis als Arzt/Ärztin

Was ist für Sie der wichtigste Aspekt an Ihrem Beruf?

Alles in allem – was würden Sie sagen: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Beruf? Hat sich das verändert? (Wenn ja, wie?)

Möglichkeit zur Ergänzung

Hat Ihnen in unserem Gespräch eventuell noch etwas gefehlt bzw. möchten Sie noch etwas ergänzen?

Abgefragte Rahmendaten:

- Alter
- Jahr der Approbation
- Jahr der Facharzt-Anerkennung
- Jahr der Niederlassung
- Praxisform
- Zusatzqualifikationen/Spezialisierungen
- Krankenscheine pro Quartal

Beispiel-Interview Gyn D

Aus technisch-praktischen Gründen entspricht der Zeilenlauf hier nicht der Formatierung in den für die Auswertung benutzten Interview-Versionen; es wurde daher hier auf Zeilennummern verzichtet, weil die Nummern nicht den Belegstellen im Ergebnisteil entsprechen würden

I: Interviewerin
B: Befragte

I: *Einfach, wenn Sie jetzt mal an Ihren Arbeitstag denken und Ihre Sprechstunde, Ihre Patientinnen - das so ein bisschen Revue passieren lassen, was verbinden Sie dann mit diesem Begriff vom informierten Patienten oder informierte Patientin in Ihrem Fall ja?*

B: Ja, also Informationen, die sie aus den Kliniken mitbringen, wenn's Klinikpatientinnen sind. Und bei den Jüngeren viel Informationen übers Internet, die sie sich einholen - irgendwelche Dinge. Das ist es so primär. Es kann schwierig sein, weil viele überinformiert sind, alles lesen und alles durcheinanderbringen, weil sie natürlich nicht das medizinische Verständnis dafür mitbringen.

I: *Also Überinformation ist eher schwierig? Und wann kann es hilfreich sein?*

B: Naja, man muss man das sortieren - muss man das einfach sortieren, weil ja alles - da werden ja eben auch so Chats eingegangen und dann in diesen Chats stehen ja vorwiegend auch Negativmeinungen drin zu vielen Themen, so dass sehr viel Negatives rüberkommt und dann muss man beginnen, das zu sortieren, auf den Fall auch zuzuschneiden und das eben zu individualisieren. Ansonsten ist es eine gute Sache, ich habe gerne informierte Patienten, weil man mit denen auch ganz klar Dinge besprechen kann. Ich versuche auch selber sehr intensiv und eindeutig auch aufzuklären, wenn ich das mache.

I: *Wie viel Raum, Zeit hat es denn in Ihren Sprechstunden?*

B: Ich nehme mir den - ich nehme mir den schon. Es kommt ein bisschen aufs Krankheitsbild an. Es gibt die, die eigentlich nichts haben und sicherlich auch einen Teil Hysterie da mitbringen wegen irgendwas, da muss man die Zeit auch begrenzen, weil man einen Punkt machen muss, sonst kommt man nicht mehr weiter. Aber ich habe relativ viel onkologische Patientinnen und ich habe auch viele Dysplasie-Patientinnen, das sind Vorstufen ja von Gebärmutterhalskrebs, das ist gut, wenn die viel wissen. Ich ergänze das dann, ich sortiere es, indem ich's ergänze, zum Teil aufmale, weil so das Visuelle immer ganz wichtig ist noch dazu. Und bei schwerwiegenden Befunden nehme ich mir auch die Zeit. Das ist so.

I: *Gut. Und was sind so typische Themen, wo Patientinnen kommen und vielleicht sagen: ich habe dies und das gehört oder gelesen? Gibt es da bestimmte Themen oder ist es einfach eine bunte Mischung?*

B: Also die Schwangeren lesen alles, die kommen mit allem an. Das ist schwierig heute.

I: *Hat ja auch was mit der Vorfreude und - mit der Vorfreude und der Besorgnis zu tun - wahrscheinlich beides, oder?*

B: Nee, ich glaube es ist heute schwer schwanger zu sein, also normal schwanger zu sein. Das hat was mit Perfektionismus zu tun. Das muss ja - man ist heute nicht nur einfach schwanger, man wird nicht nur schwanger, sondern es gibt viel mehr Schwangere, die ja älter werden dann auch, die alles so geplant machen:

Auto, Haus, Wohnung - wie auch immer, dann das Kind. Und diese eine Schwangerschaft im Leben, die muss eben perfekt sein und da ist dann auch nicht dran zu rütteln. Die wollen dann lieber zu viel machen als zu wenig. Und da auch wieder mal ein bisschen runterzuschalten, das ist schwierig. Dafür ist häufig - also ich glaube, vielleicht noch 20 Prozent, 25 Prozent der Patientinnen sind so normale Schwangere, die einfach schwanger werden und dann ist es eben so und die nehmen das alles so mit.

I: *Die es laufen lassen.*

B: Die sind froh, wenn ich das dann ihnen irgendwie erkläre und dann zufrieden sind und noch in Ruhe nachlesen wollen. Und die anderen kommen schon an, sind gerade schwanger und fragen, wann wir dann endlich über die Entbindung reden und in welche Klinik sie gehen sollen, ob sie sich schon anmelden sollen und wann sie schon das erste Schwangeren-Schwimmen machen können.

I: *Und wie reagieren Sie dann? Versuchen sie da eher zu korrigieren oder lassen Sie's laufen?*

B: Nee, ich sage dann schon: Wir gehen jetzt mal alles mit Ruhe an und – das kommt dann in dem Teil der Schwangerschaft, wichtig sind jetzt diese Dinge, über die sprechen wir jetzt auch. – und gebe dann so eben Tipps und sortiere das mit.

I: *Okay, also Schwangerschaft.*

B: Schwangerschaft ist so ein Thema der meist Überinformation.

I: *Genau: Und - und andere Themen, die ...*

B: Tumordiagnosen, da ist es eher so ... Das sind ja dann auch mehr ältere Patientinnen auch, die auch gar nicht so bewegt sind im Internet, die sich führen lassen dann auch. Die haben ja auch einen Schock.

I: *Führen lassen jetzt so in der Arzt-Patient-Begegnung oder auch was Informationssuche angeht?*

B: Ja, in der Arzt-Patient - ja, also ich habe auch viel Broschüren dann auch da. Das sind dann eher so die, die dankbar sind, wenn sie was mitbekommen, wenn man sagt: So und so ist das und dann gehen wir den Schritt und dann kommt der nächste Schritt - und können ja auch gerne immer wieder anrufen zwischendurch. Ich habe jetzt eine junge Tumor-Patientin, da ist es ganz anders. Habe auch gerade vor ein paar Tagen eine Neununddreißigjährige gehabt - auch da wieder: ein junger Mensch, hat eine Familienanamnese, die dazu passt. Die kam hier mit seitenweisen Fragen an, dann das, dann dies...

I: *Mit Material dann auch?*

B: Mit Material. Also die hatte sich über die - über die ganze Diagnostik, über die ganzen familiären Karzinomgeschichten informiert, die kam mit allen nicht schulmedizinischen Behandlungstherapien und -möglichkeiten an - hatte einen ganzen Schwall, ja. Das - da muss man dann aber auch gucken.

I: *Also Sie sehen da schon einen starken Zusammenhang mit dem Alter höre ich jetzt so raus?*

B: Ja.

I: *Also Ältere informieren sich weniger und sind auch im Internet weniger unterwegs?*

B: Ja, weniger Internet. Die anderen nehmen das aus dem Bekanntenkreis - die Älteren. Ach ja, die Bekannte und da war's ganz fürchterlich und die hat erzählt und das - ist mehr über diese persönlichen Geschichten dann. Die Jüngeren gehen ganz viel ins Internet. Die haben ja auch meist weniger Bekannte, die dann schon solche malignen Befunde hatten.

I: *Die Erfahrungen haben - stimmt, spielt auch eine Rolle.*

B: Und so ist es bei den Schwangeren aber auch, wenn die aus Familien kommen, wo es viele Kinder gab, wo es was Normales ist, dass man noch Kinder hat, dann sind die auch ruhiger.

I: *Dann haben die auch ihre menschlichen Quellen sozusagen.*

- B: Aber dort, wo das eben was Besonderes ist, dass Kinder geboren werden, die - das sind so die Internetinformierten dann, ja.
- I: *Und, weil Sie jetzt auch sagten, viele onkologische Patientinnen, das ist ja dann oft auch ein längerer diagnostischer und dann auch Behandlungsverlauf, den Sie da begleiten.*
- B: Prozess, ja.
- I: *Eben deshalb die Frage, gibt's bestimmte Phasen, in denen es dann besonders - in denen die Patientinnen besonders stark Informationen von Ihnen auch wollen, aber auch selber dann noch suchen?*
- B: Wenn man anfängt weniger zu tun. Also es ist meist so, es ist eine Schockdiagnose, dass man eben ein Malignom hat und dann geht's aber auch darum: Wie geht es jetzt weiter. Und das sind ja so Sachen, da wird die OP geplant und nach der OP kommen sie ja zurück, dann ist eine Wundkontrolle, dann ist aber noch die Klinik, die mit irgendwelchen Dingen kommt. Dann geht's ja darum, ist es alles irgendwie in Ordnung. Meist, weil wir ja heute brusterhaltend operieren ist eine Bestrahlung dann noch angesagt, dann steht im Raum mitunter eine Chemotherapie. Solange die - solange die in diesem unmittelbaren therapeutischen Situationen sind kommen die mal, lassen sich das erklären wie das mit der Bestrahlung ist oder wie lange das geht oder was das für Folgen hat oder wie das eben mit der Chemotherapie ist. Und in dem Moment, wo man anfängt, dass sie dann nur noch - das ist ja alles sehr, sehr engmaschig, da sehen die ständig mehrere Ärzte. Da kommen die hierhin, dann gehen die in die Kliniken, da sind die in die Nachbehandlung und dann kommt so ein Momente, da bricht das ab. Da kommt die Reha noch und dann ist es eigentlich so, dass man sagt: so jetzt sehen wir uns in drei Monaten wieder. Und das ist der Moment, in dem die Patientinnen dann unsicherer werden, weil es ja so - plötzlich so losgelassen sein. Solange was gemacht wird fühlen die sich sicher und wenn's dann nur noch eine Tablette ist oder manche können gar nicht antihormonell behandelt werden, dann kommen Unsicherheiten.
- I: *Und dann ...?*
- B: Dann geht eigentlich der Punkt los, an dem die beginnen, sich so quer zu informieren. Ja.
- I: *Ich hätte mir jetzt vorstellen können auch in diesen Entscheidungssituation. Aber da gibt es eben auch viele Gespräche mit den Ärzten.*
- B: Da sind die häufig so kopflos und da sind die auch so eingebunden eigentlich an die Kollegen der Klinik oder diejenigen, die die Stanze gemacht haben irgendwo in den Zentren oder hier, das sind - das sind wenige, die mit zusätzlichen Sachen kommen.
- I: *Und würden Sie sagen, das sind bestimmte Typen, also menschliche Typen, die mehr so auf dieser - sich mehr auf diese Suche begeben zusätzlich zu Ärzten - zu Informationen von Ärzten?*
- B: Ja. Also - ja, ja, ja, also es kommt schon auch so auf den Intellekt an. Ich habe jetzt - ich habe jetzt eine Professorin gehabt, die hat sich weiträumig informiert. Die hat mir im Gegenteil alles was ich nicht kannte mir alles zugeschickt. Also ich bin da mit dreißigseitigen Mails ...
- I: *Sie hatten sozusagen eine kleine Fortbildung...*
- B: Ja, Weihrauch unter anderem. Da habe ich von allem, was die in Erfahrung bringen konnte... habe ich wirklich dreißigseitige Mails gekriegt. Und nicht nur eine, also alles mögliche... und zum Ausdrucken dann auch.
- I: *Und lesen Sie das dann oder wie ist ...?*
- B: Ja.
- I: *Ja.*
- B: Ja, weiß ich dann beim nächsten Mail.
- I: *Und wie - wie ist das für Sie dann?*

- B: Ich finde es dann erst mal anstrengend, weil sie sofort eine Antwort haben will. Dreißig Seiten habe ich ja nun auch nicht immer Lust dann irgendwie zu lesen, aber ich drucks mir aus und nehme es dann mit nach Hause und lese es auch brav. Ich bin schon offen auch für neue Informationen.
- I: *Also Sie erfahren dann manchmal ...?*
- B: Neues. Über Weihrauch habe ich vieles erfahren... *[leicht ironischer Unterton]*
- I: *Und auch aus seriöser Quelle oder ich meine, man kann's ja dann auch ...*
- B: Ja. ja, ja, die hat - ja, man hat ja auch so seinen Standpunkt dann.
- i. *Ja. Und das finden Sie aber ...?*
- B: Ich finde das auch gut. Ich bin jetzt nicht irgendwie so anthroposophisch vorgebildet, dass ich das weiß. Man kann ja seinen Horizont immer erweitern. Ja.
- I: *So. Also bei - ob's bestimmte Typen gibt waren wir - bei der Frage waren wir.*
- B: Aber da ist es so. Ja, ja, das sind schon die, die dann sowieso ...
- I *Also das ist ja so ein bisschen Bildungshintergrund, den Sie jetzt eigentlich angesprochen haben.*
- B: Ja, ist wirklich auch so die Bildungsgeschichte.
- I: *Und vom Charakter her, was sind das für Typen... sind das zum Beispiel besonders Ängstliche, besonders Zupackende?*
- B: Das sind eher die Zupackenden - ja, die Zupackenden, ja, die sich informieren.
- I: *Die also jetzt auch nicht überängstlich sind - ich meine, weil Angst gehört ja sowieso dazu, wenn sie jetzt zum Beispiel eine Krebsdiagnose bekommen haben.*
- B: Die Überängstlichen nicht so. Die auch eher so zurückhaltender sind, die verlassen sich auch auf den Arzt. Also die wollen gar nicht so rechts und links und - die wollen geführt werden.
- I: *Was würden Sie denn sagen, wenn man - es ist vielleicht schwer, denke ich, Zahlen zu nennen. Aber wenn man jetzt so sagt, welche - wie groß ist der Anteil der Patienten, die etwas intensiver sich eben anderswo Informationen holen?*
- B: Ist ganz schwer zu sagen. Also bei den Brustkrebspatienten ist es ja so, dass ich vorwiegend ältere Patientinnen habe. Also würde ich sagen, die Jüngeren sind alle irgendwie top informiert und bei den Älteren wirklich die, die doch auch eine größere Bildung haben - jetzt nicht gerade so die, die immer Hausfrauen waren. Ich habe relativ viel junge Cervix-Karzinompatienten, das ist wieder ganz was anderes. Die sind eben jung, die steigen alle auf diese Info-Schiene ein, die wollen auch irgendwie informiert werden bis zum geht-nicht-mehr und da muss man sich wirklich auch die Zeit nehmen, ja. Also die Älteren sind - da ist es [unverständlich].
- I: *Wie kommen diese Informationen eigentlich zur Sprache? Also erzählen die von selber oder wie Sie ja auch schon geschildert haben, kommt mal eine Mail? Also bringen die das von selber zur Sprache, oder fragen Sie auch direkt danach?*
- B: Ich frage auch nach. Also ich - ich informiere ja selber erst mal. Ich lasse keine solchen Diagnosen im Raum stehen und schicke denen jetzt eine Einweisung, sondern ich handhabe das eigentlich immer so, dass ich solche Diagnosen natürlich dann hier überbringe und dass ich dann eben auch versuche gleich so die Information, die ich für wichtig erachte: was eben alles so kommen kann und was es jetzt bedeutet, dass ich das alles gebe. Und je nachdem, wie weit die sich dann schon informiert haben, kommt das dann auch zur Sprache. Dann wollen die das wissen: Was ist hier mit und was ist damit und das und das und das.
- I: *Also eigentlich an den Fragen auch, die dann kommen, merken Sie, da st einfach ein Vorwissen da, was jetzt nicht von Ihnen stammt zum Beispiel.*
- B: Ich frage auch konkret: Haben Sie Fragen? Ich versuche immer erst mal so zu reden, weil man viele - mit vielen Fragen ja zuvorkommen kann dann auch... und das... so drüber hinaus muss halt eben geklärt werden.

- I: Kennen Sie denn Quellen, wo sie - wo sich Patienten informieren? Sie hatten ja jetzt vorhin gesagt, Sie empfehlen auch selber was oder geben Informationsmaterial?*
- B: Das ist - das läuft alles über Google, über Selbsthilfegruppen.
- I: Also Google heißt ja dann immer nur Einstieg und dann geht's irgendwie weiter.*
- B: Genau. Dann geht es auf alle Seiten.
- I: Und kennen Sie solche Seiten auch, die jetzt mehr sich an Laien richten oder gucken Sie sich die auch mal bewusst an, um zu sehen, wo es herkommt?*
- B: Ich finde - ja, ja, ich habe das auch schon gemacht. also das ist nicht eine meiner größten Leidenschaften, muss ich sagen, aber ich habe das schon bewusst gemacht, um auch mal zu wissen, woher das alles kommt. Und manchmal sind da Dinge ja wirklich sehr verfremdet dargestellt, deshalb habe ich's dann auch mal gegoogelt. Okay, jetzt weiß ich woher das manchmal kommt, aber mich drängts jetzt nicht da dort Antworten zu geben - auch in diese Foren rein.
- I: Empfehlen Sie denn selber dann - also Sie geben Informationsmaterial mit und empfehlen Sie auch, wo z. B. im Internet jemand was nachlesen kann? Wüssten Sie da - empfehlen Sie bestimmte Seiten?*
- B: Ich empfehle die von den Selbsthilfegruppen dann auch, ja. Also das ist - das ist immer noch am meisten sortiert. Da sind auch Betroffene, die engagiert sind, ja, und die wirklich Ordentliches dann auch zusammentragen.
- I: Je nach Krankheitsbild gibt es ja auch gute Angebote mittlerweile, bei Brustkrebs zum Beispiel.*
- B: Ja, gibt's eigentlich bei vielen Dingen mittlerweile. Sind nur immer die... die noch mal verweisen, noch mal verweisen und dann da im Irgendwo landen, das ist weniger...
- I: Ja, ja, klar. Was sind denn für Sie dann bei Quellen, die Sie selber empfehlen oder was Sie auch mitgeben Kriterien...*
- B: Das sind so Broschüren.
- I: ... ja, Kriterien, wonach Sie beurteilen: Das ist jetzt gut, das gebe ich gerne guten Gewissens mit, das ist nützlich?*
- B: Also das gibt so Hefte von der Bundeszentrale für Aufklärung - für Gesundheit, das sind Hefte, die mit Aufklärung zu tun haben, Hefte, die mit Krebs zu tun haben; bestimmte Erkrankungen abhandeln, die habe ich alle da. Das lernt man auf den Fortbildungen kennen. Das sind eigentlich so Dinge, die ich bestelle auch, ja. Oder das Krebsregister hier aus Berlin, die geben Dinge raus.
- I: Auf den Fortbildungen zu den jeweiligen Krankheitsthemen?*
- B: Ja, auf unseren Fortbildungen sind diese Dinge dann zu kriegen oder über die Kliniken. Aber eigentlich ist es wirklich die Bundeszentrale für Gesundheit, über die man viel bekommt. auch hier so - das wird zum Teil... wird das dann durch die Pharma-Industrie auch mit rangeschleppt, ja, so: Sport und Krebs - das sind gute Sachen. Also man kriegt da viel hingeschleppt. Ich habe so einige Dinge, die ich persönlich gut finde und das gebe ich weiter.
- I: Was - was - wir hatten ja jetzt schon gesagt - vorhin fiel mal das Wort individualisieren, ja, diese Informationen individualisieren – da steckt vielleicht schon ein Teil der Antwort auf die Frage drin, die ich jetzt stellen möchte, nämlich was - auf was es Ihnen ankommt eigentlich beim Umgang mit diesen Informationen?*
- B: Dass die Patientin das, was sie persönlich nicht angeht, erst mal auch vergisst. Also wenn ich eine Vorstufe von einem Tumor habe, dass die Patientin nicht am Rad dreht wie eine Patientin, die einen malignen Tumor hat mit Metastasen oder mit Lymphknotenbeteiligung. Also dass man dann wirklich sagt: Sie sind hier nicht. Das geht... in dem Moment - das ist jetzt zu viel. Jetzt machen Sie sich nicht verrückt, da gehören Sie nicht hin. Sie gehören in diese Gruppe. Dann auch und umgekehrt, dass man dann auch unterscheidet auch, welches Risiko habe

ich für die Patientin. Ich mache schon Unterschiede, ob ich Jüngere habe oder malignen Tumor oder ob es ältere Patientinnen sind. Und individualisieren bedeutet auch beim Brustkrebs beispielsweise zu sagen: Es ist jetzt diese Form des Tumors bei Ihnen jetzt. Das ist mit den Lymphknoten los... solche... hier sind Risikofaktoren, die man beachten muss. Oder hier sind eben die ganzen prognostischen Indizes, die sind wunderbar für Sie. Also eigentlich, statisch gesehen, müsste das jetzt alles gut verlaufen. Also tief durchatmen, versuchen Sie damit umzugehen.

I: Also das sind ja zum Teil auch Ergänzungen zu den Informationen so.

B: Genau. Genau. Und natürlich kann man nicht einer Frau, die Hochrisikopatientin ist jetzt sagen: Also Sie haben jetzt schlechte Karten. Das geht nicht. Aber da muss man sagen: Na ja, das ist jetzt nicht so gut und - und müssen wir halt schauen, machen wir kurzfristige Abstände auch mit den Untersuchungen. Und ich gebe denen auch schon so Dinge mit, auf die sie achten müssen dann auch, dass sie außerhalb der Intervalle auch zusätzlich kommen.

I: Was - was kann es erleichtern oder auch auf der anderen Seite erschweren mit diesen - also diese Informationen irgendwie in die Sprechstunde sozusagen ja auch einzubinden, was würden Sie sagen?

B: Es ist ganz schwierig, wenn Patienten neu hierher kommen mit Befunden und das vorne nicht registriert wird, dass es Patientinnen sind, die aus der Klinik kommen, die ja schon Aktenordner mit Befunden mitbringen, die in der Lebenskrise sind - die melden sich ja so nicht an und sagen: ich bin in einer Lebenskrise, habe eine Tumordiagnostik oder hatte schon mal irgendwas, jetzt habe ich wieder was und ich brauche jetzt hier eine zweite Meinung oder irgendwas. Die werden dann hierfür - ich habe schon nur vier Termine pro Stunde, aber das sprengt dann selbst diese Möglichkeit, so dass dann, wenn das morgens früh passiert, ist der ganze Tag verschoben dann nach hinten.

I: Weil Sie dann gleich mal eine halbe oder Dreiviertelstunde brauchen können?

B: Ja, das ist natürlich dann - erstens wird's von den Patienten so am Telefon nicht gesagt, das ist das erste, dass das erschwert. Und zweitens ist es so, dass natürlich dann auch - das ist eine Erfahrungssache der Damen an der Rezeption ist, ob sie gezielt noch mal ein, zwei Nachfragen stellen. Und je nachdem, wer vorne die Patientin angenommen hat ist es eben adäquat dann auch schon so für mich dann eingetragen, dass es was Schwieriges wird. Oder es ist eben völlig verkannt worden und dann ist man hier so wie vor den Kopf gestoßen, wenn dann noch nicht mal beim Ankommen richtig gefragt wird, dann kriege ich dann hier plötzlich so den Aktenordner mit entsprechend vielen Seiten, dann kann ich nur noch sagen: Oh Gott, jetzt... Muss man dann hinkriegen....

I: Einen zweiten Termin ausmachen oder so?

B: Nee, kann man nicht machen. Kann man nicht machen.

I: Und was erleichtert es?

B: Was es erleichtert, das hier einzubinden? Also es erleichtert das grundsätzlich, dass ich meist irgendwie so einen zeitlichen - so geplant habe, dass immer so ein bisschen Puffer da ist, sonst ginge das gar nicht.

I: Was ja auch nicht immer der Fall ist?

B: Ja.

I: Nicht in allen Praxen meine ich.

B: Ja. Jeder bestellt anders ein und ich habe nun ...ich habe halt viel Onkologische - ich habe wirklich - ich habe mehr als der Fachgruppenschritt. Ich habe dreieinhalbmal so viel. Und das ist auch so, dass dann in der Nachsorge... geht es nicht so schnell. Das haben wir schon so dann ... Und - und wenn man die kennt, die Patientinnen - da sind auch einige markiert, wo es immer länger dauert. Das wird dann schon so geplant oder die kommen als letztes in die Sprechstunde. Es gibt Leute, die kommen immer als Letzte in der Sprechstunde.

- I: *Also die werden als Letzte eingeplant?*
- B: Ja. Die wissen dann, ich habe dann Zeit, ich bin dann entspannt und dann ist es so gut.
- I: *Lassen Sie uns doch nochmal ein bisschen auf die Wirkung dieser Informationen kommen, wie sie die auf die Patientinnen einschätzen. Ja, wie wirkt es, wenn die sich relativ - also eben jetzt über das hinaus, was man vielleicht mal zufällig vielleicht in der Zeitschrift liest, sondern wenn die sich ein bisschen aktiver um Informationen bemüht haben.*
- B: Wie das auf mich wirkt?
- I: *Nee, wie das - erst mal was Sie beobachten, wie das auf die Patientin wirkt. Das kann ja positive und negative Wirkungen haben. Es kann Sicherheit schaffen, Verunsicherung mit sich bringen... solche Dinge... Entscheidungen erleichtern oder erschweren...*
- B: Große allgemeine Verunsicherung an vielen Stellen.... das liegt an dieser großen Brandbreite. Welche Patientin kann, wenn sie nicht Medizinerin ist, das auswählen, was für sie persönlich zutrifft? Also, man muss diese Dinge ja mit den Befunden, die vorliegen, auch zusammenführen und sagen: Das trifft jetzt auf Sie zu und das hier können Sie alles weglassen, das brauchen Sie jetzt nicht, das trifft auf Sie nicht zu.
- I: *Also Verunsicherung überwiegt eher?*
- B: Würde ich sagen.
- I: *Und - was ja damit auch zusammenhängt, wenn Entscheidungen zu treffen sind: eher erleichternd oder eher erschwerend?*
- B: Wenn man's dann sortiert hat und die haben einen Teil gelesen, ist es schon so, dass man natürlich mit einer aufgeklärten Patientin besser Entscheidungen treffen kann.
- I: *Ja. Die vielleicht dann auch sattelfester sind sozusagen?*
- B: Ja; ich habe das schon ganz gerne, wenn die Patientinnen in die Klinik gehen und eigentlich wissen, was auf sie zukommen kann. Also wenn die nicht so hingehen - die gehen - also es gibt auch den Typus, der gibt sich vorne beim Pförtner ab und wird dann irgendwann vom Mann abgeholt und hat zwischendurch überhaupt nur alles mit sich machen lassen. Das ist so ein Patiententypus, der mir weniger lieb ist auch, ja. Die sind leichter zu führen, aber das finde ich eigentlich schlechter.
- I: *Und warum sind die ihnen nicht so lieb?*
- B: Also ich mag eigentlich aufgeklärte Menschen. Also ich - ich habe die anderen auch, aber das - ich habe lieber informierte Menschen oder Menschen, die etwa auch mitdenken dann auch. Das ist ja auch zum Teil wichtig dann.
- I: *Weil es auch irgendwie beeinflusst, wie die mit der Krankheit dann umgehen oder mit Therapiefolgen?*
- B: Ja. Also wer aufgeklärter rangeht - also wenn's jetzt um eine Tumorerkrankung geht, wenn... dann kann ich auch mal sagen: Und eigentlich wiegen Sie auch dreißig Kilo zu viel. Das ist jetzt auch nicht gut. Wie wär's, wenn Sie mal versuchen fünf abzunehmen davon. Das kann man dann auch tun, wenn jemand so ein Bewusstsein entwickelt für eine Erkrankung, dann geht es auch so wie ich auch einer Schwangeren dann durchaus sage: Also wissen Sie, für mich...
- I: *Dann stehen die Chancen besser zumindest, dass die fünf Kilo vielleicht ...?*
- B: Ja.
- I: *Ja.*
- B: Ja, wenn das eine Situation verbessern kann ...
- I: *Eigentlich also eine Wirkung auf... sagen wir mal: auf die Bereitschaft zur Prävention.*
- B: Ja, also, wenn jemand aufgeklärt ist, dann kann man ja auch klare Dinge ansprechen. wenn ich hier eine Schwangere habe, die mit 120 Kilo in die Schwangerschaft geht muss ich der schon für meine Begriffe auch sagen: Sie

nehmen kein Kilo zu in Ihrer Schwangerschaft, ja. Und Sie brauchen auch eine besondere Entbindung. Und wenn die dann immer noch kommt und sagt: Wissen Sie, ich mache eine Hausentbindung - habe ich auch schon gesagt: Und wenn Sie's machen wollen, da ist die Tür. Sie sind meine Hochrisikopatientin, wenn Sie das tun wollen, begleite ich Ihre Schwangerschaft nicht. Es gibt 450 andere Gynäkologen, suchen Sie sich bitte einen. Da bin ich dann ...

I: Da müssen sich Wege trennen...

B: Ja. Und ...

I: Weil Sie's nicht verantworten wollen?

B: Ich will das dann nicht verantworten, ja. Also so - gerade so in den Schwangerschaften - ist noch keine gegangen, die haben sich dann schon irgendwie gefügt, aber ich bin dann auch so, dass ich ganz klar sage: So und nicht anders. Ganz klar. Wenn ich hier dran beteiligt werde und mein Name und unter Umständen meine Haftpflichtversicherung - das sage ich natürlich nicht - dann nicht, Ende. Und umgekehrt ist es auch so, ich habe - man kann ja nicht alle zwingen. Ich habe auch natürlich schon Tumorpatienten gehabt - das sind wenige, die in fortgeschrittenen Situationen jegliche Behandlung verweigert haben, die auch gut informiert waren so, die sich ein Stückweit dann aufgegeben haben, wo ich das natürlich gerne gesehen hätte, dass sie noch irgendwas machen trotz Hirnmetastasen - wie auch immer. Aber es ist dann auch so, dass ich in solchen Situationen zwar darum kämpfe, dass noch was gemacht wird, dann aber auch so sage: ich bin aber trotzdem für Sie da, auch wenn Sie das jetzt nicht tun. Also ich - die würde ich nie rausschmeißen dann.

I: Aber wahrscheinlich unter der Voraussetzung, dass man sich wirklich darüber ausgetauscht hat.

B: Ja. Ja, ja.

I: Und Sie sicher sein können, dass da alle Informationen dann ...

B: Ich habe mir auch schon Dinge gegenzeichnen lassen - also das auch, ja.

I: Na ja, das sind ja sicher Herausforderungen für die Ärztin, denke ich, wo man dann auch sagen muss: Na ja, es geht eben auch um's Begleiten, obwohl man's eigentlich nicht ...

B: Ja, wenn jemand soweit informiert ist - ich hatte das Anfang des Jahres mit einer Patientin, die eben eine fortgeschrittene Erkrankung hatte, wo es um eine Chemo ging, die vielleicht da noch irgendwo sechs Monate länger gebracht hätte. Sie sagte: Nein, kommt überhaupt nicht in Frage. Die... dann zwei OPs hatte... die dann mit Hirnmetastasen kam und dann auch sagte: Und jetzt, hier, überhaupt - also, ich habe alle Hebel in Bewegung gesetzt und die hat gesagt: Ich mache jetzt hier gar nichts mehr.

I: Spielt denn da jetzt - ich meine, wenn jemand eine längere Krankheitsgeschichte hat stelle ich mir vor, da spielen einfach auch die eigenen - die Erfahrungen, die sie schon hatte, mit Therapien...

B: Sie hatte überhaupt ganz und gar keine lange Krankheitsgeschichte.

I: Ach nee?

B: Und eigentlich einen günstigen Befund,.

I: Ach so, ich dachte, die hatte dann schon ein, zwei Chemotherapien.

B: Nee, hatte sie nicht. Es war - also es war alles ich einem Jahr und ohne jegliche Chemo und die hat für sich dann eben aufgrund der Informationen entschieden: Nee, selbst nach einer Hirnbestrahlung habe ich dann vielleicht noch ein halbes Jahr länger. Das will ich nicht, ich gehe da jetzt bewusst durch und dann bin ich halt weg.

I: Und spielten da dann z. B. auch andere Informationen eine Rolle? Also hat sie dann auch argumentiert mit: Ich weiß aber, es ist so und so und das und das sind die Nebenwirkungen?

- B: Die hat sich belesen und hat gesagt: Das zögert das nur Monate raus und ich will das nicht. Ich will das nicht, denn der Weg wird nicht anders sein, das ist dann in einigen Monaten so. Aber das ist es mir nicht wert.
- I: *Ist so was dann eine Niederlage auch?*
- B: Ist frustrierend. Es ist frustrierend, sehr, ja. Es gibt so wenige, die so kampflos aufgeben, ja. Ich bin dann schon auch gerne immer Mitstreiter dann, wenn jemand - ich biete mich auch immer an, so als Mitkämpferin. Aber... Das ist dann traurig. Aber muss man akzeptieren. Man hat ja immer nur gelernt so Macher zu sein irgendwie...
- I: *Na ja klar, deshalb meinte ich gerade, das ist vielleicht mit das Schwerste als Ärztin, denke ich, weil man eigentlich handeln will auch und eben gegen die Krankheit kämpfen, klar.*
- B: Zuzusehen und zu begleiten. Ja. Man muss irgendwann den Punkt akzeptieren - bei anderen gibt's ja auch den Punkt, wo man dann sagen muss. Wissen Sie, es geht jetzt hier nicht mehr weiter und machen Sie eine schöne Reise oder machen sie sich eine schöne Zeit mit Ihrem Mann - oder wie auch immer. Und wenn was ist, ich komme... kommen Sie hierin oder ich komme.... gehe nach Hause auch häufig zu Leuten, die dann sterben werden. Mache ich dann auch immer wieder mal. Ist ja Gott sei Dank nicht ständig, ist weniger als in der Klinik - viel weniger, deshalb kann man das auch leisten.
- I: *Noch mal dazu, wie Informationen wirken können, was Sie beobachten. Verändern sich die Erwartungen der Patienten auf irgendeine Art dadurch, also je mehr sie sich informieren? Und wenn ja, wie?*
- B: Na ja, die erwarten.. doch eigentlich, dass es - dass man umfassender irgendwas macht, ja.
- I: *Also praktisch... eigentlich höhere Erwartungen an den Umfang der Leistungen letztlich?*
- B: Ja. Ja doch, denke ich schon. Oder dessen, was sie selber auch machen können.
- I: *Vorhin hatten Sie mal erwähnt Alternativmedizin, kommt so was eher bei Patientinnen, die sich informieren, dass die danach fragen oder auch selber was vorschlagen?*
- B: Also jetzt die junge Patientin... ich biete immer an, dass man Mistel hinterher machen kann und das ist was, was - ja so schulmedizinisch möglich ist. Ich fordere... also was heißt ich fordere... also ich... ich biete immer auch an, dass man so psycho-onkologisch jemanden sucht. Ich habe da so einige Kolleginnen, mit denen ich zusammenarbeite, dass das mit eingesetzt wird auch. Ich kenne Homöopathen und Naturheilkundler, ich schick da auch hin. Also ich frage dann auch - so was vielleicht? Es gibt sicher irgendwas, was harmonisiert, was wieder balanciert - so Supportiv-Geschichten, die jetzt gar nicht schulmedizinisch sind. Ich biete es auch an und sage...
- I: *Ja, von selber auch?*
- B: Ich sage: Nehmen Sie's doch, das hilft, das balanciert. Der Körper muss wieder ins Gleichgewicht, ja.
- I: *Also von daher ist es vielleicht, wenn Sie jetzt dafür relativ offen sind, gar nicht so nötig, dass die Patientin da selber sozusagen ...*
- B: Also die kommen schon mit diesen Dingen, aber ich kann eben auch zu einigem Stellung nehmen oder kann sagen: Ja, ich habe da Adressen, gehen Sie doch da und dort hin. Die kennen das und machen das ganz gut.
- I: *Was glauben Sie denn überhaupt, was so die wichtigsten Motive sind oder Gründe, weshalb Patientinnen sich zusätzlich Informationen suchen?*
- B: Das ist ja ihr gutes Recht informiert zu sein, oder? also - ja. Erstens ist es leichter, heute an Informationen - es ist ja leichter an Informationen zu kommen. Also wenn die erst in die Bibliothek gehen müssten, um irgendwelche Bücher zu lesen,

würden die es wahrscheinlich auch nicht machen. Aber es ist ja viel leichter zugänglich.

I: Sie meinen im Internet jetzt vor allen Dingen?

B: Ja, es ist vor allem ja das Internet. Das ist ja selten so „Frau im Spiegel“ oder so irgendwas. Das kommt auch schon mal kurz raus, aber die meisten informieren sich ja im Internet und das ist ein Knopfdruck - ein Knopfdruck und sich Zeit nehmen.

I: Ja, ja - das ... also was immer ganz interessant ist, ist dass das Internet, nach den Umfragen jedenfalls... ist das Internet immer noch keineswegs an der Spitze. Das wunderte mich eigentlich selber, weil ich von allen höre, mit denen ich spreche, dass es doch sehr präsent ist bei denen, die die Informationen in der Sprechstunde zur Sprache bringen, ja. Wenn man die Patienten fragt, ist da aber ganz viel auch Zeitungen, Zeitschriften... Fernsehen natürlich, weil ja auch alle fernsehen ...

B: Ja, aber das ist doch alles punktuell, da muss man doch abpassen, ob irgendwie „Mona Lisa“ oder „Gesundheitspraxis“ oder „Die Praxis“ kommt... wo gerade zu diesen Themen dann was kommt. Das passt ja auch nicht ... das passt ja nicht immer zur eigenen Erkrankung.

I: Kann man sagen: Je gezielter, desto mehr Internet?

B: ... Ja, je gezielter, desto mehr ins Internet.

I: Ja. Und außerdem ist es natürlich die Zukunft, das ist ja klar, weil die Jungen ja nun wirklich alle drin sind.

B: Ja, die suchen sich ja schon ihre virtuellen Liebesbeziehungen übers Internet.

I: Na ja klar, da ist alles zu haben.

B: Ja.

I: Jetzt noch mal den Fokus etwas mehr auf Sie als Ärztin und was diese Informationen für Ihre Arbeit bedeutet. Jetzt haben wir über einiges auch schon gesprochen, aber noch mal ein bisschen konzentrierter, was - was daran Ihre Arbeit erleichtern oder erschweren kann. Sie hatten ja schon gesagt, ...

B: Viel Information kann die Arbeit erschweren, ja. Und ansonsten ist es natürlich so, wenn jemand sich belesen hat und ich erläutere das dann und sortiere das, dass es viel leichter zum Verständnis kommt, ja. Also hat gute und schlechte Seiten, wie immer.

I: Ja. Und für den Faktor Zeit, der ja, wie immer auch wichtig ist ...

B: Für den Faktor Zeit hat's immer schlechte ...

I: Ja.

B: Na ja ...

I: Könnte ja auch sein, dass schon Informationen da sind und Sie dann manche Dinge nicht mehr ...

B: Nee.

I: Kostet immer Zeit?

B: Das bedeutet immer zusätzlich Zeit, ja - immer.

I: Egal wie gut oder wie schlecht informiert?

B: Egal, ob gut oder schlecht.

I: Leuchtet auch ein, nach dem, was Sie vorhin gesagt haben mit dem Individualisieren: selbst, wenn die Informationen gut sind ...

B: Ja, passt es ja nicht immer ...

I: Ja, gut... Dann... Das hatten wir vorhin auch schon mal, nämlich die Frage, ob Patienten auch mal mit einer eigenen Diagnose kommen.

B: Ja.

I: Hatten Sie ...

B: Ja, ja, gibt's auch und ...

I: Ja, und auch mit ganz gezielten Therapieideen?

- B: Ja, ganz gezielt: Also ich habe das und das und deshalb muss ich so und so und dann - ja.
- I: *Und dann?*
- B: Dann schauen wir erst mal.
- I: *Wie reagieren Sie?*
- B: Ich sage dann: Machen wir jetzt erst mal eine eigene - ich bilde mir meine eigene Meinung - genau.
- I: *Sie sind dann die Zweitmeinung sozusagen zur Patientenmeinung?*
- B: Und dann wird untersucht und das ist dann so: entweder gibt sie sich zufrieden mit meiner Diagnose, was ja im Normalfall auch so ist. Ich habe - ich habe auch einige psychiatrisch auffällige Patientinnen, die kommen natürlich mit verschiedenen Dingen immer und immer wieder. Da muss man dann auch irgendwann sagen: also geht nicht. Nicht hier ständig irgendwas anderes, was Neues, was dann auch wieder nicht da ist.
- I: *Sind das dann eher so psychosomatisch geprägte Krankheitsbilder oder ...?*
- B: Ja. Ja, ja, manche sind dann - müssten eher eine psychiatrische Behandlung dann haben, nicht nur eine psychosomatische.
- I: *Versuchen Sie dann so was zu vermitteln oder ist das dann schwer möglich?*
- B: Sind ja nicht alle zugänglich dafür. Also ich - ich habe eine Psychosomatikerin, die hier um die Ecke arbeitet, die auch eine Psychoanalytikerin ist, der habe ich wirklich... da ist die ganze Sprechstunde voll, der habe ich sehr, sehr viele geschickt dann auch. Und es gibt auch Patientinnen, denen ich mich dann irgendwann auch mal verwehre und sage: Nein, geht nicht. Also ich frag schon nach, ich habe - kenne auch Psychiater - ich schicke auch zu Psychiatern, ich sprech's auch an. Wer dafür offen ist hat natürlich auch eine Chance, dass er behandelt wird und sich das normalisiert. Und wer aber überhaupt nicht offen ist dafür, muss sonst auch irgendwann gehen, wenn ich das nicht mehr tragen kann - wenn es immer wieder die gleiche Situation ist dann, dann will ich das auch irgendwann nicht mehr.
- I: *Jetzt gibt's wahrscheinlich auch jenseits solcher Extremfälle auch sonst mal Konflikte, könnte ich mir vorstellen?*
- B: Natürlich gibt's auch Konflikte.
- I: *Wenn - wenn Patientinnen kommen mit - mit eben eigenen Diagnosen, eigenen Therapievorschläge und man sich dann darüber nicht einigen kann.*
- B: Die betreiben ja dann auch Ärztehopping... Und... Ich bin auch schon bedroht worden von einer Patientin, die habe ich dann der Praxis verwiesen, ja. Wenn's absurd ist.
- I: *Und weshalb? Weil Sie irgendwas nicht erfüllen wollten, oder?*
- B: Ja, weil ich bei dieser Patientin, die keine Gebärmutter mehr hatte, eine Eileiterschwangerschaft ausschließen sollte und ich dann gesagt habe: Sie können nicht schwanger sein. Und das endete hier in massiver Bedrohung und sie wurde der Praxis verwiesen, ja.
- I: *Gut, auch eher ein Extremfall.*
- B: Das ist ein Extremfall, aber bei solchen Extremen muss man immer ruhig bleiben. Weil, das sind die Extremen von denen, aber das passiert immer wieder.
- I: *Und es passiert eben öfter mal auch, dass die - dass ein relativ forderndes Auftreten auch provoziert wird durch solche Informationen oder eben auch ...*
- B: Aber das sind die, die nicht so krank sind - das sind nicht die Tumorpatienten. Und das sind nicht die Hochrisikoschwangeren. Das sind nicht die, die wirkliche Probleme haben. Das sind die, wo es eigentlich relativ normal ist und wo weniger Probleme da sind. also das - also wer richtig - wer richtig krank ist und eigentlich richtig ein Problem hat, der ist gar nicht so fordernd - also jedenfalls nicht so überdreht fordernd.

- I: *Und wenn jetzt Patientinnen aufgrund der Informationen, Empfehlungen, die Sie geben nach bestem Wissen und Gewissen und Individualisierung und so weiter etwas ablehnen, weil sie sagen: Ich habe aber da das und das gelesen - wie ...?*
- B: Na ja, wenn's dann prä-operative Patientinnen sind, dann müssen die weiter mit der Klinik verhandeln. Und ich sage: Gut, okay, fragen Sie doch dort an dieser Stelle, da müssen Sie sowieso hin. Wenn's Patientinnen in der Nachsorge sind - ich habe es noch nicht erlebt, dann würde ich sagen: Na gut, dann holen Sie sich doch eine zweite Meinung. Na ja, ich - ich habe eine Patientin, die sich jeder meiner therapeutischen Vorschläge dann verweigert, aber nachdem sie es jetzt vier Jahre gemacht hat, verweigere ich mich dann überhaupt sie weiter zu behandeln, weil selbst die Klinik, die sie mitbehandelten sollte mir jetzt gesagt hat, sie möchten diese Frau nie wieder sehen., also ich möchte die jetzt auch nicht mehr ...
- I: *War das eine onkologische Patientin?*
- B: Nein, nicht onkologisch. Und die hat alle Therapien verweigert und hat konkret etwas, was operativ behoben werden müsste. Das ist seit vier Jahren, aber ich kenne die schon viel länger, weil sie aus der Klinik kommt und sie war schon ...
- I: *Ja, interessant ist ja dann, weshalb jetzt so eine Patientin immer wieder zu Ihnen kommt.*
- B: Sie versucht's immer wieder, aber sie kennt mindestens - sie kennt mindestens - sie kennt mindestens zehn andre - das habe ich ihr letztes Mal konkret gesagt. Dass ich es eigentlich schrecklich finde, dass Ärztehopping betrieben wird. Die - die bequatscht solange alle Kollegen bis sie also - sie hat Untersuchungen ohne Ende. Also sie hat jedes Jahr ein CT und - also rauf und runter ist die durchdiagnostiziert mit allen Dingen, die nicht operativ sind und jeder macht immer irgendwas, weil sie es an allen Stellen versucht. Und ich habe immer gesagt: hier ist ganz klar die Grenze. Es ist ein gynäkologisches Bild, Sie können noch fünf Koloskopien haben und Sie können auch noch zehn MRTs haben, das ist gynäkologisch, das bedarf eines operativen Eingriffes. Und ich habe sie schon fünfmal in die Klinik eingewiesen, sie ist fünfmal nicht erschienen.
- I: *Und ist das jetzt eine Patientin, die sich stark informiert auch? Also spielt das dabei eine Rolle?*
- B: Ja, das ist auch eine - ja, die kommt auch aus dem medizinischen Bereich.
- I: *Ach so.*
- B: Die hat alle Para-Erkrankungen, die man haben kann - so vermeintlich dann. Die kommt immer schon auch mit Diagnosen an.
- I: *Also das ist ausgesprochen eine schwierige Patientin?*
- B: Die ist sehr schwierig.
- I: *Wie würden Sie das sagen - sind informierte Patientinnen oft auch schwierigere Patientinnen oder kann man diese Gleichung nicht so setzen?*
- B: Kann man nicht so ziehen. Die ist auch psychiatrisch auffällig für meine Begriffe. also die Kombination Überinformation und ...
- I: *Aber schwierige sind immer auch informiert - umgekehrt?*
- B: Nein.
- I: *Auch nicht?*
- B: Nein.
- I: *Okay.*
- B: Nein, nein. Die - das ist die Kombination: im medizinischen Rahmen beschäftigt gewesen sein, psychiatrisch auffällig zu sein - eigentlich auch krank zu sein und dann überinformiert zu sein.
- I: *Okay.*
- B: Das ist eine ganz besonders gefährliche Kombination
- I: *Verstehe.*
- B: Dann noch irgendwie aus dem medizinischen Rahmen - das ist eine Katastrophe.

- I: Ja.
- B: Kollegen behandeln ist auch schön *[ironischer Ton]*.
- I: *Ja, das ist - das kann ich mir vorstellen, ja. Ja, jetzt würde ich gerne versuchen, das Ganze noch mal in einen größeren Rahmen einzuordnen. Da ist ja der informierte Patient so eine Art Leitbild mittlerweile in der gesundheitspolitischen Diskussion und wird dann oft verbunden mit Vorstellungen vom mündigen Patienten, souveränen Patienten - also so ein bisschen Schlagwörter, aber man weiß, das gemeint ist. Und auch für die Arzt-Patient-Beziehung wird dann idealerweise so das Modell der partnerschaftlichen Beziehung entworfen, wo man eben Entscheidungen gemeinsam trifft und dann auch gemeinsam trägt. Sind das Vorstellungen, die... ja, wie stehen Sie dazu, wie beurteilen Sie solche Ideen?*
- B: Ich habe schon gerne mündige Patienten... man kann ja auch eine Partnerschaft auf unterschiedlichen Ebenen haben, ja. Also ich muss mich in der Autowerkstatt auch verlassen, dass... da ist ja der Automechaniker auch mein Partner in dem Sinn, dass der das dann richtig... der hat mehr Ahnung als ich. Das betrachte ich auch als etwas, was so mit Vertrauen zu tun hat. Da muss ich mich drauf verlassen. Und ich versuche mit den Patientinnen auch... ich habe das schon gerne, dass man auf einen gemeinsamen Konsens kommt und sagt: Also so und so, wollen wir das hier jetzt gemeinsam tragen. Ja, ich finde es richtig.
- I: *Also eigentlich ein Leitbild, was Sie als...*
- B: Ich finde das okay.
- I: *... zumindest als Ideal eigentlich teilen würden, also für wünschenswert auch halten...*
- B: Ich hab schon - ja, ja, ich bin auch ein Mensch der klaren Worte. Also wenn ich das Gefühl hab, jemand ist nicht richtig... ich hatte heute drei solcher Fälle, die eben nicht so aufgeklärt waren und dann hinterher rausgingen und schon vorne in der Anmeldung sagte: Sie hat das jetzt aber schon ganz schön klar gesagt, jetzt weiß ich was Sache ist. Gut, da können sie aber in dem Moment auch damit umgehen, da war eine Entscheidung zu treffen und da musste man eben klare Worte sprechen; da hat so die Klinik rumgeeiert oder der Kollege, bei dem sie vorher waren. Das - und wenn man sagt: So und so ist es, so sieht's aus - das steht dahinter. Ist nicht schön, was ich jetzt sage. Kann Probleme bedeuten, aber dann können die reagieren in dem Moment.
- I: *Das ist dann besser so.*
- B: Ja, ist besser als dann zu verzögern - durch nicht genügend Informationen so eine Verzögerung in manche Dinge kommen zu lassen. Heute war's zweimal die Geburtshilfe, das ist dann - ja.
- I: *Was würden Sie denn sagen, wenn Sie jetzt mal so Ihr - Ihr bisheriges Berufsleben Revue passieren lassen, wie hat sich das verändert? Sind Patienten heute a) mehr informiert, b) besser informiert? Sind ja zwei verschiedene Dinge.*
- B: Ja, zwei verschiedene Dinge... Also sie sind mehr informiert.
- I: *Also das hat jedenfalls zugenommen?*
- B: Ja, das hat zugenommen. Also ich bin seit fast zwanzig Jahren Ärztin und habe so in unterschiedlichen Bereichen auch gearbeitet. Die Patienten sind informierter... die Älteren... die wollen auch mehr Informationen... also mehr von denen wollen mehr Informationen haben und... ja, und jetzt das fünfte Jahr in der Praxis... da ist es noch mehr. Also die meisten informieren sich ja hier... also hier findet es statt, hier ist so diese engere Bindung an die Patienten, ja. Die kennen mich ja meist länger als die Kollegen in der Klinik. Und in der Klinik war das auch so: Wenn die gut informiert waren, dann war der Umgang dort auch leichter und auch die Führung in der Klinik, aber das ist - sind so Punkte, wie man denen begegnet. Und dann sind die ja wieder weg, dann gibt man die ja wieder zurück an die Kollegen extern. Also hier ist schon so der Punkt, wo vieles dann gut geleitet werden kann oder vieles auch falsch gemacht werden kann, ja. Und das

- ist so... wie gut man das hinkriegten kann ist auch ein Punkt, wie viel kann die Patientin aufnehmen oder wie viel bringt sie selber schon ein, ja.
- I: *Also ich verstehe Sie schon so, dass Sie's eigentlich positiv sehen, die Informationen und auch dieses Leitbild informierter Patient. Trotzdem ist es ja - hatten wir jetzt auch drüber gesprochen - nicht immer so einfach, damit umzugehen aus verschiedenen Gründen. Was hätten Sie für Wünsche sozusagen..., was könnte es erleichtern, damit umzugehen in der Sprechstunde. Das kann ja alles Mögliche sein: also mehr Zeit, bessere Informationsangebote - Sie dürfen - Sie dürfen phantasieren.*
- B: Also ich finde die Informationsangebote, die ich habe schon ganz gut.
- I: *Ja.*
- B: Ich habe ja keinen Einfluss auf die ganzen Internetseiten, die - also ich meine, wer die „Bild am Sonntag“ liest, - oder „Bild der Frau“, der liest halt „Bild der Frau“. Das nützt halt da nichts, wenn die Seiten im Internet sich verbessern. Und - und man kann niemanden verbieten, im Internet zu chatten.
- I: *Wie ist es mit der Zeit?*
- B: Also ich denke, ...
- I: *Ist mehr Zeit nötig oder - also mehr Zeit dafür zu haben?*
- B: Im Großen und Ganzen klappt das ja eigentlich und - und wenn's wirklich so einen Rahmen übersteigt, dann bestelle ich Patienten auch noch mal ein. Also gut, ist ja mein Engagement, das zu machen; ich mache es dann. Dass ich dann sage: Ich muss hier abrechen, kommen Sie abends noch mal, suchen Sie sich einen Termin am Ende von der Sprechstunde, da haben wir einfach Luft, ja. Ist nicht häufig notwendig, muss man sagen.
- I: *Ja.*
- B: Ich biete es an, aber es ist nicht häufig notwendig.
- I: *Okay.*
- B: Das sind Einzelne so wie die, die immer zuletzt kommt. Das ist aber auch okay.
- I: *Oft wird in dem Zusammenhang auch gesagt... gefordert oder empfohlen... dass es erst mal mehr Ausbildung und auch mehr Fortbildungsangebote geben müsste in dem Bereich, in der Kommunikation.*
- B: Für uns?
- I: *Ja.*
- B: Gibt's aber doch, Fortbildungen. Kann man ja mal ...
- I: *Kann man mal hingehen.*
- B: ...also ich denke, muss ich ganz klar sagen. Also jeder sagt natürlich: das hat mir keiner beigebracht, aber letztlich ist es etwas, was den eigenen Charakter ausmacht, ob man überhaupt zu den Menschen gehört, wo das überhaupt was bringt. Das wird nämlich - es gibt sicherlich Kollegen, die können in hundert Fortbildungen gehen, die können immer... also, ja, da stimmt irgendwas nicht. Die werden halt immer eine andere Art und Weise haben, das rüberzubringen. Die können schon ermessen... ich denke, ich mache das ganz gut. Wir haben bei uns in der Klinik ja auch eine Kollegin gehabt, die hat einen psycho-onkologische Ausbildung gemacht und wir sind so ein Kreis von vielleicht einer Hand voll gewesen, die viel mit ihr zusammengearbeitet haben.
- I: *Das war eine Ärztin auch, die Kollegin, keine Psychologin?*
- B: Auch eine gynäkologische Kollegen, die das zusätzlich gemacht hat und ich denke, das wir da weit eingedrungen sind in diese Dinge, aber sicherlich eben nur diejenigen, die sich sowieso mehr dafür engagiert haben und daran auch ein Gefallen gefunden haben, ja. Und *ich [betont]* weiß, wo es Fortbildungen gibt: Kommunikation, Arzt-Patient und Umgang mit Erkrankungen. Also ich kann Ihnen sagen, da gibt's Fortbildungsforen in Aachen und ich weiß auch, wann die Fortbildungen machen.
- I: *Und Sie waren da auch schon, oder?*

- B: Dort war ich noch nicht, in Aachen, aber das ist für nächstes Jahr geplant. Also ich habe hier Fortbildungen gemacht und.... aber solche Informationen kriegt man ja auch raus, ist doch nicht so schwer. Also, wer möchte kann schon. Man kann nicht immer nur sagen: Ja, es gibt ja nichts - stimmt nicht. Also wir müssen sowohl eine psychosomatische Grundausbildung machen, da kann man das in Erfahrung bringen.
- I: *Ja.*
- B: Wir müssen Balintgruppen machen...
- I: *Na ja, bei Gynäkologie, da ist es schon relativ stark auch im - im Curriculum drin.*
- B: Bei uns ist das viel mit drin und wer da immer noch meint ...
- I: *Okay.*
- B: Der Berufsverband ist auch eine gute Adresse und die – diese... steht eigentlich bei uns auch überall. Man kann, wenn man will.
- I: *Gut. Jetzt sind wir gleich am Schluss. Noch mal zwei ein bisschen übergreifendere Fragen zu Ihrem Beruf als Ärztin. Was würden Sie sagen ist Ihnen da der wichtigste Aspekt bei Ihrem Beruf und im Rahmen Ihrer Arbeit.*
- B: Also mir machts erst mal sehr viel Spaß, ja.
- I: *Und das ist schon mal wichtig.*
- B: Das ist schon mal - so einen Spaßfaktor bei der Arbeit zu haben - ich habe vor 28 Jahren habe ich eine Frauenärztin mal kennengelernt... als ich noch zur Schule ging... habe ich eine Frauenärztin kennengelernt und habe damals - ich hatte vorher überlegt möglichst Sprachen oder studiere ich Mathe oder studiere ich Mineralogie oder mache ich nur Psychologie. Und dann habe ich eine Frauenärztin kennengelernt, ich habe im Krankenhaus auch gejobbt und habe eine Frauenärztin kennengelernt: Das mache ich, genau - das, die fand ich toll.
- I: *Ach so, die Fachrichtung war dann auch schon ...*
- B: Die Fachrichtung war für mich sofort klar und ich war dann einfach sicher - ich habe eigentlich so in der Schulzeit mehr Umgang auch mit Männern gehabt, auch männliche Freunde dann - so Kumpel eben und habe dann überlegt: Na hoffentlich komme ich denn überhaupt mit den Frauen klar? Das war dann immer so der einzige Aspekt von dem ich dachte: Na hoffentlich geht das, aber... Habe dann so alle Praktika in der Gyn gemacht und habe nur immer für mich empfunden: Nee, das ist genau das, was ich machen will.
- I: *Schön.*
- B: Ich habe wirklich einen großen Spaßfaktor bei der Arbeit und habe den auch noch nie verloren. Und das ist auch genau die Kombination: es ist ein schönes Fach. Also wir haben eine schöne operative Ausbildung, wir haben die Onkologie ...
- I: *Ja, die Mischung ist gut.*
- B: Also wir haben das Handwerkliche.... Man hat die Onkologie, da kann man näher Kontakt haben. Man kann so viel rausnehmen von diesen Menschen, wenn man die begleitet und mit denen ist. Man hat aber auch so dieses Euphorisierende, was meist ja in der Geburtshilfe ist... ich meine, wer kann's besser haben, ja.
- I: *Und so im - im Kontakt mit dem Patienten – was ist da das Wichtigste?*
- B: Na das hat ja alles mit dem Kontakt zu tun. Also man hat viel Freude miteinander und man muss aber auch - das ist das, was man hier noch mehr hat, dass man in der Praxis dann - ich habe ja vielmehr Gesunde als ich in der Klinik hatte. Aber letztlich ist es so, man trägt auch schwierige Zeiten zusammen, das ist wirklich ein... ein Nehmen und ein Geben. Und manchmal ... von den Kranken kriegt man noch viel mehr... man kriegt auch viel mehr. Und das ist so, man kriegt auch unheimlich viel positive Verstärkung. Das ist schon toll. Das ist so... so viel Schulterklopfen... jetzt nur unmittelbar, gar nicht so direkt dann, aber so positive Verstärkung, das ist toll. Ich meine, das ist toll. Ich meine, wer hat das während eines Schreibtischjobs - hat man nicht.

- I: Na, wenn dann auf andere Art, nicht so im direkten menschlichen Kontakt, auf jeden Fall.*
- B: Eben nicht so direkt. Das kommt ja wirklich direkt von den Patienten rüber.
- I: Ja, ja. Genau.*
- B: Unzufriedenheit oder Zufriedenheit.
- I: Okay. Die zweite Frage haben Sie jetzt gerade eigentlich schon beantwortet, nämlich wie zufrieden Sie so in Ihrem Beruf sind. Das ist eigentlich relativ klar. Und es hat sich auch nicht verändert oder so? Weil das ist ja manchmal - manche sagen: Ich bin ganz euphorisch gestartet und dann war es in der Klinik schwierig und jetzt finde ich's aber toll oder so. Bei Ihnen war's relativ kontinuierlich?*
- B: Ja. Also - ja.
- I: Gut.*
- B: Nee - Nee, das hat sich nicht geändert. Klar hat man Phasen in der Klinik, wo man denkt: Oh Gott, ich schaffe die Arbeit nicht. Aber das hat mich nie an der Tatsache des Ganzen zweifeln lassen.
- I: Okay. Ich gehe - ich gehe hier noch mal kurz durch, aber Sie können auch noch mal überlegen, ob Ihnen jetzt noch irgendwas gefehlt hat, was Ihnen wichtig ist oder irgendwas - was Sie eher erwartet hätten, was nicht kam. - so.*
- B: Nee.
- I: Nee?*
- B: Nee, ich habe - alles gut so.

Versicherung

gemäß § 10 Abs. 7 der Magisterprüfungsordnung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift